

Sygehus- og afdelingsledelsers evaluering af patienttilfredshedsundersøgelser

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

ORIGINALARTIKEL

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

RESUME

INTRODUKTION: Med udgangspunkt i at patienttilfredshedsundersøgelser skal designes og tilrettelægges, så de skaber ejerskab og ansvar for opfølgning, forsøges det i den aktuelle undersøgelse at afdække afdelingsledelsers og sygehusledelsers oplevede nytteværdi af undersøgelserne.

MATERIALE OG METODER: I perioden fra 1999 til 2006 gennemførte Århus Amt fire runder af patienttilfredshedsundersøgelser. Efter hver runde blev sygehus- og afdelingsledelser anmodet om at evaluere konceptet i et spørgeskema, der bestod af åbne og lukkede spørgsmål.

RESULTATER: I alt 173 af 200 ledelser besvarede spørgeskemaet (86,5%). Der forelå 640 kommentarer. I alt 82,5% af ledelserne vurderede konceptet som »Enestående« eller »Godt«, med størst tilfredshed på universitetshospitalerne og blandt sygehusledelserne. Specielt var der stor tilfredshed med muligheden for at opdele resultaterne på afsnitsniveau og/eller på diagnoser samt med, at der blev indsamlet patientkommentarer. I alt 82,4% af lederne vurderede, at undersøgelserne havde ført til konkrete opfølgende aktiviteter. Samtidig blev det anført, at der var behov for en større detaljeringsgrad.

KONKLUSION: Generiske patienttilfredshedsundersøgelser kan opnå accept fra involverede ledelser, hvis der på trods af standardisering også er muligheder for individuelle valg. Undersøgelsen indikerer, at forskellige aktører har forskellige behov og interesser i undersøgelsesens udformning. Det anbefales, at man inddrager brugerne af patienttilfredshedsundersøgelser i udformningen og evalueringen af fremtidige undersøgelser, herunder også frontlinjemedarbejdere.

Patienttilfredshedsundersøgelser har de senere år fået stadig større strategisk betydning for sundhedssystemers legitimitet og funktionsmåde [1, 2]. Desværre har arbejdet med disse undersøgelser også været udsat for kritik fra de professionelle på området [3-5]. I Danmark er patienttilfredshedsundersøgelser blevet karakteriseret med ordene sovepuder, for positive, for standardiserede, upræcise, forenkende og vanskelige at følge op på [6].

Litteraturen rummer således mange opfordringer til flere, bedre og mere anvendelige patienttilfredshedsmålinger [7]. Argumentet for bedre undersøgelser hviler på, at vi i disse år ser en ny patienttype, der forventer og kræver helhed i behandlingen, samtidig med at sundhedssystemet mere og mere præges af

standardisering, fragmentering og specialisering [8, 9]. Disse udviklingstendenser er svære at forene og kalder på anvendelse af nye metoder, hvis man vil andet end legitimering.

I den metodiske litteratur om patienttilfredshedsmålinger har der primært været fokuseret på spørgsmålet om validitet og teoretisk begrebsindhold [10, 11], hvorimod organisatorisk forankring af undersøgelserne kun har fået ringe opmærksomhed.

I den normative organisationslitteratur lægges der imidlertid stor vægt på undersøgelsers evne til at skabe ejerskab og ansvarlighed for opfølgning. Det betyder, at de, der skal bruge resultaterne, må opfatte dem som relevante, forståelige, verificerbare og tidstro, samtidig med at de skal kunne knyttes til relevante organisatoriske rammer [12]. Man taler om begrebet »oplevet nytteværdi« af organisatoriske data som forudsætningen for opfølgning [13].

Med sigte på at øge den oplevede nytteværdi af patienttilfredshedsdata udviklede Århus Amt i 1999 et koncept til måling af patienttilfredshed, hvor både sundhedspersonalet og patienterne blev inddraget i planlægningen. Konceptet fungerede næsten uændret i otte år. Ambitionen var, at afdelingerne via inddragelse skulle se en forbindelse mellem undersøgelsesresultater og hverdagen i klinikken, og at resultaterne skulle bruges til kvalitetsudvikling. I dette arbejde var sygehusledelser og afdelingsledelser centrale aktører, og deres erfaringer og vurderinger er derfor vigtige.

Det er formålet med artiklen at belyse, hvordan nytteværdien af et lokalt udviklet patienttilfredsheds-koncept har været opfattet af afdelings- og sygehusledelser i forhold til proces og opfølgning.

MATERIALE OG METODER

Patienttilfredshedsundersøgelsen

I perioden 1999-2006 blev der gennemført fire runder af patienttilfredshedsundersøgelser i det tidligere Århus Amt. De sundhedsprofessionelle var inddraget i planlægningen via fem møder i en følgegruppe med repræsentanter for amtets otte sygehuse. I alt deltog syv læger, otte sygeplejersker og tre interne konsulenter. De konkrete spørgsmål til patienterne blev formuleret i to arbejdsgrupper med ansatte fra en kirurgisk og en medicinsk afdeling, og skemaerne blev

testet ved hjælp af kognitive interview med 66 patienter. I følgegruppen blev principperne for undersøgelsen fastlagt ved konsensus, f.eks. måling hvert andet år, fire forskellige valgfrie skemaer, udsendelse af skemaer fra de enkelte afdelinger, kommentarmulighed på alle spørgsmål og anonymitet for patienter og personale.

Alle afdelinger kunne få deres patienter individuelt specificeret efter hoveddiagnoser eller afsnit. Specificeringen skete på et dialogmøde, der blev afholdt med hver afdeling inden måling. På mødet deltog afdelingsledelsen, en lægesekretær og evt. en personalerepræsentant. Undersøgelsens metode er beskrevet mere detaljeret i andre artikler [14-16].

Ledelsesgruppernes evaluering af konceptet

Efter første undersøgelsesrunde blev der udarbejdet et spørgeskema, der skulle undersøge ledelsesgruppernes oplevelser af tilfredshedsmålingerne. Skemaet blev udarbejdet af de konsulenter, der stod for målingen, og indeholdt i første runde otte spørgsmål og i sidste runde 15 spørgsmål. Skemaet blev pilottestet ved at spørge to afdelingsledere om *face validity*.

I alt fire spørgsmål belyste processen og resultatet. De blev besvaret på skalaen: »Ja«, »Både-og«, »Nej« og »Ved ikke«. Og en helhedsvurdering blev vurderet på en fempunktskala fra »Enestående» til »Uacceptabelt«. Disse fem spørgsmål var gennemgående for alle fire perioder. Herudover blev der i de enkelte runder stillet supplerende spørgsmål. Næsten alle spørgsmål havde åbne svarfelter for at sikre plads til det uventede og det kritiske.

Skemaet blev udsendt tre til seks måneder efter, at afdelingerne havde modtaget patienternes vurderinger i form af semiskræddersyede rapporter. Der blev sendt et skema pr. ledelsesgruppe stilet til afdelingsledelsen og sygehusledelsen. I første runde skete udsendelse på papir, i senere runder elektronisk. Efter 14 dage blev der rykket to til tre gange telefonisk. Rapport med svar og kommentarer blev udsendt til ledelserne.

Databehandling

Data er beskrevet deskriptivt, og signifikans er analyseret ved hjælp af Fishers eksakte test.

Kommentarerne er tematiseret efter meningsbærende indhold. Der er ikke skelet til antal forekomster, men til forskellighed. Temaer er grupperet i forhold til processens faser og efter, om de tog sigte på at fastholde det anvendte koncept, eller om de indeholdt forslag til ændringer.

RESULTATER

Fra alle fire lederundersøgelser forelå der i alt 173 svar af 200 mulige (86,5%), heraf 22/24 svar fra sy-



TABEL 1

Sygehusledelser og afdelingsledelsers svar på spørgsmålet: »Hvad er jeres samlede indtryk af Kvalitetsafdelingens udførte arbejde med patienttilfredshedsundersøgelsen?«.

Type*	Andel der svarer »Enestående« eller »Godt«, % (n/N)
Sygehusledelse	100,0 (22/22)
Afdelingsledelse	79,9 (119/149)
Hospital*	
Universitetshospital	87,5 (98/112)
Ikkeuniversitetshospital	72,9 (43/59)
Undersøgelsesrunde	
1	80,8 (42/52)
2	85,4 (41/48)
3	92,3 (36/39)
4	68,8 (22/32)
I alt	82,5 (141/171 ^a)

*) p-værdi < 0,05 (Fishers eksakte test).

a) To skemaer manglede besvarelse af helhedsvurderingsspørgsmålet.

gehusledelser (91,7%) og 151/176 svar fra afdelingsledelser (85,8%). Der var 112/118 svar fra universitetshospitaler (94,9%) og 61/82 fra centralsygehuse (74,3%). Der var ikke signifikante forskelle i svarprocenten mellem de tre første undersøgelsesrunder (52/57 (91,2%), 49/57 (86,0%) og 40/43 (93,0%)). Runde fire udviste et signifikant fald i svarprocenten set i forhold til de øvrige runder (32/43 (74,4%) $p = 0,02$).

Sammenlagt for alle fire runder svarede 82,5% af ledelsesgrupperne »Enestående« eller »Godt« på et spørgsmål om tilfredshed med det samlede koncept. Samtlige sygehusledelser (100%) vurderede konceptet positivt, hvilket var signifikant flere end blandt afdelingsledelserne (79,9%) ($p = 0,02$). Tilsvarende var besvarelserne fra universitetshospitalerne (87,5%) mere positive end fra centralsygehuse (72,9%) ($p = 0,02$). Andelen af tilfredse ledere var konstant i de tre første undersøgelser. I fjerde runde faldt tilfredsheden (68,8%) i forhold til de tre første runder (85,6%) ($p = 0,04$) (Tabel 1).

Besvarelserne af de specifikke spørgsmål viste accept af den gennemførte proces og det anvendte redskab, dog med tendens til mindre tilfredshed efter fjerde runde (Tabel 2). Variationer i svarene på spørgsmålene mellem de fire runder var insignifikante. Spørgsmålet om, hvorvidt konceptet kunne bruges til kvalitetsudvikling, blev scoret lavest, mens den information, der blev givet i forbindelse med undersøgelsen, fik de højeste scorer.



TABEL 2

Andelen af sygehusledelser og afdelingsledelser, der har svaret på spørgsmål vedrørende proces og patienttilfredshedsundersøgelserne, 2000-2006.

	Runde				I alt ^a
	1	2	3	4	
<i>Har arbejdsprocessen (f.eks. samarbejdsrelationer og tidsplaner) i forbindelse med patientundersøgelsen været tilfredsstillende?</i>					
n	51	48	39	32	170
Ja, %	74,5	75,0	89,7	84,4	80,0
Både-og, %	15,7	25,0	10,3	12,5	16,5
Nej, %	9,8	0,0	0,0	3,1	3,5
<i>Har kvalitetsafdelingens information (skriftlig og mundtlig) vedr. undersøgelsen været tilfredsstillende?</i>					
n	52	47	39	31	169
Ja, %	86,5	97,9	97,4	93,5	93,5
Både-og, %	11,5	0,0	2,6	6,5	5,3
Nej, %	1,9	2,1	0,0	0,0	1,2
<i>Kan undersøgelsen bruges i forbindelse med kvalitetsudvikling?</i>					
n	50	47	39	32	168
Ja, %	64,0	55,3	59,0	50,0	57,0
Både-og, %	34,0	44,7	41,0	43,8	40,5
Nej, %	2,0	0,0	0,0	6,3	1,8
<i>Har undersøgelsen givet anledning til konkrete opfølgende aktiviteter?</i>					
n	48	46	39	32	165
Ja, %	89,6	80,4	84,6	71,9	82,4
Både-og, %	8,3	10,9	12,8	25,0	13,3
Nej, %	2,1	8,7	2,6	3,1	4,2

a) Valide svar af 173 mulige.

Tabel 3 viser afdelingsledelsernes og sygehusledelsernes vurdering af de forskellige dele af konceptet. De to spørgsmål, hvor flest scorede »Meget anvendelig«, var vedrørende indsamlingen af kommentarer fra patienterne, og at svarene var opdelt på afsnit og diagnoser. De spørgsmål, der fik de dårligste scorer, vedrørte sammenligning med andre afdelinger.



TABEL 3

Sygehusledelsernes og afdelingsledelsernes besvarelser af spørgsmål vedrørende konceptets enkelte dele.^a

Vurder anvendeligheden af ...	Antal (%)				i alt
	meget anvendelig	anvendelig	mindre anvendelig	ikke anvendelig	
Tabellerne med de enkelte tilfredshedsspørgsmål	5 (16,1)	20 (64,5)	6 (19,4)	0 (0,0)	31
Tabellerne med spørgsmålet om helhedsvurderingen	6 (19,4)	20 (64,5)	5 (16,1)	0 (0,0)	31
Kommentarsamlingen i afdelingsrapporten	10 (32,3)	15 (48,4)	5 (16,1)	1 (3,2)	31
Opdelingen af svarene på afsnit/diagnose	12 (38,7)	11 (35,5)	7 (22,6)	1 (3,2)	31
Afdelingens og andre afdelingers resultater på sundhed.dk	1 (4,5)	10 (45,5)	7 (31,8)	4 (18,2)	22 ^b
Et overordnet notat, der viser resultaterne fra andre afdelinger	5 (16,1)	15 (48,4)	10 (32,3)	1 (3,2)	31

a) Spørgsmålene er kun stillet i 4. undersøgelsesrunde. b) Ni besvarelser var afkrydset »Ved ikke/ej relevant«.

Der blev afgivet 640 kommentarer fra afdelingsledelserne og sygehusledelserne. Kommentarerne er samlet i temaer i **Figur 1**. Ændringsforslagene afspejler ønsker om øget skræddersyning, f.eks. egne spørgsmål og valgfri måletidspunkter. Ledelserne rapporterede om ændringer af stort og småt: ambulatorietilrettelæggelse, modtagefunktion, vagtplanlægning, kommunikationskurser og skriftligt informationsmateriale. Andre oplyste, at man ikke havde haft overskud til at følge op på grund af andre initiativer.

DISKUSSION

Afdelingsledelser og sygehusledelsers vurdering af patienttilfredshedsundersøgelserne i det tidligere Århus Amt var generelt positive. Det gjaldt specielt omkring muligheden for opdeling af svarene på individuelle afsnitskoder og diagnosegrupper. Også indsamlingen af patienternes kommentarer blev set som anvendelige til kvalitetsudvikling på grund af deres meget konkrete indhold. Et resultat, der også blev fundet ved praktiserende lægers evaluering af patienttilfredshedsundersøgelser [17].

I alt 82,4% af lederne vurderede, at undersøgelserne havde medført konkrete opfølgende aktiviteter. På den baggrund kan det undre, at kun 57,0% mente, at undersøgelsen kunne bruges til kvalitetsudvikling. Forklaringen på disse tilsyneladende modstridende resultater kan formentlig findes i kommentarerne, hvor det anføres, at konceptet ikke kan bruges til faglig udvikling, og hvor der efterlyses spørgsmål specifikt rettet mod den enkelte afdelings patienter. Netop det svar peger på fremtidige udviklingsmuligheder for konceptet. Godt nok dokumenterer undersøgelsen generel accept blandt ledelserne, men den peger også på, at der var ønsker, der ikke blev opfyldt.

Selv om konceptet i Århus Amt blandt andet blev udviklet for at imødekomme de sundhedsprofessionelles ønsker til detaljering og præcision, går evalueringens kommentarer alligevel i retning af behov for endnu mere detaljering og individuel hensyntagen til

afdelingerne. Kommentarerne svinger meget i deres støtte til konceptet, hvilket tyder på, at svarpersonerne har forskelligt syn på, hvad der opleves som en nyttig undersøgelse: »Det udførte arbejde vurderes meget forskelligt faggrupperne imellem. Fra sygeplejesiden kan materialet bruges konstruktivt, mens be-

gejstringen er langt mindre hos lægerne«. Eller som en anden afdelingsledelse anfører: »at patienttilfredshedsundersøgelsen stort set udelader en vurdering af sygehusvæsenets primære forhold diagnostik og behandling«.

Lægernes forhold til patienttilfredhedsmålinger



FIGUR 1

Temaer fra evalueringens åbne spørgsmål. Afdelingsledere og sygehusledere, 2000-2006. Tidligere offentliggjort i [16].

Bemærkninger med sigte på ændringer

Metode

Svarprocenten for lav – send rykkere ud.
Lokalt valg af tidspunkt for undersøgelse.
Skemaet for standardiseret.
Længere intervaller mellem undersøgelserne.
Overvej oftere/kontinuerlige målinger.
Mere validering af spørgsmålene.
Kontrol for forskellig patientsammensætning.
Patientforløb går ofte på tværs af afdelinger.
Lad patienter udfylde skemaet på stedet.
Flere svarkategorier.
Færre spørgsmål.
Yderligere lokal opdeling af materialet.
Konceptet passer ikke på afdelingens patienter.
Antal patienter i undersøgelsen bør øges.
Patienternes svar er subjektive.
Supplere med afdelingernes egne spørgsmål.

Undersøgelsesprocessen

Stort arbejde at udsende skemaer fra afdelingen.
Meget med op til tre undersøgelser på en gang.
Tidligere udmelding om, hvornår der måles.

Rapporten

Gerne grafisk fremstilling i rapporter.
Udarbejde rapporter på forskellige niveauer.
Hurtigere rapportering efter skemaudsendelse.
Sammenligning af sygehuse bør ikke ske.
Betænkeligheder ved offentlige kommentarer.
Mere fokus på statistisk usikkerhed.

Implementering

Forskelligt syn i ledergruppe – svær opfølgning.
Savner forslag til, hvor afdelingen skal tage fat.
Der skal holdes fast hos sygehusledelse.
Kan ikke bruges til faglig kvalitetsudvikling.
Forskellig begejstring faggrupperne imellem.
Fusionsprocesser tager energi fra opfølgningen.
Belægningsprocenter påvirker tilfredsheden.
Forskel i fysiske rammer slører resultaterne.
Ændring i organisation – svært at sammenligne.
Afdeling prioriterer mængde og ikke kvalitet.

Fastholdende bemærkninger

Godt med præcise navne på skemaer.
Vigtigt med opdelingen på små enheder.
Hold fast i at gøre det simpelt.
Godt udgangspunkt for fokusgruppearbejde
Der er »guldklumper« i kommentarerne
Spørgsmålene rører ved væsentlige temaer.
Mulighed for at sammenligne med andre er godt.
Gode spørgsmål.
Lettilgængelig og anvendelig metode.
Vigtigt med gentagne undersøgelser.
Velproportionerede stikprøver.
Fint at både sygehuset og den lille enhed belyses.
Kommentarerne giver mere end stjernerne.
Som ved andre undersøgelser er der forbehold.

Godt at nogle »udefra« står for arbejdet.
Respektfuld behandling af data.
Lydhørhed og god dialog vedr. planlægningen.
Godt informationsmateriale inden møde.
Let at udsende skemaer, når man har prøvet det.
Korte og effektive møder om tilrettelæggelsen.
Godt med informationsmøde på afdelingen.
Udmeldte tidsfrister overholdt.
Kommentering af udkast inden endelig rapport.

Rapporter forståelige og indbydende.
Overordnet rapportering på sygehusniveau er god.
Godt øjebliksbillede af afdelingen.

Resultatet har givet stof til eftertanke.
Undersøgelsen har sat konkrete ting i gang.
Kan se ændringsinitiativerne i svarene.
Redskab til at fastholde en høj tilfredshed.
Patientkommentarerne er ændringsegne.
Medvirket til, at der er sat fokus på problemer.
Resultaterne præget af omstruktureringer p.t.
Arbejdet understøtter virkeligheden på afsnittet.
Godt diskussionsgrundlag i afdelingen.
Sagligt udgangspunkt til handleplaner.



er beskrevet i en anden evaluering af Århus-konceptet [18]. Her var svarpersonerne læger udenfor kredsen af ledende overlæger. I den evaluering konkluderede man, at lægerne som højt professionaliseret gruppe ikke har ladet sig »kolonisere« af konceptet, men at de nærmest har »dekoblet« sig. Set på den baggrund ville de resultater, der præsenteres i denne artikel, formodentlig have været væsentligt mere kritiske, såfremt læger under ledende overlæge var blevet spurgt.

Denne undersøgelse muliggør imidlertid ikke sontring mellem, hvad forskellige grupper i sundhedsvæsenet mener om undersøgelserne. Det skema, der blev brugt til at undersøge, hvad ledergrupperne mente, blev ikke udviklet med sigte på forskning, men på at sikre praktisk feedback i en undersøgelsesproces. Det er derfor desværre ikke muligt at se hvem i ledelsesgruppen, der har udfyldt skemaerne, eller om lederne har udfyldt dem sammen, som det var tiltænkt.

Fremtidig forskning bør tage udgangspunkt i, at den oplevede nytteværdi af patienttilfredshedsundersøgelser formentlig afhænger af sundhedsrådets forskellige aktører. Tilfredshedsundersøgelser kan designes og afrapporteres på mange forskellige måder, således at de enkelte aktører tilgodeses. Dette har hidtil ikke været gjort særligt eksplicit og har heller ikke været genstand for megen debat, selv om både design og afrapporteringsmåde kan ses som en afbalancering af de interesser, der er til undersøgelserne, blandt henholdsvis de professionelle, politikere, administratorerne og patienterne.

Både i Danmark og internationalt synes politikere og administratorer hidtil at have domineret den måde, man har lavet tilfredshedsundersøgelser på. Det har været overordnede generiske undersøgelser med afrapportering fra store organisatoriske enheder, som på grund af manglende præcision let kommer til at afkoble de professionelle interesser og til at deaktivere de kritiske synspunkter fra patienterne. I det aktuelle studie har undersøgelserne været mere skræddersyede til organisationen med det formål at

skabe større accept blandt de professionelle, således at patienternes synspunkter kan gøres til genstand for udvikling af kvaliteten.

Diskussionen om detaljeringsniveauet i tilfredshedsundersøgelser kan mere generelt ses i lyset af det skift, der er sket på sundhedsområdet, fra professionel dominans til administratordominans [9], hvor resultater på højt organisatoriske niveau afspejler politikernes og administratorernes interesser, mens det mere detaljerede perspektiv afspejler de professionelle interesser. Det er således spørgsmålet, om undersøgelserne ses som en del af marketingsfunktionen eller som et reelt redskab til forbedringer i klinikken.

Et sygehus betegnes i organisationsteorien som et fagbureaukrati [19], hvor balancen mellem standardisering og individuel behandling er helt afgørende. Patienter skal behandles individuelt ud fra en kompleks viden [19]. Dette synspunkt kan overføres til valg af evalueringsmetoder for professionelle organisationer. Evalueringen skal være så skræddersyet, at de sundhedsprofessionelle oplever sådanne undersøgelser som nyttige [20]. Her er inddragelse og evaluering af undersøgelserne afgørende.

KONKLUSION

Erfaringerne fra Århus Amt viser, at et semiskræddersyet koncept for generiske patienttilfredshedsundersøgelser har kunnet opnå accept hos de relevante ledelser. En del af accepten synes at hvile på, at undersøgelserne trods standardisering også på afdelingsniveau efterlod muligheder for individuelle valg, der respekterede de professionelle komplekse hverdage. Undersøgelsen indikerer, at forskellige aktører har forskellige behov og interesser i undersøgelsernes udformning. Ved fremtidige undersøgelser af patienttilfredsheden bør man sikre, at de sundhedsprofessionelle inddrages i udformningen af undersøgelserne og i evalueringen af dem – også på lavt organisatorisk niveau.

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

ANTAGET: 10. januar 2010

FØRST PÅ NETTET: 5. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Artiklen er en del af forskningsprojektet »Patienttilfredshed – set i et organisatorisk udviklingsperspektiv«. Region Midt, Trygfonden (Jnr. 7547-07) og Momsfonden (Unr. 11.20.00 G01) takkes for økonomisk støtte til projektet.

LITTERATUR

1. Heje HN, Gut R, Vedsted P. Patientevaluering af sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2009;171:1666.
2. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. Annu Rev Public Health 2005;26:513-59.
3. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions – a review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nurs 1995;22:316-22.
4. Aujoulat I, d'Hoore W, Decacche A. Patient empowering in theory and practice: Polysemy or cacophony? Patient Educ Couns 2003;66:13-20.
5. Davies E, Cleary PD. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. Qual Saf Health Care 2005;14:428-32.

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 dekolobling og kolonisering. En undersøgelse af evalueringers 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