

Brukes data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid? En systematisk litteraturgjennomgang

Notat fra Kunnskapssenteret
Desember 2012

- Tittel** Brukes data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid? En systematisk litteraturgjennomgang
- English title** Are data from national and other large scale user experience surveys used in local quality work? A systematic literature review
- Institusjon** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Ansvarlig** Nylenna, Magne, direktør
- Forfattere** Haugum, Mona, prosjektleder, *forsker, Kunnskapssenteret*
Danielsen, Kirsten, *forsker, Kunnskapssenteret*
Iversen, Hilde Hestad, *seniorforsker, Kunnskapssenteret*
Bjertnæs, Øyvind Andresen, *seksjonsleder, Kunnskapssenteret*
- ISBN** 978-82-8121-511-5
- Notat** 2012
- Prosjektnummer** 698
- Publikasjonstype** Notat
- Antall sider** 46 (56 inkludert vedlegg)
- Oppdragsgiver** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Nøkkelord** Bruk av data, kvalitetsarbeid, kvalitetsforbedring, brukererfaringer, litteraturgjennomgang.
- Sitering** Haugum M, Danielsen K, Iversen HH, Bjertnæs ØA. Brukes data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid? En systematisk litteraturgjennomgang. Notat fra Kunnskapssenteret 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2012.

Innhold

INNHold	2
HOVEDFUNN	4
SAMMENDRAG	5
Innledning	5
Metode	5
Eksklusjonskriterier	6
Resultater	6
Konklusjon	7
KEY MESSAGES (ENGLISH)	8
SUMMARY (ENGLISH)	9
Introduction	9
Method	9
Results	10
Conclusion	11
FORORD	12
PROBLEMSTILLING	13
Mål med prosjektet	13
INNLEDNING	14
Bakgrunn og formål	14
Avgrensninger	15
Begreper	15
Om notatet	16
METODE	17
Metode	17
Litteratursøking	17
Inklusjonskriterier	17
Eksklusjonskriterier	18
Artikkelutvelging	18
RESULTAT	19
Litteratursøk	19

Bruk av brukererfaringsdata til lokalt kvalitetsarbeid	20
Type oppfølging av resultater fra brukererfaringsundersøkelser	24
Beskrivelse av enkeltstudiene	28
OPPSUMMERING	41
Kontekstuelle faktorer og behov for mer forskning	41
Metodeproblemer og feilkilder	42
Konklusjoner	43
REFERANSER	45
VEDLEGG 1: INTERNETTRESSURSER	47
VEDLEGG 2: SØKESTRATEGI	51
VEDLEGG 3: LISTE OVER EKSKLUDERTE PUBLIKASJONER	53

Hovedfunn

Kunnskapssenteret har utført en litteraturgjennomgang om i hvilken grad brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser brukes i lokalt kvalitetsarbeid i helsetjenesten, samt hvordan resultatene følges opp i praksis.

Tolv publikasjoner tilfredstilte inklusjonskriteriene. Halvparten av de inkluderte studiene gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse som oppfølging av den opprinnelige brukererfaringsundersøkelsen. Oppfølging i fire av de gjenstående studiene var kvalitative intervjuer, én brukte en kombinasjon av disse to metodene og én var en clusterrandomisert studie.

Hovedfunn i litteraturgjennomgangen var at

- Brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser benyttes i lokalt kvalitetsarbeid. Det er behov for mer, bedre og standardisert forskning om bruk av slike data, og mer forskning på interaksjonen mellom kontekstuelle faktorer og bruk av data.
- Informasjonsdeling er den type oppfølging som benyttes oftest. Det kan være informasjonsmøter for medarbeidere, møter mellom kvalitetsforbedringsgrupper og sykehusstyret, eller planleggingsmøter hvor resultatene omsettes i tiltaksområder.
- Resultatene fra brukererfaringsundersøkelsene stimulerer til formelle og uformelle diskusjoner i avdelingene.
- Det å sammenligne resultater over tid, og med andre institusjoner, er en type oppfølging som brukes av flere.

Sammendrag

Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomførte våren 2012 en systematisk litteraturgjennomgang om bruk av brukererfaringsdata i helsetjenesten. Dette notatet presenterer resultatene.

Flere vestlige land har etablert nasjonale programmer for måling av brukererfaringer med helsetjenesten. Mange program ligner mye på det norske systemet for måling av brukererfaringer som Kunnskapssenteret har ansvaret for. Likheten med andre land gjorde at vi ønsket å undersøke hva internasjonal forskning viser om bruken av data fra storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid. Vi ønsket å undersøke både det rapporterte omfanget av bruk av brukererfaringsdata fra storskala undersøkelser, og hvordan resultater fra brukerundersøkelser følges opp i praksis.

Formålet med denne litteraturgjennomgangen er å søke systematisk etter, identifisere og beskrive vitenskapelig publiserte artikler om bruk av brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser til lokalt kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Både i hvilken grad data brukes og typer oppfølging av resultatene fra brukererfaringsundersøkelser er i denne sammenheng interessant. Målet er å øke kunnskapen om bruken av data fra storskala brukererfaringsundersøkelser, og sette helsetjenesten bedre i stand til å utnytte resultatene fra de nasjonale undersøkelsene i arbeidet med å forbedre brukererfaringer.

Metode

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- Ovid Embase 1974-2012
- Ovid MEDLINE in-process & other non-indexed
- Ovid MEDLINE 1946-present
- Ovid PsycINFO 1967-desember (uke 4) 2011

I tillegg søkte vi i Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews). Vi søkte også i referanselistene til relevante artikler for å utfylle litteratursøket. Søk etter studier ble avsluttet februar 2012, med et oppdateringssøk 20.08.2012.

Inklusjonskriterier

- Publikasjoner om brukererfaringer og -tilfredshet som undersøker i hvilken grad data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser brukes til lokalt kvalitetsarbeid i helsetjenesten.
- Publikasjoner på engelsk eller et skandinavisk språk.

Eksklusjonskriterier

- Studier om bruk av data hvor selve brukererfaringsundersøkelsen er gjennomført ved færre enn fem helsetjenesteleverandører (sykehus, sykehjem, legekantor og lignende).
- Effektstudier om konkrete kvalitetsforbedringstiltak.
- Studier hvor kvalitative brukererfaringsdata danner kunnskapsgrunlaget for undersøkelse om i hvilken grad brukerfaringsdata brukes til lokalt kvalitetsarbeid i helsetjenesten.

Resultater

Søk i databaser identifiserte 8 714 referanser. Etter fjerning av dubletter og konferanseabstrakter var antall unike referanser 5 361. I tillegg ga referanselesing fra fulltekstpublikasjoner sju referanser vi vurderte for relevans. Alle referanser ble samlet i en Reference Manager database. Av de 5 361 unike referansene som ble identifisert, ble 82 artikler lest i fulltekst, hvorav tolv ble vurdert som relevante ut fra inklusjonskriteriene. Alle tolv er primærstudier, og alle rapporterer fra et europeisk land eller USA.

I seks av de tolv inkluderte studiene ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse som oppfølging av den opprinnelige brukererfaringsundersøkelsen. I disse studiene ble det laget et estimat på andel av respondenter som rapporterte at de hadde brukt brukererfaringsdata i lokalt kvalitetsarbeid. Andelen som rapporterte bruk varierte fra 54 % til 83 %.

Når det gjelder de seks gjenstående studiene rapporterte én at syv av åtte medisinske grupper hadde satt kvalitetsforbedringsmål, og at seks av disse hadde implementert intervensjoner basert på disse målene. En annen kvalitativ studie viste at nesten alle respondentene rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten, uten å dokumentere de konkrete tallene. To studier undersøkte hvorvidt respondentene oppfattet resultater fra brukererfaringsundersøkelser som nyttige, og henholdsvis 46 % og 23 % av respondentene svarte positivt på dette. Én studie spurte respondentene også om de brukte resultatene ofte eller alltid, og 7 % svarte positivt på dette.

Én av de inkluderte artiklene omhandlet en intervensjon hvor allmennleger enten mottok resultater fra en brukererfaringsundersøkelse eller ikke, hvor studien viste at legene som mottok slike resultater syntes resultatene var mindre relevante for bruk til å endre helsetjenesten enn legene som ikke mottok slike resultater. En annen av de inkluderte studiene fant at institusjoner som hadde etablerte rutiner og retningslinjer for å inkludere brukererfaringer i kvalitetsarbeidet var mer aktive i å bruke resultatene fra slike undersøkelser.

Type oppfølging som er nevnt oftest i de inkluderte publikasjonene er informasjonsdeling. I tillegg trekker flere av artiklene frem at respondentene formidler resultatene til hele organisasjonen, så vel som brukere og andre interessenter. En annen type oppfølging som nevnes i flere av publikasjonene er formelle og uformelle diskusjoner i avdelingene. Videre oppgis det å sammenligne resultater over tid, og med andre institusjoner, som en type oppfølging som brukes av flere.

Konklusjon

Et hovedfunn i oppsummeringen var at brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser benyttes i lokalt kvalitetsarbeid. Det er imidlertid behov for mer, bedre og standardisert forskning om bruk av slike data, samt forskning på interaksjonen mellom kontekstuelle faktorer og bruk.

Hvilke typer oppfølging og omfanget av denne varierer mye i de inkluderte artiklene. Det beskrives alt fra ingen spesifikke oppfølginger, via forskjellige typer informasjonsdeling til et omfattende og gjennomgripende arbeid for å sikre eller forbedre kvaliteten.

Det er viktig å vurdere hvilke tiltak som kan øke bruken av nasjonale brukererfaringsundersøkelser fremover. Det er ikke mye forskning å bygge dette på, men muligheten til å presentere resultater på lavest mulig nivå (for eksempel avdeling og post) er et gjennomgangstema i litteraturen. Det er også viktig at de som skal implementere forbedringstiltak får informasjon og opplæring i forbedringsmetodikk og -tiltak.

Key messages (English)

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services carried out a literature review with focus on to what extent user experience data from national or other large scale surveys are being used in local quality work in the health services, together with types of follow-up of the results from such surveys.

12 publications met the inclusion criteria. Half of the included studies carried out a questionnaire survey as a follow-up after the original user experience survey. Follow-up in four of the remaining studies were qualitative interviews, one used a combination of these two methods, while one was a cluster randomized study.

Key findings in the literature review were:

- User experience data from national or other large scale surveys are being used in local quality work. There is a need for more, better and standardized research regarding the use of such data, as well as research on the interaction between contextual factors and the utilization of data.
- Information sharing is the most common type of follow-up. This could be information meetings for co-workers, meeting between quality improvement groups and the hospital board, or meetings where the results were transformed into action plans.
- That the results from user experience surveys stimulate to formal and informal discussions is another type of follow-up that is mentioned in several of the publications.
- To compare results across time and institutions are also types of follow-up that were utilized by several.

Summary (English)

Introduction

During the spring of 2012, the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services conducted a systematic literature review. The topic for the review was the use of user experience data in the health services. This report presents the results from the literature review.

A number of western countries have established programmes to measure user experiences with the health services. These programmes are very similar to the Norwegian system for measuring user experiences, for which the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services is responsible. This similarity with other countries made us want to investigate international research regarding the use of data from large scale user experience surveys in local quality work. We wanted both to investigate the reported scope of utilisation of user experience data from large scale surveys, and how the results from these user experience surveys are being followed up.

The objective of this literature review is to systematically search for, identify and describe scientifically published articles about the use of user experience data from national and other large scale surveys for quality work in the health services. Both to what degree the data are being used, and types of follow-up of the results from user experience surveys are of interest. The aim is to contribute to knowledge regarding the use of large scale user experience surveys, and to enable the health services to improve user experiences by means of information from national surveys.

Method

We conducted a systematic search for literature in the following databases:

- Ovid Embase 1974-2012
- Ovid MEDLINE in-process & other non-indexed
- Ovid MEDLINE 1946-present
- Ovid PsycINFO 1967-December (week 4) 2011

In addition we conducted a search in Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews). We also searched in the reference lists of relevant articles to

complement the literature review. The search for studies were finished in February 2012, the search was updated August 20th 2012.

Inclusion criteria

- Publications about user experiences and satisfaction that investigates to what extent data from national and other large scale user experience surveys are used for local quality work in the health services.
- Publications in English or a Scandinavian language.

Exclusion criteria

- Studies about use of data where the actual user experience survey is conducted with fewer than five health care providers included (hospitals, nursing homes, medical offices etc).
- Effect studies about concrete quality improvement initiatives.
- Studies where qualitative user experience data are the basis for local quality work initiatives in the health services.

Results

The search in databases identified 8 714 references. The number of references was 5 361 after deletion of duplicates and conference abstract. Search in articles' reference lists added another seven publications. All the references were coordinated in a Reference Manager database. Out of the 5 361 unique references that were identified, 82 articles were read in full. Out of these 82, 12 were appraised as relevant based on the inclusion criteria. All 12 are primary research, and all report from a European country or the USA.

Half of the included studies carried out a questionnaire survey as the follow-up of the initial user experience survey. In these studies an estimate were made of the portion of the respondents who reported to have used the user experience data in local quality work. The proportion who reported such use varied from 54 % to 83 % in the six studies.

Regarding the six remaining studies, one reported that seven, out of eight, medical groups had stated goals for quality improvement, and that six of these had implemented interventions based on their goals. Another qualitative study reported that almost all of the respondents reported use of data to improve the service, without specifying the numbers. Two studies investigated whether the respondents regarded the results from user experience surveys as useful, to which 46 % and 23 % of the respondents replied positively. One study also asked the respondents whether they used the results often or always, to which 7 % replied that they did.

One of the included articles described an intervention where general practitioners either received the results from a user experience survey or not. The study showed that the practitioners who received such results thought of them as less relevant to

utilize for changing the health care delivery compared to the practitioners who did not receive such results.

Information sharing was the most commonly cited type of follow-up in the included publications. Several of the articles report that the respondents communicate the results throughout the organization, as well as to consumers and other stakeholders. That the results from the user experience surveys stimulate to formal and informal discussions is another type of follow-up that is mentioned in several of the publications. Further, to compare results across time and institutions are also types of follow-up that are utilized by several.

Conclusion

A key finding in the literature review was that user experience data from national and other large scale surveys are being used in local quality work. However, there is a need for more, better and standardized research regarding the use of such data, as well as research on the interaction between contextual factors and the utilization of data.

Type of follow-up and the extent of this vary in the included articles. From no specific follow-up other than the follow-up survey itself, via different types of information sharing to an extensive work to assure or improve the quality are described.

It is important to assess which efforts that can increase the use of national user experience surveys. Although there is a need for more research on this topic, a considerable part of the literature in this review points to the possibility to present results on the lowest level possible (e.g. department or unit). In addition; it is important that those who are implementing quality improvement measures are receiving information and training in improvement methods and improvement efforts.

Forord

I Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) sin strategi for 2011-2013 slås det fast at en viktig del av virksomheten er å fremskaffe, analysere, formidle og støtte bruk av kunnskap for å understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten. I Kunnskapssenterets strategi er det også et mål å nå lenger ut i helsetjenesten, og å øke vår påvirkningskraft. Dette betyr blant annet at vi bør innhente informasjon om hvordan våre produkter oppfattes og benyttes i helsetjenesten, samt identifisere metoder og verktøy som kan hjelpe helsetjenesten til å bruke våre produkter.

Kunnskapssenteret har ansvaret for nasjonale brukererfaringsundersøkelser i helsetjenesten. I Norge finnes det lite forskningsbasert informasjon om i hvilken grad brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser benyttes i lokalt kvalitetsarbeid. Flere vestlige land har etablert nasjonale programmer for måling av brukererfaringer med helsetjenesten, og med dette prosjektet ønsket vi å undersøke hva forskningen viser om bruken av data fra slike storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Mona Haugum, forsker (prosjektleder), Kunnskapssenteret
- Kirsten Danielsen, forsker, Kunnskapssenteret
- Hilde Hestad Iversen, seniorforsker, Kunnskapssenteret
- Øyvind Andresen Bjertnæs, seksjonsleder, Kunnskapssenteret

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Øyvind Andresen Bjertnæs
Seksjonsleder

Mona Haugum
Prosjektleder

Problemstilling

I hvilken grad brukes data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser til lokalt kvalitetsarbeid?

Hvilke typer oppfølging av resultater fra disse brukererfaringsundersøkelsene er benyttet?

Mål med prosjektet

Litteraturgjennomgangen fokuserer på bruk av data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser til lokalt kvalitetsarbeid. Vi har hatt følgende spesifikke mål med prosjektet:

- Å identifisere og beskrive vitenskapelige studier som undersøker i hvilken grad data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser brukes til lokalt kvalitetsarbeid.
- Å beskrive typer oppfølging av resultater fra disse brukererfaringsundersøkelsene i lokalt kvalitetsarbeid.

Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomførte våren 2012 en systematisk litteraturgjennomgang om bruk av brukererfaringsdata i helsetjenesten. Dette notatet presenterer resultatene fra litteraturgjennomgangen.

Bakgrunn og formål

I Kunnskapssenterets strategi (2011-2013) slås det fast at en viktig del av virksomheten er å fremskaffe, analysere, formidle og støtte bruk av kunnskap for å understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten. I Kunnskapssenterets strategi er det også et mål å nå lenger ut i helsetjenesten, og å øke vår påvirkningskraft. Dette betyr blant annet at vi bør innhente informasjon om hvordan våre produkter oppfattes og benyttes i helsetjenesten, samt identifisere metoder og verktøy som kan hjelpe helsetjenesten til å bruke våre produkter.

Kunnskapssenteret har ansvaret for nasjonale brukererfaringsundersøkelser i helsetjenesten. Formålet er å fremskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer med helsetjenester, som et ledd i faglig kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring, støtte til forbrukervalg og samfunnsmessig legitimering og kontroll. Det finnes lite systematisk kunnskap om i hvilken grad og hvordan resultatene fra de nasjonale undersøkelsene benyttes i lokalt kvalitetsarbeid. I en undersøkelse fra 2010 oppga 56 % av respondentene fra somatiske barneavdelinger at de benyttet brukerundersøkelsen fra 2005 aktivt til forbedringsarbeid (1). Denne undersøkelsen ble imidlertid gjennomført på lavere nivå i institusjonen (avdelingsnivå) enn hva som er vanlig i nasjonale undersøkelser (sykehusnivå), noe som gjør at det kan stilles spørsmålsteget ved generaliserbarheten til andre undersøkelser.

Flere vestlige land har etablert nasjonale programmer for måling av brukererfaringer med helsetjenesten. Mange av programmene ligner mye på det norske systemet. I nasjonale programmer og andre storskala brukererfaringsundersøkelser gjennomføres ofte datainnsamlingen av profesjonelle, eksterne leverandører. Dette skyldes et ønske om dokumenterte og standardiserte datainnsamlingsmetoder, blant annet for å sikre sammenlignbarhet på tvers av enheter. Dette likhetstrekket med andre land gjorde at vi ønsket å undersøke hva

internasjonal forskning viser om bruken av data fra storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid. Vi ønsket både å undersøke det rapporterte omfanget av bruk av brukererfaringsdata fra storskala undersøkelser, og hvordan resultater fra brukerundersøkelser følges opp i praksis.

Formålet med denne litteraturgjennomgangen er å søke systematisk etter, identifisere og beskrive vitenskaplig publiserte artikler om bruk av brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser til lokalt kvalitetsarbeid. Både i hvilken grad data brukes, og også typer oppfølging av resultatene fra brukererfaringsundersøkelser er i denne sammenheng interessant. Målet er å øke kunnskapen om bruken av data fra storskala brukererfaringsundersøkelser, og sette helsetjenesten bedre i stand til å utnytte resultatene fra de nasjonale undersøkelsene i arbeidet med å forbedre brukererfaringer.

Avgrensninger

Med denne litteraturgjennomgangen ønsker vi å gi et deskriptivt bilde av i hvilken grad og hvordan resultater fra brukererfaringsundersøkelser brukes. Dette medfører at vi har valgt å oppsummere, referere og beskrive publikasjonene, og ikke diskutert ulike aspekter ved bruk av data og kvalitetsarbeid.

Verken forbedringsmetodikk eller konkrete tiltak for å forbedre brukererfaringer inngår i denne litteraturgjennomgangen. I løpet av prosjektet har vi imidlertid identifisert en del ressurser knyttet til dette som er relevant for de som skal jobbe med forbedring av brukererfaringer. I vedlegg 1 finnes en oversikt over nettressurser for forbedringsmetodikk og forbedringstiltak. Dette er ikke et forsøk på å presentere en helhetlig liste over tilgjengelige nettressurser, men å henvise leseren til aktuelle ressurser som kan være til nytte.

Begreper

Vi har valgt å benytte oss av de enkelte artikkelforfatternes definisjoner og beskrivelser. Dette betyr at vi har direkte oversatt begreper brukt i publikasjonene, noe som medfører noe variasjon i begrepsbruken gjennom notatet. Eksempler på slike kan være kvalitetsforbedring, -sikring og -arbeid.

Når det gjelder beskrivelse av type oppfølging av resultater fra brukererfaringsundersøkelsene, har vi ikke undersøkt nærmere hva de forskjellige tiltakene innebærer og medfører, heller ikke effekten av tiltak. Der artikkelforfatterne har beskrevet at respondentene har rapportert kvalitetsarbeid, har vi valgt å inkludere publikasjonen. Dette innebærer at type oppfølging kan variere fra lite til omfattende. Siden formålet med prosjektet er å gi et deskriptivt og

mest mulig helhetlig bilde av litteraturen på feltet, har vi valgt å inkludere alle artikler som beskriver én eller flere typer oppfølging, uavhengig av mengde, potensiell effekt eller vitenskapelig fundament.

Med nasjonal undersøkelse menes det i dette notatet brukererfaringsundersøkelser som er initiert av et organ uavhengig av helsetjenestene, og som utføres på samme måte og med samme spørreskjema for alle som deltar i undersøkelsen.

Begrepet storskala undersøkelse brukes her om store brukererfaringsundersøkelser som kan være initiert lokalt, med lokalt utviklet spørreskjema, hvor fem eller flere helsetjenesteleverandører deltar.

Enkelte ord og uttrykk er i notatet kun gjengitt på engelsk. Dette skyldes at det er vanskelig å finne et norsk ord som er dekkende for det som beskrives på engelsk. Vi har derfor valgt å bruke de engelske ordene, for å unngå at noe av meningen eller betydningen med ordene eller uttrykkene skal gå tapt i oversettelsen.

Om notatet

Dette notatet er delt inn i fire kapitler. Innledningen beskriver bakgrunn, formål og avgrensninger. Metodedelen beskriver hvordan litteraturgjennomgangen ble gjennomført, mens funnene fra litteratursøket er presentert i resultatdelen. Siste kapittel består av en kort oppsummering og avslutning.

Metode

Metode

Vi utførte et "scoping" litteratursøk i PubMed og Ovid Embase for på finne søkeord. Tekst- og emneord ble gjennomgått for samtlige relevante treff og inkludert i den endelige søkestrategien. På denne måten oppnådde vi en rekke ulike søkeord som formet vår søkestrategi. Den endelige søkestrategien er presentert i vedlegg 2. Vi konfererte underveis med en forskningsbibliotekar for å forsikre oss om at søkestrategien var hensiktsmessig og uttømmende.

Litteratursøking

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- Ovid Embase 1974-2012
- Ovid MEDLINE in-process & other non-indexed
- Ovid MEDLINE 1946-present
- Ovid PsycINFO 1967-desember (uke 4) 2011

I tillegg søkte vi i Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews).

Vi søkte også i referanselister til relevante artikler for å utfylle litteratursøket. Søk etter studier ble avsluttet februar 2012, med et oppdateringssøk 20.08.2012.

Inklusjonskriterier

- Publikasjoner om brukererfaringer og -tilfredshet som undersøker i hvilken grad data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser brukes i lokalt kvalitetsarbeid av helsetjenesten.
- Publikasjoner på engelsk eller et skandinavisk språk.

Eksklusjonskriterier

- Studier om bruk av data hvor selve brukererfaringsundersøkelsen er gjennomført ved færre enn fem helsetjenesteleverandører (sykehus, sykehjem, legekantor og lignende).
- Effektstudier om konkrete kvalitetsforbedringstiltak.
- Studier hvor kvalitative brukererfaringsdata danner kunnskapsgrunnlaget for undersøkelse om i hvilken grad brukererfaringsdata brukes i lokalt kvalitetsarbeid av helsetjenesten.

Artikkelutvelging

To forskere, Kirsten Danielsen (KD) og Mona Haugum (MH) leste, uavhengig av hverandre, alle titler og sammendrag fra litteratursøket, og vurderte hvilke artikler som skulle gjennomgås i fulltekst med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene. KD og MH vurderte uavhengig av hverandre fulltekst av artikler som virket relevante. Ved uenighet gjennomgikk vi den aktuelle artikkelen nøye med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene og diskuterte oss frem til en felles konklusjon. I tillegg konfererte vi med prosjektgruppen for å undersøke om gruppen som enhet var enig i avgjørelsen om artikkelens relevans.

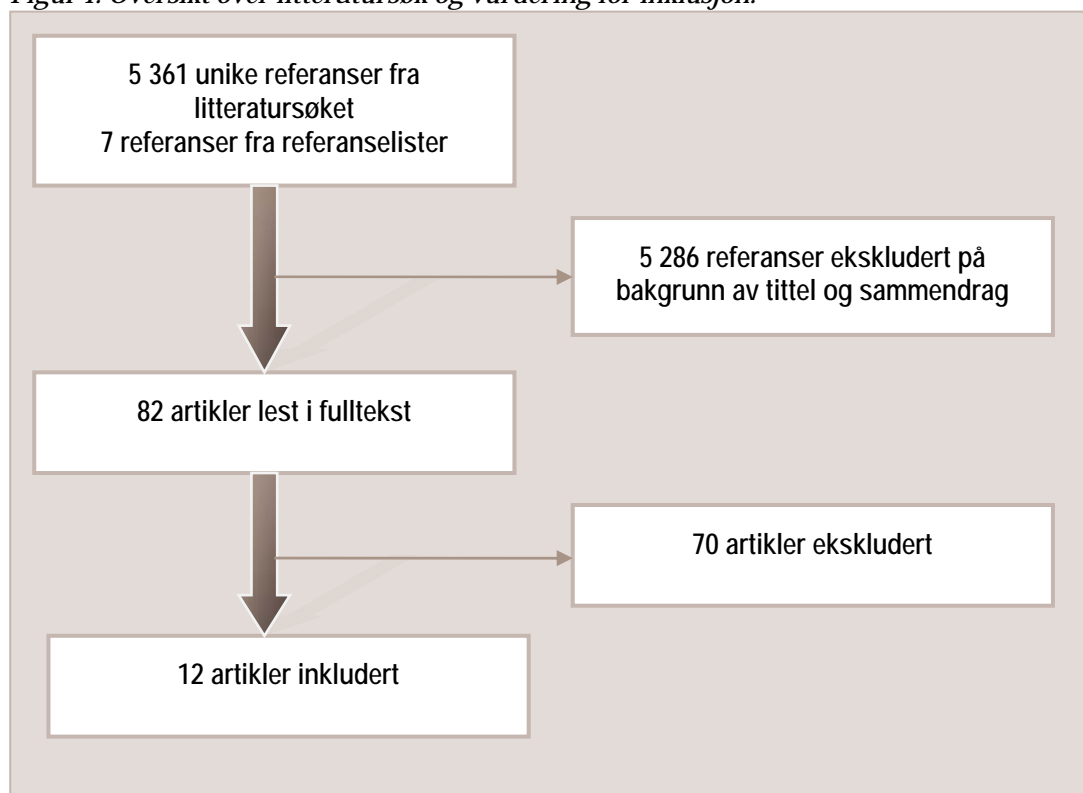
For å sjekke kvaliteten på de utvalgte artiklene benyttet vi oss av sjekklister i henhold til Kunnskapssenterets håndbok "Slik oppsummerer vi forskning" (2). For å oppnå prosjektets formål ble disse sjekklisterne benyttet kun for å forsikre oss om at kvaliteten på studiene var adekvat.

Resultat

Litteratursøk

Søk i databaser førte til at vi identifiserte 8 714 referanser. Etter fjerning av dubletter og konferanseabstrakter var antall unike referanser 5 361. I tillegg ga referanselesing fra fulltekstpublikasjoner sju referanser vi vurderte for relevans. Alle referanser ble samlet i en Reference Manager database. Etter gjennomgang av samtlige referanser innhentet vi mulig relevante artikler for gjennomlesing av fulltekst.

Figur 1. Oversikt over litteratursøk og vurdering for inklusjon.



Av de 5 361 unike referansene som ble identifisert, ble 82 artikler lest i fulltekst, hvorav tolv ble vurdert som relevant ut fra inklusjonskriteriene. Alle tolv er primærstudier, og alle rapporterer fra et europeisk land eller USA. En liste over de 70 ekskluderte publikasjonene finnes i vedlegg 3.

I denne delen av notatet presenterer vi funn fra litteratursøket, inndelt etter hvilken del av formålet med prosjektet de dekker. Først beskrives artikler som omhandler i hvilken grad nasjonale og andre storskala brukererfaringsdata brukes til lokalt kvalitetsarbeid, etterfulgt av hvilke typer oppfølging av brukererfaringsdata som er beskrevet i disse studiene. Resultatene oppsummeres kort i to tabeller (tabell 1 og 2), før en mer detaljert beskrivelse av samtlige inkluderte studier avslutter kapitlet (tabell 3 til 14).

Bruk av brukererfaringsdata til lokalt kvalitetsarbeid

Tabell 1 gir en oversikt over hovedfunn i de inkluderte artiklene som beskriver i hvilken grad nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser brukes i lokalt kvalitetsarbeid. Studiene fordeler seg over primær- og spesialisthelsetjenesten; sju publikasjoner fra primærhelsetjenesten, fire fra sykehus og en fra begge nivåene av helsetjenesten. Nesten halvparten av publikasjonene er fra USA (fem artikler), de resterende er fra Danmark, Nederland og Storbritannia (to artikler fra hvert land), og Norge (én artikkel). Metodemessig fordeler artiklene seg mellom tverrsnittstudier (seks artikler) og kvalitative intervju (fire artikler), mens én benytter seg av begge disse metodene og én er en clusterrandomisert studie.

Oppsummering av resultater

Tabell 1: Bruk av brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser til lokalt kvalitetsarbeid.

#	Forfatter/ år	Metode	Kontekst og omfang av brukererfaringsundersøkelse	Kontekst og omfang av oppfølgingsundersøkelse	N (Svarprosent)	Hovedfunn
1	Davies E, 2008	Kvalitative intervju	Samarbeidsprosjekt mellom de som gjennomfører brukererfaringsundersøkelser og medisinske grupper som blir evaluert av slike.	Åtte medisinske grupper i Minnesota, USA (både primær- og spesialisthelsetjeneste).	11	- Data fra pasienterfaringsundersøkelser ble ansett som en viktig drivkraft for å endre tjenestene, i tillegg til å kunne sammenligne seg med andre institusjoner. - Sju (av åtte) grupper satte seg kvalitetsforbedringsmål, seks av gruppene startet intervensjoner for å bedre kvaliteten.
2	Friedberg MW, 2011	Kvalitative intervju	Delstatsomfattende undersøkelse blant pasienter i kontakt med én av mer enn 4 000 allmennleger.	Allmennleger organisert i grupper med mer enn to leger, i Massachusetts, USA.	117 (62%)	83 % rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten.
3	Hearnshaw H, 1996	Tverrsnitt	Rekruttering av allmennpraksiser som gjennomfører egne brukererfaringsundersøkelser.	302 allmennpraksiser i England og Wales.	302 (44%)	61 % rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten.
4	Heje HN, 2011	Tverrsnitt	Nasjonal undersøkelse hvor 2 361 allmennleger ble invitert til å gjennomføre pasientevalueringer.	Allmennleger i Danmark.	597 (79%)	54 % rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten.
5	Iversen HH, 2010	Tverrsnitt	Nasjonal undersøkelse blant foreldre til barn innlagt ved 20 somatiske barneavdelinger i Norge.	Ansatte ved 20 somatiske barneavdelinger i Norge.	91 (87%)	56 % rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten.
6	Koch JR, 2011	Tverrsnitt og kvalitative intervju	Årlige brukererfaringsundersøkelser i offentlig del av helsevesenet.	40 "community services boards" og åtte utvalgte private institusjoner i Virginia, USA.	150 (51%) / 16	60 % rapporterte å ha brukt resultatene til kvalitetsforbedring, 56 % til kvalitetssikring.
7	Longo DR, 1997	Tverrsnitt	Delstatsomfattende undersøkelse blant pasienter som hadde kontakt med sykehus.	Ansatte ved 88 sykehus i Missouri, USA.	88 (93%)	- 46 % rapporterte at resultatene var nyttige. - 20 % rapporterte at de vurderte å endre sykehusets policy som følge av resultatene.

#	Forfatter/ år	Metode	Kontekst og omfang av brukererfaringsundersøkelse	Kontekst og omfang av oppfølgingsundersøkelse	N (Svar- prosent)	Hovedfunn
8	Reeves R, 2008	Kvalitative intervju	Årlig pasienterfaringsundersøkelse ved alle NHS-sykehus i England.	Ansatte ved 27 sykehus i England.	27 (89%)	Nesten alle rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten, i tillegg til å måle suksessen av nevnte tiltak.
9	Rider EA, 2002	Tverrsnitt	<i>Ikke beskrevet.</i>	Leger i primærhelsetjenesten i Massachusetts, USA.	810 (68%)	- 23 % rangerte resultatene som nyttig. - 7 % rapporterte at de brukte resultatene ofte eller alltid.
10	Riiskjær E, 2010	Tverrsnitt på flere tidspunkt	Pasienttilfredshetsundersøkelse ved åtte sykehus i Århus Amt.	Sykehusledere ved åtte sykehus i Danmark.	200 (87%)	82 % rapporterte at undersøkelsen medførte konkrete oppfølgende aktiviteter.
11	Wensing M, 2003	Cluster randomisert studie	Pasientevalueringer av 60 allmennleger fra 43 allmennpraksiser, 15 pasienter per lege.	60 allmennleger i Nederland.	60 (87%)	A = intervensjonsgruppe; mottok resultater fra pasienterfaringsundersøkelse. B = ingen intervensjon Ved baseline hadde gruppe A og B lik motivasjon til å bedre pasienterfaringer. Etter intervensjon: Færre i gruppe A mente slike resultater var relevante, enn i gruppe B.
12	Zuidgeest M, 2012	Kvalitative intervju	Obligatorisk brukererfaringsundersøkelse som utføres hvert andre år ved 998 sykehjem.	Ansatte i 12 sykehjem i Nederland.	47	- Institusjoner som mer systematisk inkorporerer brukererfaringer i kvalitetsarbeidet bruker resultatet fra slike undersøkelser mer aktivt i kvalitetsforbedringsarbeid. - Institusjoner som hadde hatt godkjente retningslinjer for kvalitetsarbeid over lengre tid var mer sannsynlige til å ha arbeidet mer systematisk med resultatene.

Som resultatene i tabell 1 viser, varierer de inkluderte artiklene i antall svarere og i utfallsmål, men likevel kan man se at det er mange studier som har funnet at en stor prosentandel av respondentene oppgir å bruke brukererfaringsdata til lokalt kvalitetsarbeid. Halvparten av de inkluderte studiene gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse som oppfølging av den opprinnelige brukererfaringsundersøkelsen. I disse studiene ble det laget et estimat på andel av respondenter som rapporterte at de hadde brukt brukererfaringsdata i lokalt kvalitetsarbeid. Andelen som rapporterte bruk varierte fra 54 % til 83 % (1, 3-7), mens 56 % rapporterte at de brukte resultatene til kvalitetssikring (6).

Når det gjelder de seks gjenstående studiene rapporterte én at sju av åtte medisinske grupper hadde satt kvalitetsforbedringsmål, og at seks av disse hadde implementert intervensjoner basert på disse målene (8). En annen kvalitativ studie rapporterte at nesten alle respondentene rapporterte bruk av data til forbedring av tjenesten, uten å dokumentere de konkrete tallene (9). To studier undersøkte hvorvidt respondentene oppfattet resultater fra brukererfaringsundersøkelser som nyttige, og henholdsvis 46 % og 23 % av respondentene svarte positivt på dette (10-11). Den ene av disse studiene rapporterte også at 20 % av respondentene vurderte å endre sykehusets policy som følge av resultatene fra undersøkelsen (10). Rider og Perrin (11) spurte respondentene om de brukte resultatene ofte eller alltid, og 7 % svarte positivt på dette.

Én av de inkluderte artiklene omhandlet en intervensjon hvor allmennleger enten mottok resultater fra en brukererfaringsundersøkelse eller ikke, hvor studien viste at legene som mottok slike resultater syntes de var mindre relevante for bruk til å endre helsetjenesten enn legene som ikke mottok slike resultater (12).

En annen av de inkluderte studiene fant at institusjoner som hadde etablerte rutiner og retningslinjer for å inkludere brukererfaringer i kvalitetsarbeidet, var mer aktive i å bruke resultatene fra slike undersøkelser (13).

Flere av studiene rapporterte holdninger til og nytte av brukererfaringsundersøkelser. Tre av de inkluderte artiklene undersøkte helsepersonells holdninger til brukererfaringsundersøkelser, og fant at holdningene var gjennomgående positive (1, 5, 9). I én studie ble helsepersonell spurt om hvor viktige de mente at pasienterfaringsundersøkelser er, hvor gjennomsnittet var 4,2 på en skala fra 1 til 5 hvor 5 er best (1).

Åtte studier undersøkte om brukererfaringsundersøkelsene ble oppfattet som nyttige, og også her var resultatene stort sett positive (1, 4-5, 7-11). I én av publikasjonene ble det trukket frem at 77 % av respondentene mente de hadde lært noe av pasientevalueringene (5). Hearnshaw og kolleger undersøkte respondenters vurdering av kostnad versus nytte ved å gjennomføre pasienterfaringsundersøkelse. Respondentene ble blant annet spurt om i hvilken grad de var enige i at gevinsten de

oppnådde ved å gjennomføre en undersøkelse veide tyngre enn kostnadene, hvorpå 69 % av respondentene var enten svært enig eller enig (henholdsvis 23 % og 46 %) (4).

Type oppfølging av resultater fra brukererfaringsundersøkelser

Tabell 2 viser en oppsummering av samtlige inkluderte studier og hvilke typer oppfølging av resultater fra brukererfaringsundersøkelser som blir beskrevet. Noen av artiklene i tabellen står gjengitt med at type oppfølging ikke er dokumentert. Dette innebærer at artikkelen ikke omtaler temaet spesifikt, men at vi ser på det å gjennomføre en studie i etterkant av publisering av brukererfaringsdata som en oppfølging av resultater i seg selv.

Oppsummering av resultater

Tabell 2: Typer oppfølging av resultater fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser

#	Forfatter/år	Metode	Kontekst og omfang brukererfaringsundersøkelse	Kontekst og omfang oppfølgingsundersøkelse	N (svarprosent)	Hovedfunn
1	Davies E, 2008	Kvalitative intervju	Samarbeidsprosjekt mellom de som gjennomfører brukererfaringsundersøkelser, og medisinske grupper som blir evaluert av slike.	Medisinske grupper i Minnesota, USA, både primær- og spesialisthelsetjeneste.	11	- Presentere resultater på personalmøter for å kunne planlegge kvalitetsforbedringstiltak. - Gjennomganger, pasientintervjuer, fokusgrupper med pasienter og jevnlig undersøkelser.
2	Friedberg MW, 2011	Kvalitative intervju	Delstatsomfattende undersøkelse blant pasienter i kontakt med én av mer enn 4 000 allmennleger.	Allmennleger i Massachusetts, USA.	117 (62%)	- Deling av "best practice" med kolleger innenfor samme praksis.
3	Hearnshaw H, 1996	Tverrsnitt	Rekruttering av allmennpraksiser som gjennomfører egne brukererfaringsundersøkelser.	Allmennpraksiser i England og Wales.	302 (44%)	<i>Ikke dokumentert.</i>
4	Heje HN, 2011	Tverrsnitt	Nasjonal undersøkelse hvor 2 361 allmennleger ble invitert til å gjennomføre pasientevalueringer.	Allmennleger i Danmark.	597 (79%)	- Informasjons- og feedbackmøter med forskerne hvor resultater fra pasientevalueringene ble forklart og diskutert.
5	Iversen HH, 2010	Tverrsnitt	Nasjonal undersøkelse blant foreldre til barn innlagt ved 20 somatiske barneavdelinger.	Ansatte ved somatiske barneavdelinger i Norge.	91 (87%)	- Informasjon. - Formell og uformell diskusjon.
6	Koch JR, 2011	Tverrsnitt og kvalitative intervju	Årlige brukererfaringsundersøkelser i offentlig del av helsevesenet.	40 "community services boards" og åtte utvalgte private institusjoner i USA.	150 (51%) / 16	- Formidler resultater til hele organisasjonen, brukere og interessenter. - Bruker resultatene til å sammenligne seg med andre og til sammenligning over tid.

#	Forfatter/år	Metode	Kontekst og omfang brukererfaringsundersøkelse	Kontekst og omfang oppfølgingsundersøkelse	N (svarprosent)	Hovedfunn
7	Longo DR, 1997	Tverrsnitt	Delstatsomfattende undersøkelse blant pasienter som hadde kontakt med sykehus.	Ansatte ved 88 sykehus i Missouri, USA.	88 (93%)	<i>Ikke dokumentert.</i>
8	Reeves R, 2008	Kvalitative intervju	Årlig pasienterfaringsundersøkelse ved alle NHS-sykehus i England.	Ansatte ved sykehus i England.	27 (89%)	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjon fra ledere til helsepersonell og sykehusstyret. - Resultatene gjort offentlig gjennom mange kanaler, eksempelvis posters og informasjonsskriv, pressemeldinger, presentasjoner for pasienter og brukerorganisasjoner. - Gjentakende, regelmessige pasienterfaringsundersøkelser øker fokus på og troverdigheten til pasientorientering og pasientopplevd kvalitet. - Pasienter ble spurt om å notere elementer som påvirket erfaringene negativt, som videre førte til konkrete forbedringstiltak. - Sammenligning over tid og med andre institusjoner. - Utforming av handlingsplaner. - Supplere resultatene med kommentarer og klager fra pasienter.
9	Rider EA, 2002	Tverrsnitt	<i>Ikke beskrevet</i>	Leger i primærhelsetjenesten Massachusetts, USA.	810 (68%)	<i>Ikke dokumentert.</i>
10	Riiskjær E, 2010	Tverrsnitt på flere tidspunkt	Pasienttilfredshetsundersøkelse ved åtte sykehus i Århus Amt.	Sykehusledere i Danmark.	200 (87%)	<i>Ikke dokumentert.</i>
11	Wensing M, 2003	Cluster randomisert studie	Pasientevalueringer av 60 allmennleger fra 43 allmennpraksiser, 15 pasienter per lege.	60 allmennleger i Nederland.	60 (87%)	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i videre opplæring. - Diskutere resultater med kolleger.

#	Forfatter/år	Metode	Kontekst og omfang brukererfaringsundersøkelse	Kontekst og omfang oppfølgingsundersøkelse	N (svarprosent)	Hovedfunn
12	Zuidgeest M, 2012	Kvalitative intervju	Obligatorisk brukererfaringsundersøkelse som utføres hvert andre år ved 998 sykehjem.	Ansatte i 12 sykehjem i Nederland.	47	- Offentlig publisering av resultatene på internett.

Som resultatene i tabell 2 viser varierer type oppfølging i etterkant av en brukererfaringsundersøkelse så vel som mengde oppfølging. Type oppfølging som er nevnt oftest er informasjonsdeling. Dette kan være informasjonsmøter hvor medarbeidere ble informert om resultatene fra brukererfaringsundersøkelsen, møter mellom kvalitetsforbedringsgrupper og sykehusstyret, eller planleggingsmøter hvor resultatene ble omsatt i tiltaksområder (1, 8-9). I tillegg trekker flere av artiklene frem at respondentene formidlet resultatene til hele organisasjonen, så vel som brukere og andre interessenter (6, 9, 13). En annen type oppfølging som nevnes i flere av publikasjonene er at resultatene fra brukererfaringsundersøkelsene stimulerte til formelle og uformelle diskusjoner i avdelingene (1, 12). Videre oppgis det å sammenligne resultater over tid, og med andre institusjoner, som en type oppfølging som ble brukt av flere (6, 8-9).

I én av publikasjonene beskrives det hvordan respondentene delte "best practice" med kolleger, for å kunne lære å forbedre brukererfaringene (3). Respondentene i en annen studie hadde gjennomført intervjuer og fokusgruppediskusjoner med pasienter for å få en nærmere beskrivelse av problemer først påvist i brukererfaringsundersøkelsen (8). Av lignende type oppfølging var det i én av artiklene beskrevet hvordan pasientene ved sykehuset ble oppfordret til å notere ned hva som påvirket brukererfaringene negativt, i det øyeblikket det skjedde (9). Én av publikasjonene fra Danmark beskrev hvordan forskerne bak brukererfaringsundersøkelsen holdt informasjons- og feedbackmøter med helsepersonellet, slik at resultatene kunne beskrives tydelig og spørsmål om hvordan resultatene kunne tolkes kunne bli besvart (5).

Beskrivelse av enkeltstudiene

Denne delen av resultatkapitlet beskriver samtlige tolv inkluderte publikasjoner i nærmere detalj. De tolv artiklene presenteres alfabetisk etter førsteforfatter.

Tabell 3: Evaluating the use of a modified CAHPS® survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative

Evaluating the use of a modified CAHPS® survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative (8).	
Forfatter/år	Davies E, Shaller D, Edgman-Levitan S, Safran DG, Oftedahl G, Sakowski J, Cleary PD, 2008.
Formål/objective	Å undersøke nytten av kontinuerlig tilbakemelding og støtte fra samarbeidspartnere i kvalitetsforbedring, påfølgende endringer i pasienterfaringer og faktorer som fremmer eller hindrer bruk av data til kvalitetsforbedring.
Design	Kvalitative intervju.
Kontekst	Minnesota, USA, et samarbeidsprosjekt mellom medisinske grupper (medical groups) innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten.
Populasjon	Åtte medisinske grupper som har vært del av et samarbeidsprosjekt om kvalitetsforbedring siden 1993.
Utvalgsstørrelse og frafall	Åtte ledere av gruppene, intervju gjennomført med sju (hvorav én nyansatt). I tillegg intervju med fire ledere på lavere nivå med ansvar for kvalitetsforbedringsarbeid og kundebehandling.
Datainnsamling	Intervju gjennomført med støtte fra en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter, ble gjennomført ved intervjuobjektens arbeidsplass, tatt opp på bånd, transkribert og godkjent av intervjuobjektene. Intervju ble gjennomført ved start og slutt av prosjektet; januar 2004 og 2005.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Metoder brukt av gruppelederne for å undersøke bakgrunnen for resultatene på pasienterfaringsundersøkelsen: gjennomganger, pasientintervjuer, fokusgrupper med pasienter og "cycle-time surveys" (jevnlige undersøkelser). - Alle lederne var positive til å motta månedlig pasienterfaringsdata, og anså dataene som en viktig drivkraft for å endre tjenestene, i tillegg til å kunne sammenligne seg med andre lignende institusjoner. - Sju grupper satte seg mål for kvalitetsforbedring basert på dataene, seks grupper startet intervensjoner for å bedre kvaliteten. - Fem ledere rapporterte at de ikke brukte dataene hver måned, ønsket heller data hver tredje måned for å unngå stor tidsbruk, men også for å være i bedre stand til å oppdage endringer i pasienterfaringene. - Hindrer bruk av data: andre endringer i organisasjonen, mangel på ansatte som kan kvalitetsforbedringsarbeid, mangelfull trening for ikke-klinisk personale. - Fremmer bruk av data: satse på intervensjoner som ikke krever store endringer i organisasjonen, men som kan påvirke pasienterfaringene i stor grad. - Etter 12 måneder kunne to grupper se små forbedringer i pasienterfaringene, mens i de resterende gruppene var det mer blandede resultater.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Uavhengig av resultat etter intervensjoner uttrykte alle lederne at samarbeidsprosjektet hadde økt deres forståelse av resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, hadde hjulpet dem å fjerne barrierer i organisasjonen samt økt profileringen av pasienterfaringer i organisasjonen. - Det er mulig å oppnå bedring av pasienterfaringer på små områder i en kort tidsperiode, men for å vedlikeholde disse forbedringene behøves en forankring i hele organisasjonen. Dette krever engasjement fra ledelse, klinikere og andre ansatte.
Kommentarer/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Ønske om mer spesifikke spørsmål. - Mulig forklaring på hvorfor kun to grupper så forbedringer etter 12 måneder er at disse allerede hadde kultur og strukturer for kvalitetsforbedring, i tillegg til å satse på små forbedringer som ikke krevde for store endringer i klinisk atferd.

Tabell 4: Physician groups' use of data from patient experience surveys

Physician groups' use of data from patient experience surveys (3).	
Forfatter/år	Friedberg MW, SteelFisher GK, Karp M, Schneider EC, 2011.
Formål/objective	Å undersøke hvorvidt og hvordan legegrupper bruker pasienterfaringsdata til å forbedre pasientbehandlingen.
Design	Kvalitative intervju.
Kontekst	Legegrupper i Massachusetts, USA, hvor det er en statlig offentlig rapporteringsinnsats.
Populasjon	Legegrupper, definert som en samling leger som praktiserer under minst én felles leder.
Utvalgsstørrelse og frafall	117 gruppeledere, 72 svarte på undersøkelsen (62%).
Datainnsamling	30 minutters semistrukturerte telefonintervju med gruppeledere. Alle ledere ble invitert via post til å delta, ikke-svarere ble sendt opp til to invitasjoner i tillegg, pluss fire telefonoppringinger. Intervjuene ble utført av minst to forskere, i tillegg til én som tok notater. Intervjuene ble tatt opp og transkribert, en forskningsassistent verifiserte de transkriberte intervjuene ved å sammenligne dem med lydopptakene av intervjuene. Datainnsamlingen foregikk mellom juni og november 2008.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - 17% rapporterte at de ikke visste om pasienterfaringsrapporter eller at de ikke benyttet disse til å bedre tjenesten (definert som nivå 1-brukere). 22% rapporterte at de brukte pasienterfaringene til å forbedre ytelsen til leger eller legegruppen som skåret dårlig (definert som nivå 2-brukere). 61% rapporterte bruk av pasienterfaringer for å foreta forbedringer på gruppenivå, uavhengig av prestasjoner i undersøkelsene (definert som nivå 3-brukere). - Hvordan gruppene var organisert var statistisk signifikant assosiert med hvilket av de tre ovennevnte nivåene lederne rapporterte innsatsen lå. Det å være en integrert medisinsk gruppe, å ansette sine egne leger, å være tilknyttet et nettverk, og å være berettiget for økonomiske insentiver basert på pasienterfaringer var alle statistisk signifikant assosiert med engasjement på nivå 3. - Av de 44 nivå 3-gruppene ble det rapportert at de vanligste målene for å bedre pasienterfaringer var bedring av tilgjengelighet (57% av gruppene), kommunikasjon med pasientene (48%), og kundebehandling (45%). - For å oppnå dette ble det oftest satset på å endre inntekstprosedyrer (70% av gruppene), å trene opp ikke-klinikere (57%), å foreta intervensjoner i forhold til elektroniske helsejournaler (50%) og omorganisering internt, slik at ikke-klinikere kan gjøre flere rutinemessige pasientkontroller (45%).
Konklusjon	Selv om pasienterfaringsundersøkelser måler helsetjenesten på både helsearbeider- og organisasjonsnivå, rapporterte disse legegruppene størstedelen av forbedringstiltakene på organisasjonsnivå. Dette kan indikere at hvis man ønsker å motivere til endring i atferd hos den enkelte helsearbeider, må man introdusere nye insentiver som er rettet mot spesifikke helsearbeiderfokusede domener av pasienterfaringer.
Kommentarer/diskusjon	Motviljen til å intervensjonere ovenfor individuelle leger kan skyldes legers skepsis mot pasienterfaringsundersøkelser og resultater av disse.

Tabell 5: The costs and benefits of asking patients for their opinions about general practice

The costs and benefits of asking patients for their opinions about general practice (4).	
Forfatter/år	Hearnshaw H, Baker R, Cooper A, Eccles M, Soper J, 1996.
Formål/objective	<ul style="list-style-type: none">- Å undersøke kostnader knyttet til å gjennomføre pasientundersøkelser i allmennpraksis.- Å klargjøre hvor effektive pasientundersøkelser er til å stimulere til endringer som er til fordel for pasientomsorgen.
Design	Tverrsnittstudie.
Kontekst	England og Wales, allmennpraksiser hvor en pasientundersøkelse var blitt gjennomført.
Populasjon	Ansatte ved allmennpraksiser.
Utvalgsstørrelse og frafall	302 ansatte, 133 svarte på undersøkelsen (44%).
Datainnsamling	Spørreskjema; én puring.
Resultater	<ul style="list-style-type: none">- 61% rapporterte at endringer hadde blitt implementert som følge av resultatene av pasientundersøkelsen, mens 22% rapporterte at endringer var under planlegging.- Flere enn 90% rapporterte at behov for endringer hadde blitt identifisert gjennom undersøkelsen.- 70% rapporterte at endringer hadde ført mye positivt med seg, både for pasienter, ansatte, for selve praksisen og for organisasjoner praksisen er tilknyttet.- 69% mente at fordelene og nytten av å gjennomføre en slik undersøkelse veide mer enn kostnadene.
Konklusjon	- Det å gjennomføre pasientundersøkelser kan være dyrt, men fører til endringer og bedringer av tjenesten.
Kommentarer/diskusjon	Pasientundersøkelser kan føre til uforutsette bedringer i praksisen, eksempelvis økt forståelse for tilbakemeldinger og bedret samarbeid mellom ansatte.

Tabell 6: General practitioners' experience and benefits from patient evaluations

General practitioners' experience and benefits from patient evaluations (5).	
Forfatter/år	Heje HN, Vedsted P, Olesen F, 2011.
Formål/objective	<ul style="list-style-type: none"> - Å undersøke virkningen av pasientevalueringer og tilbakemeldinger om resultater på allmennleger. - Å studere mulige faktorer som fremmer eller hindrer implementering av resultatene fra pasientundersøkelsen.
Design	Tverrsnittstudie.
Kontekst	Danmark, primærhelsetjenesten.
Populasjon	Allmennleger i 11 danske fylker.
Utvalgsstørrelse og frafall	597 ansatte, 474 svarte på undersøkelsen (79.4%).
Datainnsamling	Spørreskjema utdelt til allmennlegene mellom tre og 17 måneder etter at legene fikk pasientevalueringene.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - 77% av legene rapporterte at de hadde lært noe fra pasientevalueringene som de kunne bruke i praksisen. - 54% av legene rapporterte at de hadde gjennomført endringer i praksisen som følge av pasientevalueringene. - 25% av legene rapporterte at de hadde planlagt spesifikke endringer som følge av pasientevalueringene. - Hyppigst utførte endringer var relatert til tilgjengelighet, hvilket var den dimensjonen som ble evaluert som dårligst av pasientene. - Viljen til å gjøre endringer var ikke assosiert med hvorvidt legene følte seg godt informert om pasientevalueringen i forkant, hvorvidt legene hadde deltatt i en gruppediskusjon om resultatene, eller hvordan de hadde erfart prosessen rundt det å motta resultatene. - 33% av legene opplevde at pasientevalueringene hadde økt deres bevissthet om at pasientperspektivet ikke nødvendigvis er det samme som legenes eget syn på kvaliteten på tjenesten. - 21% av legene rapporterte at holdningene til pasientevalueringer ble mer positive etter evalueringen, mens 14% rapporterte mer negative holdninger. En mer positiv holdning var assosiert med resultater over gjennomsnittet i pasientevalueringen. - Tilbøyeligheten til å gjøre endringer var signifikant høyere for leger som skåret under gjennomsnittet på pasientevalueringen.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Å ta med kvalitative data i tillegg til kvantitative pasientevalueringer viste seg å lette fortolkningen av resultatene. - Manglende oppfølging i etterkant av av undersøkelsen kan ha ført til at noen av legene ikke brukte resultatene, ikke nødvendigvis p.g.a. manglende vilje, men p.g.a. manglende mulighet til å reflektere over resultatene. - Dette kan igjen medføre at den fulle potensielle nytten av pasientevalueringen, med tanke på oppmerksomhet, holdninger og kvalitetsforbedringsaktiviteter, ikke ble oppnådd.
Kommentarer/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientevalueringer bør inneholde både kvalitative og kvantitative data. - Dataene bør være enkle å fortolke for mottakerne. - Gjennomføre felles møter for samtlige leger hvor resultatene og prosedyrene kan diskuteres. - Tilby differensierte og veiledede aktiviteter over en viss tidsperiode for å følge opp spesifikke aspekter ved pasientevalueringer for den enkelte lege/institusjon.

Tabell 7: Usefulness of a national parent experience survey in quality improvement: views of paediatric department employees

Usefulness of a national parent experience survey in quality improvement: views of paediatric department employees (1).	
Forfatter/år	Iversen HH, Bjertnæs ØA, Groven G, Bukholm G, 2010.
Formål/objective	Å undersøke ansattes holdninger til brukererfaringsundersøkelser, deres meninger om nytten av nasjonale undersøkelser, samt deres rapporterte bruk av resultatene i kvalitetsforbedringsarbeid.
Design	Tverrsnittstudie, elektronisk spørreskjemaundersøkelse.
Kontekst	Somatiske barneavdelinger ved norske sykehus, som tidligere hadde deltatt i en nasjonal undersøkelse om pårørendes erfaringer fra disse avdelingene i 2005.
Populasjon	Fem ansatte, valgt av avdelingsleder, ved hver av de 20 barneavdelingene.
Utvalgsstørrelse og frafall	100, ni ekskludert, 79 svarte på undersøkelsen (87%).
Datainnsamling	Elektronisk spørreskjema, opp til fire purringer. Spørreskjema basert på en tidligere fransk studie (14). Spørsmålene omhandlet holdninger til brukerinvolvering og brukererfaringsundersøkelser, den nasjonale undersøkelsen gjennomført i 2005 og ansattes meninger og bruk samt opplevd nytte av den nasjonale undersøkelsen. Data samlet inn fra juni til oktober 2007.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Holdninger til brukererfaringsundersøkelser rapportert som positive (i gjennomsnitt 4 på en likertskala 1-5). Viktigheten av slike undersøkelser ble rapportert til et gjennomsnitt på 4.16, mens spørsmålet om potensielt bidrag til bedre medisinsk kvalitet fikk lavest skåre (3.15). Ingen signifikante forskjeller mellom avdelingsledere, ledere på lavere nivå eller ansatte uten lederansvar på holdningsspørsmålene. - Nytteten av undersøkelser vurdert til 2.89, nytten av å diskutere resultatene til 2.73. Avdelingsledere rapporterte statistisk signifikante høyere skårer angående nytten av slike undersøkelser og diskusjoner rundt resultatene enn ansatte uten lederansvar. - 86% av respondentene var blitt informert om resultatene, 78% rapporterte at de hadde diskutert resultatene. 18% mente at undersøkelsen hadde endret helsepersonellens atferd ovenfor pasienter. - 65% hadde kunnskaper om rapporten fra undersøkelsen, og 56% rapporterte at kvalitetsforbedringstiltak hadde blitt implementert i etterkant. - Kvalitetsforbedringstiltak nevnt av respondenter: informasjon, rolleavklaringer både i forhold til pårørende og innad i avdeling, kontinuitet og rutiner, hvor kontinuitet var knyttet til helsepersonells kontinuitet overfor foreldrene.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Holdninger knyttet til nasjonale brukererfaringsundersøkelser ble funnet å være påvirket av faglig bakgrunn, hvor legene rapporterte en mer negativ holdning enn andre faggrupper. - Vurdering av nytten ble funnet å være påvirket av type stilling i tjenesten, hvor avdelingslederne rapporterte mer positiv vurdering enn ansatte uten lederansvar. - Liknende funn som i studien denne er basert på. - Kvalitetsforbedringstiltakene iverksatt korrelerte med områder identifisert i den nasjonale undersøkelsen som var rangert mest negativt.
Kommentarer/diskusjon	Aktivt bruk av resultater i kvalitetsforbedringsarbeid er et mål når man gjennomfører brukererfaringsundersøkelser, men det er få studier som har undersøkt slik bruk systematisk, i tillegg til at resultatene er motstridende.

Tabell 8: Assessing the utility of consumer surveys for improving the quality of behavioral health care services

Assessing the utility of consumer surveys for improving the quality of behavioral health care services (6).	
Forfatter/år	Koch JR, Breland AB, Nash M, Cropsey K, 2011.
Formål/objective	1) Å undersøke i hvilken grad "community treatment programs" (CTPs) bruker pasienterfaringsdata og hvilke faktorer som kan fremme eller hemme bruk. 2) Å undersøke hvilke pasienterfaringsundersøkelser og organisatoriske trekk som er relatert til bruk av pasienterfaringsdata.
Design	"Mixed method"; tverrsnitt og kvalitative intervju.
Kontekst	Virginia, USA, CTPs med erfaring i bruk av pasienterfaringsundersøkelser.
Populasjon	Ansatte ved "community services boards" (CSBs) og utvalgte private institusjoner.
Utvalgsstørrelse og frafall	- Spørreskjema: Utvalgte ansatte ved alle 40 CSBs i tillegg til utvalgte ansatte ved åtte private institusjoner. 150 potensielle respondenter, 77 svarere (51%). - Kvalitative intervju: 16 ansatte ved CSB, utvalgt basert på type stilling og skårer på rapportert bruk av data (lavest og høyest).
Datainnsamling	Web-basert spørreskjema og telefonintervjuer, med to purringer.
Resultater	Spørreskjema: - 61% rapporterte å ha lest deler av pasienterfaringsrapporten, 13% å ha lest hele. - 60% rapporterte å ha brukt rapporten til kvalitetsforbedring, 56% til kvalitetssikring. - Faktorer hyppigst nevnt som støtter bruk av pasienterfaringsundersøkelser: adekvat utdannet ansatte til å gjennomføre undersøkelsene (79%), nytten av å sammenligne seg med andre organisasjoner (79%) og at ansatte støtter opp om gjennomføringen (77%). - Faktorer som påvirker nytten av pasienterfaringsdata: at rapporten inkluderer praktiske tolkninger av resultatene (92%), at resultatene er rapportert for individuelle programmer/avdelinger (90%), og at spørsmålene i undersøkelsen er skreddersydd for spesifikke programmer/avdelinger (86%). Kvalitative intervju: - Faktorer som hindrer bruk av data: utdaterte data, mangel på spesifikk data, mangel på ressurser, manglende evne til å tolke dataen og gjennomføre relaterte kvalitetsforbedringstiltak. - Det ble stilt spørsmåltegn ved validiteten ved pasienterfaringsundersøkelser. - Faktorer som fremmer bruk av data: det å kunne sammenligne seg med andre organisasjoner eller statens gjennomsnitt, å undersøke trender over flere år, inkludering av kvalitative kommentarer, inkludering av analyser, grafer, figurer og sammendrag som gjør rapporten lettere å forstå.
Konklusjon	- Generell tilfredshet med pasienterfaringsundersøkelser. - Flesteparten av respondentene ville gjennomføre undersøkelsen oftere, med forbehold om at resultatene ble raskere tilgjengelig. - Få respondenter rapporterte å ha etablerte prosesser for bruk av data.
Kommentarer/diskusjon	For å bedre bruk av pasienterfaringsdata bør man forsøke å etterkomme preferansene institusjonene har for administreringen av undersøkelsene, man bør gjøre resultatene lett tilgjengelige for hele institusjonen, man bør trene ansatte i å tolke resultatene og det bør etableres kvalitetsforbedringskomiteer/arbeidsgrupper som kan ta tak i temaer som dukker opp i resultatene.

Tabell 9: Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care?

Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care (10)?	
Forfatter/år	Longo DR, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V, 1997.
Formål/objective	Å identifisere reaksjoner til rapporten fra en pasientundersøkelse, hvorvidt og hvor mye diskusjoner rapporten genererte i sykehusene, og om og hvilke endringer har blitt implementert/planlagt etter publiseringen av rapporten.
Design	Tverrsnittstudie.
Kontekst	Missouri, USA, sykehus med obstetriske tjenester.
Populasjon	Ansatte ved sykehus med best kjennskap til en rapport fra en pasientundersøkelse.
Utvalgsstørrelse og frafall	88 sykehus, 82 svarte på undersøkelsen (93%).
Datainnsamling	Telefonintervju med bruk av spørreskjema ett år etter at resultatene fra pasientundersøkelsen ble gjort kjent. I forkant av telefonintervjuet fikk potensielle respondenter tilsendt spørreskjemaet som skulle benyttes for forberedelse.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - 46% anså rapporten som nyttig til ekstremt nyttig for de ansatte ved sykehuset, 24% ikke nyttig, 29% nøytral. - 38% rangerte rapporten som nyttig for pasientene, 25% negativ, 37 %nøytral. - Det var større sannsynlighet for at sykehus med lav eller gjennomsnittlig pasienttilfredshet gjorde eller planla endringer i tjenestetilbudet . - 20% av sykehusene med lav eller gjennomsnittlig pasienttilfredshet vurderte endringer i policyen sin. - En sammenheng ble funnet mellom planlagte endringer og sykehus som konkurrerte med andre sykehus om pasienter, eller dersom sykehuset presterte dårligere enn sykehus de sammenlignet seg med.
Konklusjon	Rapporter om pasientundersøkelser er assosiert med endringer i omsorgskvaliteten ved sykehus.
Kommentarer/diskusjon	Endringer fremkommer ikke nødvendigvis kun som et resultat av slike rapporter, men rapportene kan fungere som en katalysator eller inspirasjon.

Tabell 10: Do patient surveys work? The influence of national survey programme on local quality-improvement initiatives

Do patient surveys work? The influence of national survey programme on local quality-improvement initiatives (9).	
Forfatter/år	Reeves R, Seccombe I, 2008.
Formål/objective	Å dokumentere gjeldende holdninger til det nasjonale pasientundersøkelsesprogrammet, for å undersøke i hvilken grad pasientundersøkelsesresultater blir brukt i NHS-sykehus. Å identifisere faktorer som fremmer og hindrer bruk av resultatene fra disse undersøkelsene.
Design	Kvalitative intervju.
Kontekst	National Health Service (NHS) sykehusorganisasjoner (trusts) i England.
Populasjon	Personer med ansvar for å håndtere resultatene fra pasientundersøkelser i sykehusene.
Utvalgsstørrelse og frafall	27 av 169 trusts ble valgt formålsbestemt, gjennomførte intervju med 24 av disse.
Datainnsamling	Semistrukturerte telefonintervju. Intervjuene ble gjennomført i første kvartal av 2006.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Rundt halvparten mente at den nasjonale surveyen ga reliable og rettferdige referansepunkter i sammenligningen av de forskjellige NHS "trusts". - Regelmessige undersøkelser ble oppfattet som nyttige, fordi sykehusene kan bruke resultatene til sammenlikninger over tid. - Nesten alle intervjuobjektene sa de brukte pasientundersøkelsesresultater som bakgrunn og guide for å bedre kvaliteten på tjenesten, i tillegg til å måle hvor vellykkede tiltakene hadde vært. - 15 respondenter fant pasienters kvalitative kommentarer spesielt nyttig. - Hindrer bruk av data: resultatene/rapportene er ikke spesifikke nok, klinikerne manglende engasjement og tro på undersøkelsen, vanskelig å vite hvordan best forbedre resultatene, bruk av tid. - Fremmer bruk av data: organisasjonskultur som oppmuntret bruk av data, finansielle insentiver og mulighet til å sammenligne resultater over tid og med andre sykehus.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Generelt positive holdninger til den nasjonale pasientundersøkelsen, og det er en hovedstyrke at den gjennomføres regelmessig. - Viktige holdepunkter for å oppnå suksess er å presentere resultatene på lavt nivå (avdeling/post i sykehusene) og å legge til rette for samarbeid for de involverte i undersøkelsene.
Kommentarer/diskusjon	<p>Forslag for å forbedre pasientundersøkelser: - Gjenta undersøkelsen regelmessig. – Regelmessige arbeidsgrupper for å fremme samarbeid. – Gjøre informasjon om relevant statistikk kjent for å fremme forståelse av resultatene. – Samle inn og analysere data på lavt nivå i organisasjonen. – Gi pasientundersøkelser en fremtredende rolle når det kommer til "performance management". – Publisér standardmål i trafikklys-format. – Publisér resultater kort tid etter gjennomføring av undersøkelsen. – Inkluder muligheten til å rapportere kvalitative kommentarer i undersøkelsen.</p>

Tabell 11: Performance profiles: The influence of patient satisfaction data on physicians' practice

Performance profiles: The influence of patient satisfaction data on physicians' practice (11).	
Forfatter/år	Rider EA, Perrin JM, 2002.
Formål/objective	Å undersøke 1) hvordan leger anser "performance profiles" basert på pasienttilfredshetsdata, 2) om leger rapporterer å bruke disse profilene for å endre praksis, 3) hvilke deler av profilene legene rapporterer er viktige for å måle kvaliteten på tjenesten.
Design	Tverrsnittstudie.
Kontekst	Massachusetts, USA, primærhelsetjenesten.
Populasjon	Leger som tilbyr "managed care" (programmer som er ment å redusere unødvendige helsetjenestekostnader), som har minst 100 pasienter innenfor slike programmer, og som har mottatt minst én "performance profile" basert på pasienttilfredshetsdata.
Utvalgsstørrelse og frafall	810 leger; 304 pediatrere, 201 allmennleger, og 305 indremedisinere. 8 ekskludert grunnet tilgjengelighet, gjennomsnittlig responsrate på tvers av gruppene: 68%, henholdsvis for hver av gruppene: 74%, 62% og 58%.
Datainnsamling	Postal spørreskjemaundersøkelse. Opptil fem påminnelser/purringer ble sendt ut. Datainnsamlingen foregikk fra januar til mai 1998.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - 23% av legene rangerte profilene som svært eller ekstremt nyttig for å bedre pasientomsorgen. - 7% brukte profilene ofte eller alltid til å endre pasientomsorgen. - Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene, men indremedisinere rapporterte sjeldnere de to ovenfornevnte punktene. - Leger med prosentvis færre pasienter tilknyttet "managed care" hadde større sannsynlighet for å bruke profilene til å endre praksisen, enn de med flere slike pasienter. - Ingen signifikante assosiasjoner mellom nytte av profiler og spesialitet, kjønn, erfaring, "board certification", prosent av "capitated patients" (pasienter som legen mottar en gitt sum for å behandle, uavhengig av behandling), eller antall mottatte profiler.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Økt bruk av profiler basert på pasienttilfredshetsdata gjør det viktig å forstå legers oppfatninger om og bruk av slike data. - Resultater fra pasientundersøkelsene bør være spesifikke, mulige å handle ut fra, og ikke kun vektlegge aspekter ved helsesystemet som leger har liten mulighet til å endre.
Kommentarer/diskusjon	- Vanligvis mottar legene profilene uoppfordret, noe som kan føre til at de ser på dette som en trussel når det gjelder egen kompetanse, autonomi og faglige vurderinger. I tillegg kan legene tvile på profilenes troverdighet og heller stole på sin egen erfaring eller kollegers anbefalinger.

Tabell 12: Sykehus- og afdelingsleders evaluering af patienttilfredshedsundersøgelser

Sykehus- og afdelingsleders evaluering af patienttilfredshedsundersøgelser (7).	
Forfatter/år	Riiskjær E, Ammentorp J, Kofoed PE, 2010.
Formål/objective	Hvordan nytten av et lokalt utviklet pasienttilfredshetskonsept ble vurdert av avdelings- og sykehusledere med tanke på prosess og oppfølging.
Design	Tverrsnitt på flere tidspunkt ved bruk av spørreskjema.
Kontekst	Sykehus i Århus, Danmark hvor fire runder av pasienttilfredshetsundersøkelser ble gjennomført mellom 1999 og 2006. Spørreskjemaet om opplevd nytte ble utsendt i etterkant av hver av de fire rundene med pasienttilfredshetsundersøkelser.
Populasjon	Sykehusledere i Århus amt.
Utvalgsstørrelse og frafall	200 mulige svar til sammen fra de fire undersøkelsene, 173 svarte på undersøkelsen (87%), av disse; 92% av sykehuslederne og 86% av avdelingslederne svarte.
Datainnsamling	Spørreskjemaet ble utsendt tre til seks måneder etter utlevering av rapport på pasienttilfredshetsundersøkelsene. Opp til tre påminnelser per telefon.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - 83% av lederne vurderte konseptet pasienttilfredshet positivt, med sykehusledere med statistisk signifikant mer positiv respons enn avdelingsledere (100% mot 80%). - Svar fra universitetssykehusene var statistisk signifikant mer positiv enn sentralsykehusene ($p < 0.05$). - På spørsmål om undersøkelsen kan brukes i forbindelse med kvalitetsutvikling svarte, til sammen for de fire rundene, 57% ja og 2% nei. - På spørsmål om undersøkelsen har medført konkrete oppfølgende aktiviteter svarte, til sammen for de fire rundene, 82% ja og 4% nei. - Elementer med rapportene fra pasienttilfredshetsundersøkelsene som ble vurdert som mest anvendelig var kommentarer fra pasientene, og at resultatene var oppdelt på avdelinger og diagnoser.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Et semiskreddersydd konsept har i Århus vist seg å ha oppnådd aksept hos relevante lederne. - Undersøkelsen indikerer at forskjellige aktører har forskjellige behov og interesser i pasienttilfredshetsundersøkelsenes utforming. På bakgrunn av dette bør man trekke inn helsepersonell på lavere nivå for å utforme slike undersøkelser og i evalueringen av dem.
Kommentarer/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Noe av forklaringen til at kun 57% mente at resultatene fra undersøkelsene kunne benyttes til kvalitetsutvikling kan være at resultatene ikke kan brukes til faglig utvikling. - Selv om denne undersøkelsen forsøkte å imøtekomme ønsker om detaljerte rapporter, ble det likevel fremhevet av lederne et ønske om enda mer detaljerte resultater. - Leger i Århus som ikke innehar overlegestilling har vist seg å være mer negative til pasienttilfredshetsundersøkelser, noe som kunne ha bidratt til flere kritiske svar i denne undersøkelsen om de hadde blitt inkludert.

Tabell 13: Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement?

Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? (12)	
Forfatter/år	Wensing M, Vingerhoets E, Grol R, 2003
Formål/objective	Å undersøke hva leger mener om informasjonen de får fra pasienterfaringsundersøkelser.
Design	Cluster randomisert studie.
Kontekst	Nederland, allmennpraksiser.
Populasjon	Allmennleger.
Utvalgsstørrelse og frafall	- 60 allmennleger fra 43 allmennpraksiser rekruttert fra et systematisk utvalg av 700 fastleger stratifisert i henhold til nivå av urbanisering (for å reflektere nasjonal situasjon). Hver lege rekrutterte to utvalg av pasienter, 15 personer i hvert utvalg. - 52 allmennleger gjennomførte hele studien – svarprosent: 87%.
Datainnsamling	Spørreskjema. Videoobservasjon av kommunikasjonen mellom lege og pasient. Leger i intervensjonsgruppa (n=27) mottok en individualisert rapport basert på en pasienterfaringsundersøkelse, leger i kontrollgruppa (n=25) mottok ingen slik rapport.
Resultater	- Tiltak gjort i intervensjonsgruppa: videre utdanning, diskusjoner med kolleger angående resultatene fra pasienterfaringsundersøkelsen, endring i praksisrutiner eller endring av organiseringen i praksisen. - Ingen endringer i kvaliteten på kommunikasjonen ble funnet etter intervensjonen. - Ved baseline var leger fra intervensjons- og kontrollgruppa like motiverte til å endre praksisen for å bedre pasienterfaringene. Etter å ha fått resultatene mente færre av legene i intervensjonsgruppa at resultatene var relevante enn legene i kontrollgruppa. - Hindrer bruk av data: vanskeligheter med å tolke resultatene, og å bruke de hensiktsmessig i kvalitetsforbedring.
Konklusjon	- Allmennleger er høyt motiverte for å benytte seg av pasienterfaringer for å bedre tjenesten, men finner det vanskelig å gjøre så. - Spesielt leger som mottok rapporten så ingen nytte i å endre tjenesten, noe som kan ha sammenheng med gode resultater og tiden det tar å sette seg inn i kvalitetsforbedring. - Alle legene fant det vanskelig å dekke alle pasientenes behov. - Disse funnene utfordrer bruken av pasienterfaringsundersøkelser som et verktøy i kvalitetsforbedring.
Kommentarer/diskusjon	- Effekten av pasienterfaringsundersøkelser kan bli større hvis man i tillegg til å informere om resultatene tilbyr kurs og opplæring rettet mot hvordan man kan jobbe videre med ulike elementer ved pasienterfaringer. - I tillegg bør en ekstern aktør bidra med praktisk støtte i innsamling og analysering av dataene, samt i tolkningen av dem og videreføre resultatene til kvalitetsforbedringstiltak.

Tabell 14: Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations

Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations (13).	
Forfatter/år	Zuidgeest M, Strating M, Luijckx K, Westert G, Delnoij D, 2012.
Formål/objective	Å undersøke hvorvidt brukererfaringer er brukt til kvalitetsforbedring i sykehjem.
Design	Kvalitative intervju.
Kontekst	Nederland, langtids omsorgstjeneste.
Populasjon	Ansatte ved institusjoner som hadde deltatt i en brukererfaringsundersøkelse.
Utvalgsstørrelse og frafall	47 ansatte.
Datainnsamling	Semistrukturerte intervju, opptak på lydbånd, intervjuobjektene gjennomgikk sammendragene før godkjenning. Utført i 2010.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Resultatene fra brukererfaringsundersøkelsen bekrefter ofte hva institusjonen allerede vet, hvilket opplevdes av de ansatte som en validering av undersøkelsen. - Institusjoner som mer systematisk inkorporerer brukererfaringer i kvalitetsarbeidet bruker resultatet fra slike undersøkelser mer aktivt i kvalitetsforbedringsarbeid. - I slike institusjoner var resultatene spredt ut i hele organisasjonen og prosjektgrupper arbeidet med å finne kvalitetstiltak. - Institusjoner som hadde hatt godkjente retningslinjer for kvalitetsarbeid over lengre tid hadde oftere jobbet mer systematisk med resultatene. - Fremmer bruk av data: dataene er reliable og gjenkjennelige, mer detaljerte og spesifikke resultater for hver institusjon. - Hindrer bruk av data: tid, da kvalitetsforbedring ikke er en del av normal aktivitet.
Konklusjon	- Med tanke på kvalitetsforbedring holder det ikke nødvendigvis å kun gi institusjonene resultatene, og forvente at de skal sette i gang forbedringsarbeid.
Kommentarer/diskusjon	- Mulig å oppnå detaljerte nok data på institusjonsnivå ved å supplere kvantitative data med kvalitative kommentarer fra brukerne.

Oppsummering

Formålet med denne litteraturgjennomgangen var å søke systematisk etter, identifisere og beskrive vitenskapelig publiserte artikler om bruk av brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser til lokalt kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Både i hvilken grad data brukes, og typer oppfølging av resultatene fra brukererfaringsundersøkelsen i lokalt forbedringsarbeid har vært i fokus.

På basis av litteratursøket identifiserte vi tolv artikler som innfridde inklusjonskriteriene. Det var stor variasjon mellom studiene når det gjaldt metoder og utfallsmål.

Omfanget av bruken blant dem som rapporterte at de benyttet data til lokalt kvalitetsarbeid varierte mye mellom studiene. Halvparten av de inkluderte studiene gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse som oppfølging av den opprinnelige brukererfaringsundersøkelsen, og laget et estimat på andel av respondentene som rapporterte at de hadde brukt brukererfaringsdata til kvalitetsforbedringsarbeid. Blant disse studiene varierte andelen som rapporterte slik bruk fra 54 % til 83 %. Type oppfølging og omfanget av dette varierte også, og inkluderte alt fra uformelle diskusjoner til deling av "best practice" med andre og supplerende undersøkelser for å gå mer i dybden på temaer identifisert gjennom brukererfaringsundersøkelsene.

Kontekstuelle faktorer og behov for mer forskning

I denne litteraturgjennomgangen har målsetningen vært å undersøke omfanget av bruk og oppfølging av data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser. De inkluderte studiene varierer når det gjelder kontekst, metoder og hovedfunn. Dette gjør det vanskelig å relatere variasjonene i resultatene i de respektive artiklene til ulike kontekstuelle faktorer. For eksempel kunne det være interessant å sammenligne bruken av data mellom primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, men disse er så ulike innad at det ikke er hensiktsmessig. Det samme gjelder nasjonale data mot andre storskala undersøkelser, lokalt eierskap versus sentralisert med mer, men forskjellighet og lavt antall studier vanskeliggjør dette.

I den inkluderte litteraturen diskuterer forfatterne en del faktorer som potensielt hindrer bruk av data, for eksempel at det er andre endringer som enten er planlagt eller gjennomføres i organisasjonen, at organisasjonen ikke har personell som kan kvalitetsforbedringsarbeid (8). At data er utdaterte, eller mangler spesifisitet, mangel på ressurser og manglende evne til å tolke dataene og å gjennomføre relatert kvalitetsforbedring (6, 9, 12-13). I tillegg ble klinikerens manglende engasjement og tro på undersøkelsen trukket frem (1, 3, 9).

Av faktorer som kan fremme bruk av data ble muligheten til å satse på små, men effektfulle intervensjoner trukket frem (8). Nyttan av å kunne sammenligne seg med andre organisasjoner og sammenligning med sin egen organisasjon over tid ble også presentert (6, 9). Organisasjonskultur som oppmuntret til bruk av data, og ansatte som støtter opp om gjennomføringen kan også fremme bruk av data (6, 9). Det at data er reliable og gjenkjennelige med detaljerte og spesifikke resultater for hver institusjon ble også nevnt av svarere som å fremme bruk av data (13).

Det er behov for mer forskning på bruk av brukererfaringsdata, herunder på områder hvor det er lite studier (for eksempel psykisk helsevern) og for å få mer kunnskap om interaksjonen mellom bruk av data og kontekstuelle faktorer. Det er også behov for en standardisering av målemetodene på tvers av studier for å kunne sammenligne resultater. For å sikre validitet og generaliserbarhet er det viktig at kvaliteten på oppfølgingsstudiene er på samme nivå som brukererfaringsundersøkelsen. Det er også viktig at brukererfaringsundersøkelsene gjentas flere ganger for å overvåke eventuelle endringer over tid. Sistnevnte vil også være en viktig validering av selvrapporteringen fra helsepersonell om i hvilken grad data brukes til forbedring.

Metodeproblemer og feilkilder

Ett problem for det meste av foreliggende forskning er potensialet for "social desirability bias". En slik skjevhet oppstår dersom respondenter svarer det de anser er sosialt forventet eller akseptert, heller enn det som er korrekt (15). I denne litteraturgjennomgangen baserer oppfølgingsundersøkelsene seg stort sett på selvrapportering fra helsepersonell. Ofte er det de samme som gjennomfører brukerundersøkelsen og oppfølgingsundersøkelsen blant helsepersonell, og disse har potensielt et ønske om at resultatene blir brukt. Det kan ikke utelukkes at dette påvirker respondentene i retning av å rapportere større omfang både når det gjelder bruk og oppfølging, enn det som er reelt. Det er ikke mulig å vite hvor stor denne effekten er, men noe overrapportering av positive funn må påregnes. Eventuelle endringer over tid kan være en viktig kilde til mer informasjon om effekten av undersøkelsen og bruken av data, selv om kausale sammenhenger er vanskelig å avdekke også i en tidsserieanalyse.

En annen type feilkilde som kan ha påvirket denne litteraturgjennomgangen er "publication bias". Dette er en tendens til skjevhet i publiseringen av studier som kommer av at studier med manglende eller "skuffende" resultater ikke nødvendigvis blir publisert like ofte som studier som eksempelvis produserer resultater med positiv effekt (16-17). I denne litteraturgjennomgangen var det stor variasjon mellom de inkluderte studiene i omfanget av bruk av data. Dette betyr at også studier med mindre gode resultater ser ut til å ha blitt publisert, men vi kan ikke utelukke en mulig publikasjonsskjevhet.

Vi valgte å ikke gradere kvaliteten på de inkluderte studiene. Slik kvalitetsvurdering er viktig når det er snakk om å bedømme hvorvidt vi stoler på effektstudier eller studier som sammenligner eksempelvis én behandling mot en annen. I denne litteraturgjennomgangen har vi ekskludert effektstudier, og vurderte heller ikke ett tiltak mot et annet. Av den grunn valgte vi å benytte oss av en kvalitetskontroll av studiene kun som en del av inklusjonsprosessen. Alle de inkluderte studiene tilfredsstilte minimumskravene til metodekvalitet, men enkelte hadde begrensninger med tanke på validitet og generaliserbarhet (2). For eksempel utgjorde utvalget i noen av studiene et strategisk utvalg, og ikke et tilfeldig utvalg.

Det er mulig at relevante studier ikke ble fanget opp av vårt søk, men vi anser søkestrategien som tilfredsstillende med tanke på prosjektets målsetning. I tillegg til et omfattende litteratursøk gjennomgikk vi referanselistene til samtlige inkluderte artikler, samt en del av de 70 ekskluderte.

Konklusjoner

Et hovedfunn i oppsummeringen var at brukererfaringsdata fra nasjonale og andre storskala undersøkelser benyttes i lokalt kvalitetsarbeid.

Hvilke typer oppfølging og omfanget av denne varierer mye i de inkluderte artiklene. Alt fra ingen spesifikke oppfølginger annet enn oppfølgingsstudien, via forskjellige typer informasjonsdeling til et omfattende og gjennomgripende arbeid for å sikre eller forbedre kvaliteten beskrives.

Det er viktig at de som skal implementere forbedringstiltak får informasjon og opplæring i forbedringsmetodikk og -tiltak. I vedlegg 1 har vi inkludert en liste over relevante kunnskapskilder for kvalitetsforbedringsmetodikk og forbedringstiltak, som forhåpentligvis kan være til nytte.

Det er behov for mer, bedre og standardisert forskning om bruk av slike data. Det er også behov for mer forskning på interaksjonen mellom kontekstuelle faktorer og bruk av data. Det er viktig å vurdere hvilke tiltak som kan øke bruken av nasjonale brukererfaringsundersøkelser fremover. Det er ikke så mye forskning å bygge dette

på, men muligheten til å presentere resultater på lavest mulig nivå (for eksempel avdeling og post) er et gjennomgangstema i litteraturen.

Referanser

1. Iversen HH, Bjertnæs ØA, Groven G, Bukholm G. Usefulness of a national parent experience survey in quality improvement: views of paediatric department employees. *Qual Saf Health Care* 2010 Oct;19(5):e38
2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 3. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011 (lest 26.11.2012). Tilgjengelig fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2139.cms>
3. Friedberg MW, SteelFisher GK, Karp M, Schneider EC. Physician groups' use of data from patient experience surveys. *J Gen Intern Med* 2011 May;26(5):498-504.
4. Hearnshaw H, Baker R, Cooper A, Eccles M, Soper J. The costs and benefits of asking patients for their opinions about general practice. *Fam Pract* 1996 Feb;13(1):52-8.
5. Heje HN, Vedsted P, Olesen F. General practitioners' experience and benefits from patient evaluations. *BMC Fam Pract* 2011 Oct 31;12:116.
6. Koch JR, Breland AB, Nash M, Cropsey K. Assessing the utility of consumer surveys for improving the quality of behavioral health care services. *J Behav Health Serv Res* 2011 Apr;38(2):234-48.
7. Riiskjær E, Ammentorp J, Kofoed PE. Sygehus- og afdelingsleders evaluering af patienttilfredshedsundersøgelser. *Ugeskr Læger* 2010 Jun 28;172(26):1972-7.
8. Davies E, Shaller D, Edgman-Levitan S, Safran D, Oftedahl G, Sakowski J et al. Evaluating the use of a modified CAHPS survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative. *Health Expect* 2008 Jun;11(2):160-76.
9. Reeves R, Seccombe I. Do patient surveys work? The influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives. *Qual Saf Health Care* 2008 Dec;17(6):437-41.
10. Longo DR, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? *JAMA* 1997 Nov 19;278(19):1579-84.

11. Rider EA, Perrin JM. Performance profiles: the influence of patient satisfaction data on physicians' practice. *Pediatrics* 2002 May;109(5):752-7.
12. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? *Patient Educ Couns* 2003 Oct;51(2):149-53.
13. Zuidgeest M, Strating M, Luijkx K, Westert G, Delnoij D. Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations. *Int J Qual Health Care* 2012 Jun;24(3):224-9.
14. Boyer L, Francois P, Doutre E, Weil G, Labarere J. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *Int J Qual Health Care* 2006 Oct;18(5):359-64.
15. Robling MR, Ingledeew DK, Greene G, Sayers A, Shaw C, Sander L, Russell IT, Williams JG, Hood K. Applying an extended theoretical framework for data collection mode to health services research. *BMC Health Serv Res* 2010 Jun 24;10:180.
16. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
17. Laake P, Olsen BR, Benestad HB (red). *Forskning i medisin og biofag. 2. utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.

Vedlegg 1: Internettressurser

#	Navn	Land	Formål/verktøy	Lenke(r)
<i>Hvordan forbedre brukererfaringer</i>				
1	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)	USA	Guide for hvordan håndtere resultater fra CAHPS-undersøkelser	https://www.cahps.ahrq.gov/Quality-Improvement.aspx ¹ https://www.cahps.ahrq.gov/Quality-Improvement/Improvement-Guide.aspx http://www.facs.org/ahp/cahps/improvement-guide.pdf
2	Enheden for Brugerundersøgelser	Danmark	Informasjon og tips om kvalitetsforbedring	http://www.patientoplevelser.dk/ http://www.patientoplevelser.dk/index.asp?id=661&sub1=499
3	Helsebiblioteket	Norge	Forskjellige verktøy for kvalitetsforbedring, samt informasjon om brukererfaringsundersøkelser	http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring
4	Improving Chronic Illness Care	USA	Å bedre kvalitet på tjenesten for kronisk syke gjennom evidensbasert praksis	http://www.improvingchroniccare.org/
5	NHS – Institute for Innovation and Improvement	Stor-britannia	Forskningslitteratur, erfaringer fra helsetjenesten	http://www.institute.nhs.uk/ http://www.institute.nhs.uk/patient_experience/guide/home_page.html
6	Patient Experience Network	Stor-britannia	Helsepersonell kan lese om andres kvalitetsforbedringstiltak, samt legge inn egne erfaringer	http://www.institute.nhs.uk/share_and_network/pen/welcome.html http://www.institute.nhs.uk/share_and_network/pen/add_your_experience_programme_story.html
7	Picker Institute Europe	Stor-britannia	Aktiviteter som kan bedre brukererfaringer med basis i egne nasjonale undersøkelser	http://pickereurope.org http://www.pickereurope.org/improvement/ http://www.nhssurveys.org/improvinghealthcare

¹ CAHPS sine hjemmesider er for tiden ikke oppdaterte. De fleste funksjoner er likevel tilgjengelige, og sidene vil bli oppdatert så fort en ny avtale mellom CAHPS og interessenter er på plass.

8	Videns- og idébank	Danmark	Helsepersonell kan lese om andres kvalitetsforbedringstiltak, samt legge inn egne erfaringer	http://www.regionh.dk/patientinddragelse/Menu/
---	--------------------	---------	--	---

Hvordan forbedre brukererfaringer? Mulige tiltak på systemnivå

9	Department of Health	Stor-britannia	Finansiering av helsetjenesten ut fra prestasjoner. Definerings og måling av kvalitet, publisering av resultater og kvalitetsforbedringsarbeid	http://www.dh.gov.uk/en http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091443
10	U.S. Department of Health & Human Services	USA	Finansiering av helsetjenesten ut fra prestasjoner. Definerings og måling av kvalitet, publisering av kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid	http://www.healthcare.gov/ http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2011/04/valuebasedpurchasing04292011a.html

Metodikk for kvalitetsforbedring

11	ISQua Knowledge Project Team	Australia	Internasjonalt nettverk hvor diskusjoner, workshops og debatter arrangeres for å lære av hverandre	http://www.isquaknowledge.org
12	PFCC Partners at the Innovation Center of UPMC/Enheden for Brugerundersøgelser		Skyggemetoden	http://www.pfcc.org/guides/index.html#/category http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/2011/Skyggemetoden.pdf
13	Picker Institute – Always events	USA	Fokus på hvordan helsetjenesten <i>alltid</i> bør fungere, og hvordan slike hendelser påvirker kvaliteten	http://pickerinstitute.org http://alwaysevents.pickerinstitute.org/ http://pickerinstitute.org/wp-content/uploads/2010/06/1-FINAL-Always-Events-Creating-an-Optimal-Patient-Experience.pdf

Div

Guider og manualer for gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser, tolkning av resultater, kvalitetsforbedringstiltak

http://www.gp-patient.co.uk/download/GP_Handbook.pdf

<http://www.liverpool->

[lmc.org.uk/newsletters/200907/Att%2008%20Listening%20To%20Patients.pdf](http://www.liverpool-lmc.org.uk/newsletters/200907/Att%2008%20Listening%20To%20Patients.pdf)

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_099779.pdf

Vedlegg 2: Søkestrategi

ID	Searches	Results
#1	(patient adj4 satisfaction)	144810
#2	(Patient adj4 experience*)	36841
#3	(User adj4 satisfaction)	2355
#4	(user adj4 experience*)	1746
#5	(consumer adj4 satisfaction)	21192
#6	(consumer adj4 experience*)	764
#7	patient cent*	22276
#8	patient cent* care	11221
#9	(patient adj4 perception*)	9159
#10	(patient adj4 evaluation*)	25469
#11	health care survey*	23403
#12	healthcare survey*	105
#13	health service* survey*	144
#14	health service* research	57662
#15	(patient adj4 assessment*)	37568
#16	(patient adj4 survey)	7004
#17	(patient adj4 data)	52192
#18	(patient adj4 questionnaire*)	38936
#19	(survey adj10 research)	24646
#20	(experience adj10 survey)	6584
#21	follow-up stud*	507028
#22	(use* adj10 data)	488989
#23	(use* adj10 survey)	78722
#24	(use* adj10 result*)	750546
#25	(use* adj10 stud*)	1315416
#26	(utilization* adj10 data)	13708
#27	(utilization* adj10 survey)	4459
#28	(utilization* adj10 result*)	16978
#29	(utilization* adj10 stud*)	29673
#30	(improve* adj4 quality)	157089
#31	(quality adj4 management)	45152
#32	(quality adj4 control)	185894
#33	(quality adj4 assessment*)	39431
#34	(quality adj4 assurance)	80261
#35	(attitude* adj6 health personnel)	151438

#36	(attitude* adj6 doctor*)	8420
#37	(attitude* adj6 physician*)	50193
#38	(attitude* adj6 nurses)	7119
#39	(attitude* adj6 management)	9619
#40	quality circle*	1937
#41	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	275833
#42	11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20	248244
#43	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40	3942072
#44	41 and 42 and 43	8714

Vedlegg 3: Liste over ekskluderte publikasjoner

Backhouse S, Brown Y. Using a patient satisfaction survey to close the theory-practice gap. <i>Nurs Stand</i> 2000 Jun 7-13;14(38):32-5.
Barr JK, Giannotti TE, Sofaer S, Duquette CE, Waters WJ, Petrillo MK. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. <i>Health Serv Res</i> 2006 Jun; 41(3 Pt 1):663-82.
Black S. The power of compassion. <i>Nurs Stand</i> 2008 Oct 22-28;23(7):70-1.
Boyer L, Francois P, Doutre E, Weil G, Labarere J. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. <i>Int J Qual Health Care</i> 2006 Oct;18(5):359-64.
Cameron PA, Schull MJ, Cooke MW. A framework for measuring quality in the emergency department. <i>Emerg Med J</i> 2011 Sep;28(9):735-40.
Campbell B, Chambers E, Kelson M, Bennett S, Lyratzopoulos G. The nature and usefulness of patient experience information in producing guidance about interventional procedures. <i>Qual Saf Health Care</i> 2010 Dec;19(6):e28.
Cardello DM. Improve patient satisfaction with a bit of mystery. <i>Nurs Manage</i> 2001 Jun;32(6):36-8.
Cheraghi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. <i>BMC Health Serv Res</i> 2008 Aug 21;8:179.
Cleary PD. The increasing importance of patient surveys. Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. <i>BMJ</i> 1999 Sep 18;319(7212):720-1.
Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD, Gerteis M, Delbanco TL. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals. <i>Qual Manag Health Care</i> 1993 Fall;2(1):31-8.
Davies E, Cleary PD. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. <i>Qual Saf Health Care</i> 2005 Dec;14(6):428-32.
Davies EA, Meterko MM, Charns MP, Seibert ME, Cleary PD. Factors affecting the use of patient survey data for quality improvement in the Veterans Health Administration. <i>BMC Health Serv Res</i> 2011 Dec 12;11:334.
Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? <i>Int J Qual Health Care</i> 2001 Dec;13(6):463-8.
Edsall RL, Adler KG. The 2009 EHR user satisfaction survey: responses from 2,012 family physicians. <i>Fam Pract Manag</i> 2009 Nov-Dec;16(6):10-6.
Elliott MN, Lehrman WG, Goldstein EH, Giordano LA, Beckett MK, Cohea CW et al. Hospital survey shows improvements in patient experience. <i>Health Aff (Millwood)</i> 2010 Nov;29(11):2061-7.
Fields TT, Gomez PS. Utilizing patient satisfaction surveys to prepare for Medicaid managed care. <i>J Health Care Poor Underserved</i> 2001 Feb;12(1):59-76
Frampton SB. Creating a patient-centered system. <i>Am J Nurs</i> 2009 Mar;109(3):30-3.
Freeman S, Kester R, Greenbrook S, O'Connor R, Rawlings S. The service pledge for breast cancer – improving services through patient involvement. <i>Radiography</i> 2012;18(1):34-7.

Fuglsang M. Brug din LUP. Ugeskr Læger 2010 Jun;172(26):1966.
Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Med 2008 Jan 15;148(2):111-23.
Ginsburg LS. Factors that influence line managers' perceptions of hospital performance data. Health Serv Res 2003 Feb;38(1 Pt 1):261-86.
Greco M, Carter M, Powell R, Sweeney K, Stead J. Does a patient survey make a difference? Educ Prim Care 2004;15:183-9.
Greenhalgh J, Meadows K. The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: a literature review. J Eval Clin Pract 1999 Nov;5(4):401-16.
Gregory N, Kaldenberg DO. Satisfaction with the billing process: using a patient survey to identify opportunities for process improvement. Hosp Top 2000 Summer;78(3):20-5.
Haffer SC, Bowen SE. Measuring and improving health outcomes in Medicare: the Medicare HOS program. Health Care Financ Rev 2004 Summer;25(4):1-3.
Hand MM, Chesley FD Jr, Ho KK, Clancy CM. The third national reports on healthcare quality and disparities in the United States: national data for targeting improvements. J Nurs Care Qual 2006 Oct-Dec;21(4):283-9.
Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? Health Aff (Millwood) 2003 Mar-Apr; 22(2):84-94.
Hobbs SF, Sodomka PF. Developing partnerships among patients, families, and staff at the medical college of Georgia hospital and clinics. Jt Comm J Qual Improv 2000 May;26(5):268-76.
Horsley T, O'Neill J, McGowan J, Perrier L, Kane G, Campbell C. Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning. Cochrane Database Syst Rev 2010 May 12;(5):CD007335.
Hoskins EJ, Sayger SA, Westman JS. Quality improvement in patient distribution at a major university student health center. J Am Coll Health 2002 May;50(6): 303-8.
Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2006 Apr 19;(2):CD000259.
Jonsson PM, Øvretveit J. Patient claims and complaints data for improving patient safety. Int J Health Care Qual Assur 2008;21(1):60-74.
Kirschner K, Braspenning J, Maassen I, Bonte A, Burgers J, Grol R. Improving access to primary care: the impact of a quality-improvement strategy. Qual Saf Health Care 2010 Jun;19(3):248-51.
Ladika S. Patient satisfaction. Survey says? Hosp Health Netw 2001 Mar;75(3):20,22.
Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. Int J Qual Health Care 1999 Apr;11(2):93-8.
Lee AV, Moriarty JP, Borgstrom C, Horwitz LI. What can we learn from patient dissatisfaction? An analysis of dissatisfying events at an academic medical center. J Hosp Med 2010 Nov-Dec;5(9):514-20).
Leff EW. Involving patients in care decisions improves satisfaction: an outcomes-based quality improvement project. Home Healthc Nurse 2004 May;22(5):297-301.
Lessing EE, Beech RP. Use of patient and hospital variables in interpreting patient satisfaction data for performance improvement purposes. Am J Orthopsychiatry 2004 Jul;74(3):376-82.
Lindberg L, Kimberlain J. Quality update. Engage employees to improve staff and patient satisfaction. Hosp Health Netw 2008 Jan;82(1):28-9.
Liffe S, Wilcock J, Manthorpe J, Moriarty J, Cornes M, Clough R et al. Can clinicians benefit from patient satisfaction surveys? Evaluating the NSF for older people, 2005-2006. J R Soc Med 2008 Dec;101(12):598-604.
Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do

we expect to gain? A review of the evidence. JAMA 2000 Apr 12;283(14):1866-74.
Mayer T. Drive service excellence to the next level. Moving patient satisfaction scores from the 4s to the 5s is key. Healthc Exec 2010 Nov-Dec;25(6):54,56.
McCull 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):1-256.
McQueen L, Mittman BS, Demakis JG. Overview of the Veterans Health Administration (VHA) quality enhancement research initiative (QUERI). J Am Med Inform Assoc 2004 Sep-Oct;11(5):339-43.
Muntlin Å, Carlsson M, Gunningberg L. Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. J Emerg Nurs 2010 Jul;36(4):317-23.
Mycek S. Good fortune. Griffin hospital gets outstanding grades in both employee and patient satisfaction. Trustee 2001 Jul;54(7):20-4.
Newhouse D. Service score segmentation of diverse populations to improve patient and physician satisfaction – a multicase quality improvement study. Perm J 2009 Fall;13(4):34-41.
NN. Patient satisfaction planner. Use patient satisfaction data for improvement. Hosp Peer Rev 2010 Dec;35(12):suppl 1-3.
NN. SSM health care values continuous quality improvement results. Health Care Strateg Manage 2004 Mar;22(3):11.
NN. Use patient feedback and process modeling data to improve patient satisfaction. Data Strateg Benchmarks 1998 Jul;2(7):109-11.
NN. Use patient satisfaction data to zero in on areas for improvement. Hosp Case Manag 2010 Nov;18(11):161-4.
Otani K, Waterman B, Faulkner KM, Boslaugh S, Burroughs TE, Dunagan WC. Patient satisfaction: focusing on "excellent". J Healthc Manag 2009 Mar-Apr;54(2):93-103.
Palmer JA. Conducting a needs assessment: patient education. Plast Surg Nurs 2006 Apr-Jun;26(2):77-86.
Pathman DE, Teal R. Use of data by hospitals in North Carolina to identify disparities in the care and outcomes of minority patients. N C Med J 2011 May-Jun;72(3):177-82.
Patwardhan A, Patwardhan P. Are consumer surveys valuable as a service improvement tool in health services? A critical appraisal. Int J Health Care Qual Assur 2009;22(7):670-85.
Peak T, Sinclair SV. Using customer satisfaction surveys to improve quality of care in nursing homes. Health Soc Work 2002 Feb;27(1):75-9.
Poulsen KB. SurveillanceMapper: a simple method for creating an overview of quality data. Dan Med Bull 2008 Feb;55(1):69-71.
Price D, Howard M, Dolovich L, Laryea S, Hilts L, Barbara A. Practice-based collection of quality indicator data for a comprehensive quality assessment programme in Canadian family practices. Qual Saf Health Care 2010 Dec;19(6):e47.
Quinn GP, Jacobsen PB, Albrecht TL, Ellison BA, Newman NW, Bell M et al. Real-time patient satisfaction survey and improvement process. Hosp Top 2004 Summer; 82(3):26-32.
Rawlings D, Hendry K, Mylne S, Banfield M, Yates P. Using palliative care assessment tools to influence and enhance clinical practice. Home Healthc Nurse 2011 Mar;29(3):139-45; quiz 146-7.
Rodriguez HP, Scoggins JF, von Glahn T, Zaslavsky AM, Safran DG. Attributing sources of variation in patients' experiences of ambulatory care. Med Care 2009 Aug;47(8):835-41.
Roth TA, Schoolcraft M. Patient satisfaction. The survey says... Nurs Case Manag 1998 Sep-Oct;3(5):184-9;quiz 190-1.
Seghieri C, Sandoval GA, Brown AD, Nuti S. Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: the case of Tuscan emergency departments. Acad Emerg Med 2009 Feb;16(2):136-44.
Selberg J, Doerr H. Journey to excellence: a systemwide culture change begins with the board.

Trustee 2004 Apr;57(4):26-8.
Smith JE, Fisher DL, Endorf-Olson JJ. Integrating patient satisfaction into performance measurement to meet improvement challenges. Jt Comm J Qual Improv 2000 May;26(5): 277-86.
Studer Q. Back to basics 3. Making service excellence a priority. Trustee 2002 Sep;55(8):7-10.
Tai CJ, Chu CC, Liang SC, Lin TF, Huang ZJ, Tsai YH et al. Use of patient satisfaction data in a continuous quality improvement program for endoscopic sinus surgery. Otolaryngol Head Neck Surg 2003 Sep;129(3):210-6.
Thier SO, Gelijns AC. Improving health: the reason performance measurement matters. Health Aff (Millwood) 1998 Jul-Aug;17(4):26-8.
Wolosin RJ. Patient satisfaction in gastroenterology clinics. Gastroenterol Nurs 2003 Sep-Oct;26(5):203-8.
Yurk R, Jenckes MW, Stuart ME, Shaffer TJ, Lockwood RS, Das A, Rubin HR. Benchmarking applications: linking state strategic planning, quality improvement, and consumer reporting. J Public Health Manag Pract 2001 May;7(3):47-58.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-511-5

Desember 2012

 kunnskapssenteret