

# Støtte til gjennomføring av lokale brukerundersøkelser ved dagkirurgiske sentre

Notat fra Kunnskapssenteret  
juni 2010

 kunnskapssenteret  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Bakgrunn og formål:** Det gjøres mange lokale brukerundersøkelser i det norske helsevesenet. De varierer i metodisk tilnærming og i kvalitet og kan i liten grad brukes til sammenlikninger mellom ulike enheter. Kunnskapssenteret fikk høsten 2006 en bestilling fra daværende Helse Øst RHF om støtte til instrumentutvikling for lokale brukerundersøkelser. Kunnskapssenteret konkretiserte denne bestillingen til å utvikle et opplegg for å måle pasienters erfaringer med dagkirurgiske sentre. Dette innebar at vi skulle utvikle spørreskjema og prosedyrer for innsamling, registrering og analyser av data. Det var også et mål å kartlegge problemstillinger som dukket opp underveis og bruke denne informasjonen til å utvikle hjelpemidler for andre som ønsker å gjennomføre liknende undersøkelser. **Metode:** Kunnskapssenteret samarbeidet med dagkirurgiske sentre ved Akershus universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Haraldsplass diakonale sykehus om utvikling av spørreskjema og dataregistreringsverktøy. Sykehusene sto selv for innsamling og analyse av egne data. Undersøkelsen ble gjennomført postalt ca fem uker etter at pasientene hadde vært

(fortsetter på baksiden)



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
ISBN: 978-82-8121-348-7

**juni 2010**



 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)* ved det dagkirurgiske senteret. Kunnskapssenteret fikk data fra alle tre sentre og gjorde analyser på det samlede materialet. **Resultat:** I alt svarte 56 prosent av deltakerne på spørreskjemaet. Vi analyserte erfaringsspørsmålene og fant to faktorer med klart innhold og god reliabilitet: faglig dyktighet og informasjon. Erfaringene underveis ga nyttig informasjon til å sette opp en sjekkliste for lokale undersøkelser. Analyseverktøyet vi utviklet, var for rigid til å kunne gjøre lokale tilpasninger. Det kunne derfor ikke benyttes som et generelt verktøy for denne typen undersøkelser. Vi viser imidlertid til et gratisprogram som kan lastes ned fra nettet, og som muligens kan være til større hjelp ved lokale undersøkelser. **Konklusjon:** Kunnskapssenteret har utviklet et spørreskjema for å måle pasienters erfaringer med dagkirurgisk senter. Dette skjemaet har gode psykometriske egenskaper. Vi har også utviklet en veileder til bruk ved lokale undersøkelser og foreslår et dataregistreringsverktøy som kan benyttes til lokale undersøkelser.

<b>Tittel</b>	Støtte til gjennomføring av lokale brukerundersøkelser ved dagkirurgiske sentre
<b>English title</b>	Support in implementing local user surveys –day surgery centres
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
<b>Forfattere</b>	Olaf Holmboe, <i>forsker</i> Ingeborg Strømseng Sjetne, <i>forsker</i> Gøril Groven, <i>forsker</i> Øyvind Andresen Bjertnæs, <i>seksjonsleder</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-348-7
<b>Publikasjonstype</b>	Notat
<b>Prosjektnummer</b>	384
<b>Antall sider</b>	20 (34 med vedlegg)
<b>Oppdragsgiver</b>	Helse Sør-Øst RHF (opprinnelig Helse Øst RHF)
<b>Nøkkelord</b>	PasOpp, spørreskjema, datainnsamling, pasienterfaringer, pasienttilfredshet, brukererfaringer, lokale undersøkelser, sjekklister, personvern, poliklinikk, dagbehandling, dagkirurgi
<b>Sitering</b>	Holmboe O, Sjetne IS, Groven G, Bjertnæs OA. Støtte til gjennomføring av lokale brukerundersøkelser ved dagkirurgiske sentre. Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

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. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke de dagkirurgiske sentrene ved Akershus universitetssykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Ullevål universitetssykehus for verdifullt samarbeid i dette prosjektet. Kunnskapssenteret har det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i dette notatet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, juni 2010

---

# Innhold

<b>FORORD</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUNN</b>	<b>2</b>
Bestilling og formål	2
Samarbeidende enheter og prosjektstruktur	3
<b>FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRING</b>	<b>5</b>
Spørreskjema utvikling	5
Lokale tilpasninger av spørreskjemaet	7
Utvikling av registrerings- og analyseverktøy	8
Gjennomføring av pilotundersøkelsen	9
Registrering og behandling av svar	10
<b>SPØRRESKJEMA – BESKRIVELSE, KOMMENTARER OG ENDRINGER</b>	<b>12</b>
Svarprosenter	12
Pasienterfaringer	13
Pasientrapporterte komplikasjoner	16
<b>OPPSUMMERENDE KOMMENTARER</b>	<b>19</b>
Spørreskjemaet	19
Innsamlingsmetoder	20
Analyseverktøy	20
<b>REFERANSER</b>	<b>21</b>
<b>VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA TIL LOKALE UNDERSØKELSER</b>	<b>23</b>
<b>VEDLEGG 2: SJEKKLISTE PLANLEGGING AV LOKALE, KVANTITATIVE BRUKERUNDERSØKELSER</b>	<b>26</b>
Introduksjon	26
1. Formål, organisering og formalia	27
2. Utvalg	29
3. Spørreskjema	30
4. Gjennomføring av undersøkelsen	32

---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) fikk høsten 2006 en bestilling fra Helse Øst RHF om støtte til instrumentutvikling. Bestillingen ble konkretisert til å bidra til å støtte lokale aktører i å gjennomføre egne brukerundersøkelser. Tre dagkirurgiske sentre (DKS) var deltakere i prosjektet.

Kontinuitet har vært en utfordring i prosjektet. På Kunnskapssenteret har personellturnover og sykefravær svekket kontinuiteten. Sigve Oltedal var prosjektleder ved oppstart, Gøril Groven var prosjektleder under datainnsamlings- og bearbeidingsfasen. Avslutning og oppsummering av aktivitetene i prosjektet ble ivaretatt av Øyvind Andresen Bjertnæs, Olaf Holmboe og Ingeborg Strømseng Sjetne. Også ved et par av DKS-ene har kontaktpersonene vekslet.

I de innledende og avklarende runder har gjerne personer på høyere ledernivå vært med, mens i de praktiske fasene, selve gjennomføringen av undersøkelsen, har kontakten i større grad vært med dem som har det administrative gjennomføringsansvaret. Ved Akershus universitetssykehus var leder Berit Karin Helland aktiv i forarbeid og planleggingsfasen, mens sekretær Beate Kongshaug og sykepleier Anne-Sofie Midthaug var kontaktpersoner under gjennomføringen. Ved Haraldsplass diakonale sykehus hadde først rådgiver Birgit Falch og deretter sjef i Utviklingsavdelingen Tove Zakariassen rollen som pådrivere for prosjektet starten, mens avdelingssykepleier Torodd Ulvestad Bruland var kontaktperson under gjennomføringen. Ved Ullevål universitetssykehus har operasjonssykepleier Reidun Lie Larsen vært primær kontaktperson hele veien. I tillegg deltok spesialrådgiver ved kvalitetsavdelingen Ellen Andersen i startfasen. Vi takker alle involverte for et godt samarbeid.

Notatet beskriver forberedelse og gjennomføring på de tre enhetene og redegjør for utfordringer underveis. Videre inneholder notatet resultatet av vurderingen av spørreskjemaet som var i bruk, en vurdering basert på data fra de tre enhetene. Erfaringene underveis ga nyttig informasjon til å sette opp en sjekklister for lokale undersøkelser, med råd og tips vi mener vil være nyttige for personell som setter i gang lokale brukererfæringsundersøkelser.

---

# Bakgrunn

---

## BESTILLING OG FORMÅL

---

Kunnskapssenteret fikk høsten 2006 en bestilling fra Helse Øst RHF om støtte til instrumentutvikling når det gjelder lokale brukerundersøkelser. Bestillingen var i tråd med føringer Kunnskapssenteret hadde fått om å utvikle sin rolle som et nasjonalt kompetansemiljø innen kvalitetsmålinger og å legge større vekt på hvordan resultater skal fremlegges og brukes (1). Dessuten la Nasjonal helseplan (2) vekt på brukerrollen og nyttiggjøring av brukernes erfaringer som en hittil lite utnyttet ressurs.

Kunnskapssenteret konkretiserte oppdraget, basert på hva vi mente ville være god støtte i denne sammenhengen. I prosjektets første fase ble det konkludert med at den mest nyttige støtten Kunnskapssenteret kan gi, er å bidra til å sette lokale aktører i stand til selv å gjennomføre egne brukerundersøkelser med god kvalitet. Kunnskapssenteret hadde også mottatt en lignende henvendelse fra Haraldsplass diakonale sykehus som ønsket å gjennomføre en undersøkelse ved sitt dagkirurgiske senter. Prosjektet ble derfor avgrenset til denne typen enheter.

Det gjøres mange lokale brukerundersøkelser i Norge. Disse varierer i metodisk tilnærming og i kvalitet, og gir resultater som i liten grad kan brukes til sammenlikninger mellom behandlingssteder eller enheter. Det er grunn til å tro at terskelen for å gjøre slike undersøkelser ved behandlingsstedene blir lavere og at undersøkelsenes kvalitet vil styrkes hvis Kunnskapssenterets kompetanse blir formidlet inn i lokale aktiviteter. En utvikling i retning felles løsninger innebærer også større mulighet for å sammenlikne resultater.

Lokalt eierskap og nærhet til praksis har blitt brukt som argument for utvikling av lokale undersøkelser i Norge (3). I en kartlegging ved Sykehuset Østfold blir manglende lokalt engasjement vist til som en hovedårsak til at to pasienterfaringsundersøkelser ble karakterisert som symbolhandlinger heller enn kvalitetsforbedringstiltak (4). En fransk studie peker på at helsepersonell i stor grad har positive holdninger til pasienterfaringsundersøkelser, men at de i liten grad brukes aktivt som verktøy i kvalitetsforbedring (5). Utilstrekkelig kompetanse, blant annet innen metode, er trukket fram som et vanlig hinder for bruk av pasientrapporterte beskrivelser i lokalt forbedringsarbeid (6;7). I Norge er det gjennomført en studie som viser at helseper-

sonell ved somatiske barneavdelinger er positive til brukerundersøkelser, at de opplever undersøkelsene som nyttige og at mange har iverksatt konkrete forbedringstiltak i etterkant av Kunnskapssenterets nasjonale undersøkelse (8). Det er uvisst om dette kan generaliseres til andre områder, men studien viser at nasjonale målinger kan ha lokal interesse og føre til endringstiltak.

---

## **SAMARBEIDENDE ENHETER OG PROSJEKTSTRUKTUR**

---

De dagkirurgiske sentrene (DKS) ved Haraldsplass diakonale sykehus, Ullevål universitetssykehus og Akershus universitetssykehus deltok i prosjektet. Disse ble valgt fordi de hadde et etablert opplegg for lokale brukerundersøkelser eller hadde planer om å legge opp til slike i nær framtid. To av DKS-ene hadde etablerte rutiner for måling av pasienterfaringer. Et DKS skulle omorganiseres og flytte til nye lokaler og ønsket å gjøre før- og ettermålinger. Sterk lokal motivasjon var en absolutt betingelse ettersom den praktiske gjennomføringen innebar lokal innsats. I tillegg var dette sykehus av ulik størrelse, og i to ulike helseregioner.

Kunnskapssenteret sto for overordnet prosjektledelse med ansvar for framdrift og koordinering av oppgaver. Prosessen ble imidlertid preget av skifter av prosjektleder i løpet av gjennomføringsperioden. Det ble også oppnevnt en lokal prosjektleder ved hvert DKS.

Hovedmålet for prosjektet var å *utvikle en modell* som kan videreføres lokalt i de tre enhetene etter at utviklingsfasen var over. Modellen skulle være anvendelig for andre enheter som ønsker å gjennomføre lignende undersøkelser. Forutforståelsen for alle partene var at dette skulle være et *forskningsprosjekt* i den forstand at innsamlete data i størst mulig grad skulle holde vitenskapelig kvalitet og dermed kunne brukes i forskningssammenheng. Også med tanke på resultatenes legitimitet i fagmiljøene var det ønskelig å gjennomføre noe mer enn "bare" nok en brukerundersøkelse.

Det var også et mål å *kartlegge problemstillinger som dukket opp underveis* ved de tre enhetene og bruke denne informasjonen til å utvikle generelle hjelpemidler til støtte for helsepersonell og andre som ønsker å gjennomføre liknende undersøkelser.

Arbeidet mot disse målene hadde tre faser:

1. Kunnskapssenteret hadde innledende samtaler med de tre DKS-ene for å avdekke behov, forutsetninger og målsetninger for lokale undersøkelser.
2. Pilotundersøkelse som ble planlagt i samarbeid mellom DKS-ene og Kunnskapssenteret. Dette omfattet klargjøring av sentrale forutsetninger, spørreskjema utvikling og metodevalg samt utvikling av verktøy for dataregistrering og analyse. Gjennomføringen av datainnsamling og lokale analyser ble gjort

av de enkelte DKS. Undersøkelsen ble gjort som en kontinuerlig pasienterfaringsmåling.

3. Basert på erfaringene fra fasene 1 og 2 utarbeidet Kunnskapssenteret verktøy og hjelpemidler til bruk i lokale spørreskjemaundersøkelse.



---

# Forberedelser og gjennomføring

---

---

## SPØRRESKJEMAUTVIKLING

---

Det ble holdt innledende møter ved alle DKS-ene. Hensikten var blant annet å få frem hva de mente var de viktigste temaene å kartlegge i en pasienterfaringsundersøkelse. Temaene varierte noe mellom de tre sentrene, men var alt i alt i samsvar med tendensen i litteraturen hvor informasjon, smerte, infeksjoner/komplikasjoner og infrastruktur (tilgjengelighet, framkommelighet etc.) framstår som viktige temaer.

### Litteraturgjennomgang

Det ble søkt i internasjonal litteratur med søkeordene patient satisfaction, patient experiences, day surgery, surveys, questionnaires, tools, measures, valid\$ og reliab\$. Søket ble begrenset til artikler om voksne pasienter, skrevet på engelsk eller skandinaviske og med tilgjengelig abstrakt. Artiklenes relevans ble skjønnsmessig vurdert. Trettito artikler ble gjennomgått.

Følgende tema forekom hyppigst, antall artikler som berører hvert tema i parentes:

- ☞ Smerte [13]
- ☞ Informasjon/kommunikasjon [12]
- ☞ Generell tilfredshet [10]
- ☞ Ventetid [7]
- ☞ Effekt på helsetilstand (utbytte og livskvalitet) [7]
- ☞ Postoperative symptomer/komplikasjoner [4]
- ☞ Kvalme etter inngrep [4]
- ☞ Tilgjengelighet [3]
- ☞ Inn- og utskrivningsprosedyre [3]
- ☞ Oppholdets lengde [2]

### Første utkast til spørreskjema

Med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen, de innledende møtene og møter i den interne arbeidsgruppen i Kunnskapssenteret ble følgende tema tatt inn i utkastet til spørreskjema:

- ☞ Generell tilfredshet
- ☞ Informasjon
- ☞ Relasjon til behandler
- ☞ Effekt på helsetilstand (livskvalitet)

- ☞ Infrastruktur (parkering, tilgjengelighet etc.)
- ☞ Smerte
- ☞ Infeksjoner/komplikasjoner

Kunnskapssenteret har tidligere testet ut og brukt spørsmål på de fleste av disse områdene. Disse spørsmålene ble gjenbrukt i den grad de passet til det foreliggende formålet. Nye områder for Kunnskapssenteret var registrering av smerte, infeksjoner/komplikasjoner og, i noe mindre grad, helserelatert livskvalitet. Vi kommenterer derfor disse nærmere i fortsettelsen.

### ***Måling av smerte***

Måling av smerte byr på store utfordringer (9). Ett enkelt mål på intensitet vil ikke på en adekvat måte reflektere forskjellen mellom et nålestikk og et brannår (10). Dessuten har smerte en kognitiv komponent som handler om hvordan vi opplever, tolker og handler i forhold til smertestimuli. Det er utviklet spørreskjema for å måle smerte som et flerdimensjonalt fenomen (11), men de fleste mål er endimensjonale og rettet mot smertens intensitet.

Det er i hovedsak tre spørreskjemabaserte metoder som er i bruk for å måle opplevelse av smerte:

1. Visuell analog skala (VAS), en trinnløs linje hvor pasienten skal markere smerteintensiteten
2. Numerisk rangeringskala (NRS), vanligvis en 1-10 skala hvor 1 = "ingen smerte" og 10 = "sterkest tenkbare smerte"
3. Verbal rangeringskala (VRS), alle svarkategorier er angitt med egen tekst.

VAS har blitt rapportert å ha lavere test-retest reliabilitet og å være den vanskeligste skalaen for både den som svarer på spørreskjemaet og for den som skal registrere svarene (12-14). De to første skalaene kan ha en viss floor- og ceilingeffekt, dvs at svarene klumper seg sammen på henholdsvis laveste og høyeste skåre, fordi bare endene er merket med kategorinavn. Vi valgte det tredje alternativet ut fra funn i undersøkelser som tyder på at pasienter foretrekker en slik skala om de får velge (13;15), og en antakelse om at en verbal rangeringskala ville gi tilstrekkelig variasjon i svarene. Et spørsmål om kroppslig smerte fra det mye brukte skjemaet "Short form 36" (16;17) ble omarbeidet til formålet.

### ***Måling av infeksjon og andre komplikasjoner***

Kirurgiske inngrep innebærer alltid en risiko for komplikasjoner. En norsk undersøkelse fant at forekomsten av komplikasjoner var mer enn tre ganger så høy da den ble beregnet på grunnlag av informasjon fra pasientene enn da grunnlaget var informasjon som var registrert på sykehuset (18). Konklusjonen i artikkelen var at registrering av komplikasjoner bør omfatte begge informasjonskildene. Funnet illustrerer også et kontroversielt poeng; lekmanns forståelse stemmer ikke overens med begrepene slik de brukes i det kliniske fagmiljøet. Holdningen til denne uoverens-

stemmelsen var ulik ved DKS-ene. Ved ett senter var man opptatt av å hente inn pasientenes egne tilbakemeldinger angående infeksjoner, mens man på et annet senter mente at andre kilder bør benyttes til dette formålet. Pilotundersøkelsen ved et av DKS-ene bekreftet uoverensstemmelsen. 25 pasienter (10 % av svarerne) svarte at de hadde fått infeksjon. Pasientjournalene dokumenterte at ni av disse hadde fått antibiotika i etterkant (3,5 % av svarerne). Det er grunn til å tro at forekomst rapportert av de to kildene måler ulike fenomen og ikke kan erstatte hverandre.

### ***Måling av helserelatert livskvalitet***

Helserelatert livskvalitet er mål på hvordan sykdom påvirker ulike livsområder og funksjoner. Det var viktig for sentrene å få tilbakemelding på hvordan det hadde gått med pasientene etter behandlingen og de ønsket et mål for dette i skjemaet. Kunnskapssenteret har i andre sammenhenger benyttet et spørsmålssett som er ment å fange opp endring i helserelatert livskvalitet fra før til etter medisinsk behandling (19;20). På bakgrunn av DKS-enes ønske ble dette inkludert i spørreskjemaet.

### **Tilbakemeldinger på skjemaet fra DKS-ene**

DKS-ene var i hovedsak enige i innholdet i skjemaet. De fleste tilbakemeldingene handlet om tilpasninger for å gjøre spørsmålene klarere rettet mot dagkirurgi. Sentrene mente også at spørsmål om informasjon mottatt før innskriving og om hvem som kan kontaktes om noe skulle oppstå etter utskrivning burde inkluderes i skjemaet.

### **Kognitiv testing av skjema**

Hvert DKS gjennomførte kognitive intervjuer med egne pasienter for å prøve ut skjemaet. Kunnskapssenteret ga en lett innføring i hva formålet med slike intervjuer er, og skrev en veiledning med intervjuguide og utfyllingsskjema som sentrene skulle følge.

Til sammen 13 pasienter ble intervjuet. Alt i alt var konklusjonen at skjemaet var godt, enkelt å forstå og relevant. Spørsmålene om endring i helsetilstanden fikk flest kommentarer om at de var vanskelig å svare på. Noen få mente at skjemaet var langt.

---

## **LOKALE TILPASNINGER AV SPØRRESKJEMAET**

---

I utgangspunktet ble det laget et felles spørreskjema for alle tre DKS-ene. Hver prosjektleder ved DKS diskuterte skjemaet i en større gruppe på eget arbeidssted, og to av DKS-ene valgte å legge til spørsmål for å fange opp tema de var interessert i (Tabell 1).

**Tabell 1: Spørsmål som ble tatt inn i spørreskjemaet av de enkelte DKS-ene**

DKS	Spørsmål	Svarkategorier
	Hvor mange uker ventet du?	(Respondenten fyller inn antall uker)
A	Hvis du har hatt smerter, hvor mye?	1=Som ventet på forhånd 2=Noe mer enn forventet 3=Mye mer enn forventet 4=Har ikke hatt smerter
	I hvilken grad hadde du kvalme/oppkast etter hjemkomst?	Standard 5-punktsskala: Ikke i det hele tatt – I svært stor grad
	Hadde du smerter i operasjonssåret etter hjemkomst?	Standard 5-punktsskala: Ikke i det hele tatt – I svært stor grad
B	Tok du smertestillende som foreskrevet?	Ja – Nei – Vet ikke
	(Filterspørsmål) Hvis nei:	1=Ikke behov 2=Bivirkninger 3=Annet Spesifiser (fritekstfelt)

Etter å ha gjennomført to runder av undersøkelsen, fjernet et av DKS-ene to av spørsmålene i bolken *helsetilstand og smerte*, og satte inn to nye spørsmål om infeksjon som de hadde brukt i egne undersøkelser før Kunnskapssenteret kom inn i bildet (Tabell 2).

**Tabell 2: Endringer i skjema etter to runder med undersøkelse for DKS A**

	Eget spørsmål	Svarkategorier
Nye	Har legen din sagt at operasjonssåret har vært betent/ hatt infeksjon?	Ja Nei
	Har legen din gitt deg antibiotika for en antatt sårinfeksjon (betennelse i såret)	Ja Nei
Fjernet	Sammenlignet med dagen før du ble operert..... ...hvordan er din fysiske helse nå (for eksempel din evne til å gå i trapper)	
	...hvordan er din psykiske helse nå (for eksempel om du føler deg engstelig eller deprimeret)	

## UTVIKLING AV REGISTRERINGS- OG ANALYSEVERKTØY

Det var et uttalt mål for prosjektet å utvikle et brukervennlig verktøy for registrering og analyse av de innsamlete dataene. Verktøyet skulle ha funksjoner som reduserte feilkildene fra punching, for eksempel at man får feilmeldinger om man taster inn ugyldige verdier og at man ikke kan slette noe i vanvare. Verktøyet skulle kunne brukes med letthet, uten spesielle forkunnskaper. Applikasjonen Microsoft Office Excel ble valgt på grunn av god tilgjengelighet. Kunnskapssenteret kjøpte ekstern utviklerkompetanse. Vi valgte en løsning der vi droppet figurativ fremstilling av re-

sultatene, men hvert spørsmål skulle presenteres med antall svar, prosentandeler i hver svarkategori og gjennomsnittskåre. Vi vurderte muligheten for kryssanalyser, men valgte til slutt at førsteversjonen skulle være enkel og robust, og inneha kun univariate fordelinger. Verktøyet skulle regne ut svarprosent, samt vise fritekst-kommentarer på en ryddig måte, klar til utskrift.

---

## **GJENNOMFØRING AV PILOTUNDERSØKELSEN**

---

### **Informasjon til pasientene**

Kunnskapssenteret skrev utkast til plakater til oppslag på avdelingen mens undersøkelsen pågikk, til et informasjonsskriv til ansatte på avdelingen og til informasjonsbrevet som skulle følge spørreskjemaet. Det var forholdsvis mye arbeid med informasjonsbrevet for DKS-ene, fordi de formelle kravene til innholdet i slike brev er lite forenlig med ønsket om at brevet skulle være kort og enkelt.

Pasientene ble informert muntlig under oppholdet. Det varierte noe med arbeidsmengden for øvrig hvor systematisk informasjonen ble gjennomført. Ved et senter var det flere pasienter som ba om ikke å bli inkludert i forbindelse med at de fikk informasjon. Ved et annet av sentrene fikk samtlige pasienter, under oppholdet, skriftlig informasjon og en eksplisitt forespørsel om samtykke til å delta i undersøkelsen.

### **Rutiner og administrasjon av undersøkelsen**

Ved et av DKS-ene var det frigjort noe tid for en person til arbeidet med undersøkelsen. Ved de andre ble arbeidet gjort "innimellom" de løpende oppgavene og til dels utført av ulike personer. Spørreskjemaet ble sendt hjem til pasientene ca fem uker etter at de var inne til behandling. Tiden fra behandling til utsendelse gjorde at pasienten med sannsynlighet var kvitt smerter og ubehag etter operasjonen når hun/han svarte på skjemaet, hvilket var viktig med tanke på å vurdere forskjellen i helsetilstanden før og etter behandlingen. Ingen av DKS-ene sendte påminnelse til ikke-svarere.

Alle de tre DKS-ene valgte å inkludere pasienter fortløpende og hadde 16 år som nedre aldersgrense. Ved et av DKS-ene ble likevel enkelte barn inkludert, noe som kan skyldes at de benyttet en manuell rutine for inklusjon og eksklusjon. Ved et annet DKS ble gynekologiske pasienter ekskludert fordi flertallet av disse pasientene er kvinner som får utført provosert abort, noe som medførte etiske betenkeligheter i forbindelse med utsendelse av spørreskjema.

### **Etikk og personvern**

Kunnskapssenteret søkte om godkjenning av prosjektet fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og personvernombudet for hver av de tre DKS-ene. Svaret fra REK slo fast at "*komiteen definerer søknaden som en brukerundersøkelse*

*se, ikke som et forskningsprosjekt, og anser den derfor ikke fremleggingspliktig for en etikkomité”.*

To av DKS-ene hadde Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som personvernombud, det tredje hadde eget personvernombud ved institusjonen. NSD definerte undersøkelsen som forskning, noe som på dette tidspunktet var en vanlig forståelse av slike prosjekter i Kunnskapssenterets regi.

Diskrepansen mellom de to instansens vurderinger skapte utfordringer i forhold til hvilke bakgrunnsdata man kunne samle inn. For at sentrene skal ha god nytte av resultatene fra pasienterfaringsundersøkelser er det nødvendig at resultatene kan knyttes til annen relevant driftsinformasjon, som infeksjonsrater, definerte kategorier inngrep og liknende. Uten dermed å underkjenne pasientenes virkelighetsbeskrivelse er det all grunn til å anta at data uten et visst innslag av sykehusenes registreringer med egne begreper vil ha begrenset nytte. DKS-ene gjorde ulike valg med tanke på hvor de la skjæringspunktet for hensynet til personvern, hensynet til datakvaliteten og hensynet til hvor mye ressurser de kunne avse til datainnsamlingen. Denne delen av forarbeidet var krevende.

---

## **REGISTRERING OG BEHANDLING AV SVAR**

---

### **Strukturerte spørsmål (faste svaralternativ)**

Kunnskapssenteret lagde en enkel manual for bruk av Excel-boka, med illustrasjoner av hvilke tallverdier kryss i de ulike svarkategoriene tilsa. Tilbakemeldingene fra DKS-ene var at innlegging av data var enkelt å tilegne seg. Det oppsto problemer da data fra andre runde skulle punches. Disse problemene skyldtes måten Excel-boka var utformet på.

DKS-ene brukte Excel-boka til å framstille svarene på strukturerte spørsmål som tall i ferdig genererte rapporter. Rapportene kom fram ved enkle tastetrykk, og inntrykket er at Excel-boka fungerte svært bra til sitt formål, så langt den var utviklet. Men et viktig behov som det å kunne sammenlikne mellom kjønn, alders- eller pasientgrupper var ikke mulig i denne versjonen av dataverktøyet.

En ulempe ved å benytte ekstern utviklerkompetanse var at Kunnskapssenteret mistet kontrollen over det produktet vi ønsket å tilby DKS-ene. Arbeidet tok lenger tid enn planlagt, hvilket satte midlertidig stopp for framdriften i arbeidet ved DKS-ene. Den største svakheten med produktet er mangelen på fleksibilitet; å gjøre endringer i for eksempel variabelrekkefølgen eller å legge inn nye spørsmål er umulig uten å endre all den bakenforliggende kodingen. Hindringer som oppsto under bruk skapte en del frustrasjon hos DKS-ene, og Kunnskapssenteret hadde ikke mulighet til å løse disse problemene.

### **Åpne spørsmål (fritekstkommentarer)**

Mange pasienter hadde skrevet fritekstkommentarer som ble ført inn i Excel-boka sammen med tallskårene. De frie kommentarene syntes å ha fungert som en kanal for ros til de ansatte ved DKS-ene, men ga også mer konkret informasjon til DKS-ene.

---

# Spørreskjema – beskrivelse, kommentarer og endringer

Fase 3 i prosjektet omfattet å undersøke egenskapene til spørreskjemaet som ble brukt, og eventuelt gjøre endringer. For dette formålet fikk Kunnskapssenteret overført spørreskjemadata fra alle de tre DKS-ene. Framstillingene nedenfor er basert på et samlet datasett av alle spørreskjemasvar fra de til sammen 1094 respondente ved de tre DKS-ene. Noen spørsmål ble brukt på bare ett DKS, jf Tabell 1, side 8.

---

## SVARPROSENTER

---

To av DKS-ene har gjennomført undersøkelsen i to puljer mens det tredje bare gjennomførte undersøkelsen én gang. Tabell 3 viser antall utsendte skjemaer, antall som ble utfylt og hvor stor andel av utsendte dette representerte ved hvert av DKS-ene pr pulje. Totalt ble det sendt ut 1951 skjemaer. Av disse ble 1094 fylt ut, en svarprosent på 56. Fordelingen av pasienter i henhold til bakgrunnsvariabler finnes i Tabell 4.

**Tabell 3: Antall utsendte skjemaer og mottatte svar, samt svarprosent pr DKS og pulje**

DKS	Pulje 1		Pulje 2	
	Utsendt	Svar antall (%)	Utsendt	Svar antall (%)
A	500	255 (52)	500	240 (48)
B	500	343 (69) <sup>1</sup>		
C	201	120 (60)	250	136 (54)

---

<sup>1</sup> Dette senteret inkluderte kun pasienter som hadde gitt forhåndssamtykke til deltakelse i undersøkelsen.



**Tabell 4: Fordeling på bakgrunnsvariabler, prosentandeler innen hver kategori<sup>2</sup>.**

	Antall svar	Svarkategori	Prosentandel
Kjønn	745 <sup>a</sup>	Kvinner	75
		Menn	25
Høyeste fullførte utdanning	1068	Grunnskole	13
		Videregående	38
		Høyskole/ Univ 1-4 år	28
		Høyskole/ Univ mer enn 4 år	22
Hovedaktivitet sist uke	1072	Yrkesaktiv	53
		Sykmeldt/ uføretrygdet/ attføring	26
		Utdanning	3
		Hjemmearbeidende	5
Hvorfor valgte du dette sykehuset?	980	Arbeidsledig	2
		Annet	11
		Venner/ kjente positive	9
		Kort ventetid	6
Alder (år)	499 <sup>a</sup>	Sykehusvalg.no	2
		Fastlegen valgte	83
		Minimum	15
		Maksimum	88
		Median	49
		Gjennomsnitt	48,86
		Standardavvik	14,58

<sup>a</sup>: Et av DKS-ene hadde ikke inkludert spørsmål om alder eller kjønn i spørreskjemaet

## PASIENTERFARINGER

### Ubesvarte spørsmål og "takeffekt"

Tabell 5 viser at pasientene i all hovedsak rapporterer positive erfaringer med DKS-ene. For de enkelte spørsmålene var andel ubesvarte gjennomgående lav, hvilket kan tolkes som at spørsmålene er relevante og lette å forstå.

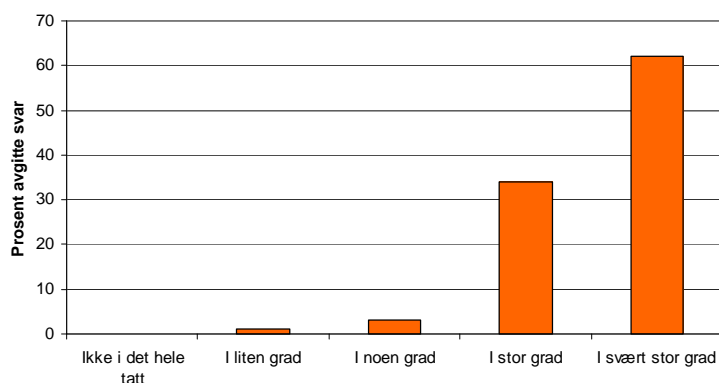
Mange svarte "Ikke aktuelt" på spørsmål om de fikk vite det som var nødvendig om virkninger og bivirkninger av nye medisiner de skulle ta etter utskriving. Man kan på

<sup>2</sup> Alder presenteres ikke med prosentandeler, men med minimum og maksimum alder, median, gjennomsnitt og standardavvik

den ene siden mene at spørsmål som ikke angår en så stor andel av svarerne bør utelates, på den andre siden handler spørsmålet om et fenomen som er svært viktig for dem det angår. Det var ingen sterk økning i andel ubesvarte fra først til sist i skjemaet, noe som gjerne er tilfellet for skjema som er så lange at svarerne blir slitne eller mister interessen.

Mange svarere har krysset av på beste eller nest beste svaralternativ (se for eksempel spørsmål 9 i figur 1), noe som også gjelder for pasienterfaringsundersøkelser generelt (21). Av i alt 17 erfaringsspørsmål oppnår 14 en gjennomsnittsskåre som er bedre enn nest beste verdi på en fempunktsskala.

**Figur 1: Fordeling**



## Underliggende faktorer

### **Faktoranalyse**

Vi gjorde en faktoranalyse hvor vi la inn alle erfaringsspørsmål bortsett fra ett som hadde mer enn 10 prosent manglende svar og uaktuelt. Fem spørsmål ble fjernet i forbindelse med faktoranalysene, enten pga. lave faktorladninger eller fordi de ladet mot mer enn én faktor. Resultatet ble to faktorer bestående av fem spørsmål hver. Den første omhandlet personalets *faglige dyktighet*, og den andre om *informasjonen* som var gitt til pasienten. Deskriptive data for faktorene og mål på reliabilitet for faktorer og underliggende enkeltspørsmål er vist i Tabell 5.

### **Validitet**

Innholdsvaliditeten er godt underbygget gjennom litteratursøk, innspill fra personer med erfaring på feltet og tilbakemeldinger fra pasienter i åpne intervjuer. Vi hadde ikke noen hypotese på forhånd om hvordan de ulike sentrene skulle skåre, men vi fant signifikante forskjeller i skåre på faktorene mellom DKS-ene. Et DKS hadde en høyere skåre enn de to andre på *Faglig dyktighet*, og et annet en lavere skåre enn de to andre på *Informasjon*.

**Tabell 5:** Antall svar, minimums- og maksimumsverdier, gjennomsnitt, standardavvik for alle erfaringspørsmål, faktorer, generell tilfredshet og endring i livskvalitet. Cronbachs alfa for faktorer og Item-total korrelasjon for erfaringspørsmål som inngår i faktorene.

	An- tall svar	Mini- mum	Maksi- mum	Gjen- nom- snitt	Stan- dard- avvik	Item- Total kor- relasjon	Cron- bachs alfa
<b>Faglig dyktighet</b>	<b>1089</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>83,97</b>	<b>13,904</b>		<b>0,85</b>
Tillit til legenes faglige dyktighet	1089	1	5	4,48	,637	,640	
Tillit til pleiernes faglige dyktighet	1088	1	5	4,49	,596	,704	
Pleiepersonalet hadde omsorg	1087	1	5	4,56	,617	,623	
Legene interessert i beskrivelse av egen situasjon	1080	1	5	4,08	,858	,669	
Pleierne interessert i beskrivelse av egen situasjon	1080	1	5	4,18	,802	,677	
<b>Informasjon</b>	<b>1089</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>78,95</b>	<b>15,534</b>		<b>0,82</b>
Fikk vite det som var nødvendig før oppholdet	1086	1	5	4,14	,793	,613	
Informasjon om deg kommet fram til rette vedkommende	1083	1	5	4,19	,746	,568	
Fikk nødvendig informasjon om operasjonen	1089	1	5	4,24	,794	,713	
Fikk nødvendig informasjon om bedøvelse	1082	1	5	4,25	,834	,572	
Fikk nødvendig informasjon om tiden etter utskrivning	1082	1	5	3,98	,919	,579	
<b>Andre erfaringspørsmål</b>							
Akseptabel ventetid fra henvisning	1078	1	5	3,56	1,142		
Lett å finne veien til DKS	1087	1	5	4,07	,973		
Uforutsett venting på DKS	1085	1	5	1,82	1,082		

	An- tall svar	Mini- mum	Maksi- mum	Gjen- nom- snitt	Stan- dard- avvik	Item- Total kor- relasjon	Cron- bachs alfa
Legene snakket forståelig	1086	1	5	4,39	,684		
Blitt feilbehandlet	1077	1	5	1,28	,778		
Fikk nødvendig informasjon om (bi)virkninger av medisiner	635	1	5	3,79	,938		
Hadde ubesvarte spørsmål ved avreise	1078	1	5	1,83	,967		
<b>Generell tilfredshet</b>							
Pleie og behandling tilfredsstillende	1088	1	5	4,53	,633		
Hvordan vil du vurdere DKS	1081	1	5	4,02	,898		
<b>Livskvalitet</b>							
Generell helse	1074	1	5	3,71	,987		
Fysisk helse	1063	1	5	3,44	,950		
Psykisk helse	1056	1	5	3,38	,910		
Overskudd	1069	1	5	3,23	,879		
Begrenser sosial aktivitet	1054	1	5	2,80	,937		
Hindrer daglige gjøremål	1026	1	5	2,73	,999		
Kroppslig smerte	816	1	5	2,58	1,152		
Helsetilstand	1068	1	5	2,68	,945		

## PASIENTRAPPORTERTE KOMPLIKASJONER

DKS-ene var opptatt av om pasientene fikk komplikasjoner av behandlingen. I alt oppga 29 prosent av pasientene at de hadde opplevd komplikasjoner. De som oppga at de hadde hatt komplikasjoner, hadde en lavere skåre på begge faktorene enn de som ikke hadde hatt komplikasjoner. Det er en utfordring å finne dekkende kategorier for hvilke komplikasjoner pasientene kan ha hatt. Det viste seg ved at 28 prosent av pasienten oppga "annet" som komplikasjoner. Hvor mange som oppga ulike typer komplikasjoner, om de hadde vært i kontakt med helsepersonell pga disse komplikasjonene og om de eventuelt var reinnlagt, finnes i Tabell 6.

**Tabell 6:** Antall og andeler som oppgir å ha hatt ulike komplikasjoner etter inngrep på DKS, og om dette har ført til kontakt med helsepersonell eller reinnleggelse.

	N	Ja	
		Antall	%
Infeksjon	1094	78	7,1
Blødning	1094	48	4,4
Kvalme	1094	35	3,2
Diaré	1094	14	1,3
Smerter	1094	174	15,9
Annet	1094	306	28,0
Kontakt med helsepersonell pga komplikasjoner <sup>3</sup>	931	296	31,8
Reinnlagt pga komplikasjoner	976	45	4,6

Spørsmålene i Tabell 6 var felles for alle de tre DKS-ene. I tillegg hadde to av DKS-ene lagt inn egne spørsmål. DKS B spurte om i hvilken grad pasienten hadde opplevd kvalme/oppkast eller smerte (Tabell 7). I alt svarte 89 prosent at de ikke i det hele tatt hadde hatt kvalme/oppkast og 15 prosent at de ikke hadde hatt smerter.

**Tabell 7: Prosentvis fordeling av svarene på spørsmål om i hvilken grad pasienten har hatt kvalme/oppkast eller smerter etter operasjonen.**

Hadde du...	Antall svar	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
... kvalme/oppkast etter hjemkomst	333	89	5	4	2	1
... smerter i såret	342	15	32	36	13	4

DKS B spurte også om pasientene hadde tatt smertestillene og hvorfor de eventuelt ikke hadde gjort det. I alt 54 pasienter (16 prosent) svarte at de ikke hadde tatt smertestillende. Av disse oppga 81 prosent at de ikke hadde behov, og 14 prosent at de lot være pga bivirkninger. De siste fem prosentene hadde krysset av for "Annet".

DKS A spurte om opplevd smerte i forhold til forventninger. Her svarte 30 prosent at de ikke hadde hatt smerter, mens 38 prosent sa at de hadde hatt smerter som forventet. 22 prosent svarte noe mer enn forventet og 9 prosent mye mer enn forventet. DKS A ba også pasientene opplyse hvor lenge de hadde ventet på operasjonen. I alt 416 pasienter svarte på dette spørsmålet. Ventetiden varierte mellom 0 og 99 uker, med et gjennomsnitt på 7,3 og standardavvik på 9,3. Median ventetid var 4 uker. Vi fant ingen sammenheng mellom ventetid og skåre på de to faktorene.

<sup>3</sup> Dette spørsmålet var ulikt formulert mellom DKSene. Ved to av DKSene var det rutine å ringe til pasientene for oppfølging. Her ble spørsmålet formulert "Har du selv tatt kontakt med helsepersonell som følge av noen av disse komplikasjonene etter at du kom hjem fra sykehuset?". Det tredje DKSset brukte formuleringen "Har du vært i kontakt med ...". I denne framstillingen er begge alternativene slått sammen.

<b>Spørsmål kun ved ett sykehus</b>	<b>An-tall svar</b>	<b>Mini-mum</b>	<b>Maksi-mum</b>	<b>Gjen-nomsnitt</b>	<b>Stan-dard-avvik</b>
Hadde du kvalme/oppkast etter hjemkomst	333	1	5	1,19	,625
Smerter i såret	342	1	5	2,58	1,018
Tok smertestillende som forskrevet	337	0	2	,84	,373
Hvorfor ikke tatt smertestillende	57	1	3	1,25	,544
Ventetid i uker	416	0	99	7,29	9,279
Hvor mye smerter	437	1	4	2,33	1,265

---

# Oppsummerende kommentarer

---

## SPØRRESKJEMAET

---

### Datakvalitet

Svarprosenten ble totalt 56 for hele materialet, men varierer en del mellom DKS-ene og puljer. Dette er omtrent på nivå med resultatet for pasienterfaringsundersøkelse for somatiske poliklinikker (22), men høyere enn for en tilsvarende undersøkelse ved legevakter (23).

Videre er det en svært liten andel manglende svar på de enkelte spørsmål. Dette indikerer at pasientene har funnet det relevant og enkelt å besvare spørsmålene.

### Ceilingeffekt

Pasienterfaringsundersøkelser viser ofte en høy grad av tilfredshet. Det er gledelig at pasientene føler seg godt ivaretatt, men det kan være en ulempe at den lave variasjonen i svarene innebærer at spørreskjemaet fungerer dårligere med tanke på å identifisere forskjeller enn tilfellet ville vært med større spredning på svarene.

### Faktoranalyser

Vi analyserte erfaringsspørsmålene og fant to faktorer med klart innhold og god reliabilitet; *Faglig dyktighet* og *Informasjon*. Skårene på disse varierer mellom DKS-ene, og pasienter som har opplevd komplikasjoner, gir en lavere skåre. Dette tyder på at spørreskjemaet er i stand til å fange opp forskjeller i pasientenes erfaringer.

### Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet var ment å fange opp endringer i helsetilstand og funksjonsnivå etter operasjonen. Svarene viste at pasientene rapporterer gjennomsnittlig en liten bedring på alle disse spørsmålene. For de fleste av disse spørsmålene svarte over halvparten av pasientene at tilstanden var omtrent som før. Dette kan indikere at spørsmålene ikke er relevante for den tilstanden de var på DKSet for. Videre er det vanskelig å måle endringer i livskvalitet gjennom ettpunktsmålinger (24), og vi har i andre sammenhenger valgt bort denne tilnærmingen (19). Spørsmålene erstattes med generelle spørsmål om utbytte. Dersom man i lokale undersøkelser ønsker å inkludere livskvalitet som utfallsmål anbefaler, vi før- og ettermålinger med basis i standardisert livskvalitetsmål (for eksempel SF-8 eller EuroQol-5D)

## **Rapporterte komplikasjoner**

Det er en utfordring å finne gode kategorier for å favne pasienters opplevelse av komplikasjoner. En mulighet er at DKS-ene lager egne svarkategorier som passer til den lokale kliniske virkeligheten.

## **Bakgrunnsspørsmål**

Av anonymitetshensyn anbefaler vi å utelate bakgrunnsspørsmål i lokale kvalitets-sikringsprosjekter. I nasjonale undersøkelser og forskningsprosjekter kan Kunnskapscenterets standard bakgrunnsspørsmål inkluderes.

---

## **INNSAMLINGSMETODER**

---

Alle DKS-ene gjennomførte undersøkelsen postalt med utsendelse ca 5 uker etter operasjonen uten purring. Det var noe ulik praksis angående informasjon om undersøkelsen, både mellom og innad i DKS-ene. Et av DKS-ene innhentet forhåndssamtykke til å delta i undersøkelsen. Vi vet ikke om de ulike tilnærmingene har påvirket vurderingene som er kommet fram.

Organiseringen av det praktiske arbeidet knyttet til gjennomføringen av undersøkelsen varierte mellom DKS-ene. Dette kan ha påvirket hvordan informasjonen ble gitt til pasientene og hvem som faktisk ble inkludert i undersøkelsen. Det virker intuitivt riktig å anbefale at arbeidet organiseres slik det oppfattes best lokalt. Dette kan gi noen metodisk ulikheter som svekker muligheten for sammenligning mellom institusjoner. Slike sammenligninger har imidlertid flere forutsetninger som kan være vanskelig å oppfylle i lokale undersøkelser. Selv om sammenligning med andre sykehus/enheter ikke er et mål, er det viktig at den enkelte institusjonen gjennomfører undersøkelsen på samme måte fra gang til gang slik at endringer ikke framkommer som resultat av endret innsamlingsmåte.

---

## **ANALYSEVERKTØY**

---

Analyseverktøyet vi utviklet fungerte bra så langt det var utviklet. Det hadde imidlertid betydelige svakheter. Det var rigid, og det var vanskelig å gjøre endringer og tilpasninger. I tillegg var det ikke lagt opp til å kunne gjøre analyser med flere variable. Det kan derfor ikke benyttes som et generelt verktøy for denne typen undersøkelser.

Kunnskapscenteret har høy brukerkompetanse i SPSS, og ville raskt ha kunnet levere løsninger etter DKS-enes ønsker i form av tilpassete kommandoer. SPSS er imidlertid et dyrt program som man ikke kan forvente å finne på ethvert legekantor.

Epidata er et gratisprogram som er enklere å gjøre endringer i, og som også kan utføre enkle analyser. Dataene kan enkelt eksporteres til mer kraftige statistikkverktøy som SPSS, SAS eller STATA for videre analyser. Epidata kan lastes ned fra deres hjemmesider <http://epidata.dk/>. Norsk innføring finnes på hjemmesidene [http://epidata.dk/downloads/epdintro\\_no.pdf](http://epidata.dk/downloads/epdintro_no.pdf).



---

# Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. St.prp nr 1 2005-2006. Oslo. 2005.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010): særtrykk av St.prp nr 1 (2006-2007) kapittel 6. Oslo: 2006.
3. Haarr D. Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens ventetrom. Tidsskr Nor Laegeforen 2005;125(16):2168-70.
4. Sanyang F. Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? The case of Østfold Hospital Trust in Norway. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2006.
5. 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;18(5):359-64.
6. Davies E, Cleary PD. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. Qual Saf Health Care 2005;14(6):428-32.
7. 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. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1999;5(4):401-16.
8. Iversen HH, Bjertnaes OA, Groven G, Bukholm G. Usefulness of a national parent experience survey in quality improvement: views of paediatric department employees. Qual Saf Health Care 2010;
9. Younger J, McCue R, Mackey S. Pain outcomes: a brief review of instruments and techniques. Curr Pain Headache Rep 2009;13(1):39-43.
10. McDowell I, Newell C. Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires. 2. New York : Oxford University Press; 1996.
11. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1975;1(3):277-99.
12. Bergh I, Sjostrom B, Oden A, Steen B. An application of pain rating scales in geriatric patients. Aging (Milano ) 2000;12(5):380-7.

13. Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *AANA J* 1996;64(2):133-40.
14. Larroy C. Comparing visual-analog and numeric scales for assessing menstrual pain. *Behav Med* 2002;27(4):179-81.
15. Clark P, Lavielle P, Martinez H. Learning from pain scales: patient perspective. *J Rheumatol* 2003;30(7):1584-8.
16. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ* 1993;306(6890):1440-4.
17. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
18. Skaansar K, Hofoss D. Komplikasjoner etter dagkirurgiske øre-nese-hals-operasjoner . *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004;124(8):1121-3.
19. Holmboe O, Sjetne IS, Garratt AM, Iversen H, Bjertnæs ØA. Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med private rehabiliteringsinstitusjoner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (PasOpp-rapport nr 1).
20. Oltedal S, Garratt A. Videreutvikling av spørreskjema for å måle pasienterfaringer blant inneliggende somatiske pasienter. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. (PasOpp-rapport nr. 2).
21. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12):1829-43.
22. Bjaertnes OA, Garratt A, Groven G, Danielsen K. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Øst, Sør og Midt-Norge - Metodedokumentasjon. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2004. (PasOpp-rapport nr 6).
23. Danielsen K, Førland O. Pasienters og pårørendes erfaringer med legevaktene i Arendal, Kvam og Tromsø. Resultater fra en pilotundersøkelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Notat 2009).
24. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales : a practical guide to their development and use. 3. Oxford: Oxford University Press; 2003.

# Vedlegg 1: Spørreskjema til lokale undersøkelser

Spørreskjemaet kan lastes ned fra våre internettsider [www.pasopp.no](http://www.pasopp.no)

**Sett inn institusjonens logo her**

## Undersøkelse om dine erfaringer fra dagkirurgisk senter

**Hensikten med denne undersøkelsen** er å få vite mer om pasienters erfaringer med behandlingen. Målet er å forbedre kvaliteten på tjenesten i fremtiden. *Dine erfaringer er viktige for oss og vi håper du vil bruke noen minutter på å fylle ut spørreskjemaet!*

**Om utfyllingen:** Ikke tenk for lenge på hvert spørsmål, vi ønsker din umiddelbare vurdering. Husk at alle svarkategoriene kan benyttes, men sett kun ett kryss på hvert spørsmål.

Slik:  Ikke slik:

### Samlet vurdering av dagkirurgisk senter

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
1 Var pleien og behandlingen du fikk på dagkirurgisk senter alt i alt tilfredsstillende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mye dårligere enn forventet	Noe dårligere enn forventet	Som forventet	Noe bedre enn forventet	Mye bedre enn forventet
2 Hvis du ser hele oppholdet under ett, hvordan vil du vurdere dagkirurgisk senter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tilgjengelighet og mottakelse

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
3 I hvilken grad synes du at ventetiden fra du ble henvist til du fikk behandling var akseptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Var det lett å finne veien til dagkirurgisk senter da du ankom sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Opplevde du uforutsett venting etter at du ankom dagkirurgisk senter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erfaringer med behandling og pleie

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
6 Snakket legene til deg slik at du forsto dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Har du tillit til legenes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktig-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

het?

- |    |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9  | Oppllevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Oppllevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Oppllevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Informasjon

- |    |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 | Fikk du vite det du syntes var nødvendig i forkant av sykehusoppholdet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Oppllevde du at viktig informasjon om deg var kommet fram til rette vedkommende på dagkirurgisk senter?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan operasjonen skulle foregå?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Fikk du vite det du syntes var nødvendig om bedøvelsen under operasjonen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
| 17 | Fikk du den informasjonen du mente var nødvendig om tiden etter utskrivning?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Fikk du vite det du syntes var nødvendig om virkninger og bivirkninger av nye medisiner du skulle ta etter utskrivning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Hadde du noen ubesvarte spørsmål da du forlot dagkirurgisk senter?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Tiden etter utskrivningen

- |    |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20 | Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av oppholdet ved dagkirurgisk senter?                          | Ikke noe utbytte         | Lite utbytte             | En del utbytte           | Stort utbytte            | Svært stort utbytte      |
|    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Har du hatt problemer eller komplikasjoner knyttet til operasjonen etter at du kom hjem fra sykehuset? | Ja                       | Nei                      |                          |                          |                          |
|    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| 22 | Hvis ja, hvilke problemer eller komplikasjoner har du hatt? (Du kan sette mer enn ett kryss.)          | Infeksjon                | Blødning                 | Kvalme                   | Diaré                    | Smerter                  |
|    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Annet                    |                          |                          |                          |                          |
|    |  | <input type="checkbox"/> | (spesifiser) _____       |                          |                          |                          |
| 23 | Har du vært i kontakt med helsepersonell som følge av noen av disse komplikasjonene etter at           | Ja                       | Nei                      |                          |                          |                          |
|    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |

du kom hjem fra sykehuset?

24 Har problemer eller komplikasjoner etter operasjonen ført til at du har blitt innlagt på nytt?

Ja

Nei

**Skriv gjerne ned kommentarer til spørreskjemaet eller dine erfaringer her:**

---

---

---

---

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

---

# Vedlegg 2: Sjekkliste Planlegging av lokale, kvantitative brukerundersøkelser

---

## INTRODUKSJON

---

Målet med denne tjenesten er å tilby en sjekkliste for prosjektleder eller tilsvarende rolle i **planleggingen av lokale, kvantitative brukerundersøkelser**. Sjekklisten er avgrenset til undersøkelser i helsetjenesten som gjennomføres med kvalitets-sikringsformål, ikke forskningsformål.

Vi presiserer at det ikke er meningen å tilby en fullstendig sjekkliste for alle mulige undersøkelsesopplegg i lokale undersøkelser, til det vil lokale preferanser og forhold variere for mye. På noen punkter gir vi imidlertid råd og anbefalinger, og disse er basert på erfaringer fra en rekke nasjonale og lokale brukererfaringsundersøkelser som Kunnskapssenteret har gjennomført, samt på metodeforskning som anses relevant på tvers av pasientpopulasjoner.

Sjekklisten er oppdelt i fire hovedbolker og inneholder en rekke underpunkter som det er viktig for prosjektleder å gå gjennom og avklare i planleggingen av undersøkelsen:

1. Formål, organisering og formalia
2. Utvalg
3. Spørreskjema
4. Gjennomføring av undersøkelsen

Detaljert oppskrift på gjennomføring av undersøkelser finnes for eksempel hos den danske enheten for brukerundersøkelser eller hos CAHPS i USA (se linker nedenfor).

<http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Spoergeskema.pdf>

<https://www.cahps.ahrq.gov/default.asp>

---

## 1. FORMÅL, ORGANISERING OG FORMALIA

---

*Er det tydelig definert hvorfor undersøkelsen skal gjennomføres?* Begrunnelsene for lokale undersøkelser kan variere, men alle lokale undersøkelser bør definere dette eksplisitt i starten av planleggingsfasen. Et eksempel på en definisjon av formål finner man i de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene: "Formålet er å framskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer med helsetjenesten, som et ledd i å overvåke og forbedre helsetjenestens praksis". For at en lokal undersøkelse skal gi nyttig informasjon må man på forhånd være veldig tydelige på hva man ønsker å undersøke:

- Hvilke aspekter ved brukernes erfaringer ønsker man informasjon om?
- Er målgruppen for resultatene av undersøkelsen overordnet ledelse og/eller den enkelte ansatte?
- Skal resultatene fra undersøkelsen inngå i en overordnet prosess som sikter mot kvalitetsforbedring?
- Skal man sammenlikne seg med andre institusjoner?
- Skal man samle tidsserier som gjør det mulig å sammenlikne med seg selv over tid?
- Skal man sammenlikne på tvers av ulike diagnosegrupper?

Svar på slike spørsmål er spesifikke for hver enkelt undersøkelse, og vil innebære ulike føringer for den videre planleggingen. Men spørsmålene må besvares tidlig i planleggingsfasen av lokale brukerundersøkelser.

*Er en kvantitativ brukererfaringsundersøkelse hensiktsmessig?* Det er viktig å være klar over hva slags informasjon en spørreskjemaundersøkelse vil gi, samt fordelene og ulempene med slike undersøkelser. I en del tilfeller vil kvalitative undersøkelser være bedre tilpasset problemstillingen, det vil også normalt være mindre ressurskrevende. Kvantitative undersøkelser gir et øyeblikksbilde på hovedområder av brukererfaringer ved institusjonen/enheten, men er ikke egnet til å gå i dybden eller å finne forklaringer på resultatene. I noen tilfeller kan det være fordelaktig å supplere en kvantitativ måling med kvalitative tilnærminger, for eksempel fokusgruppeintervjuer med brukere for å identifisere mulige kvalitetsforbedringstiltak på områder som skårer dårlig i den kvantitative undersøkelsen. Råd om kvalitative undersøkelser finnes for eksempel hos den danske enheten for brukerundersøkelser:

[http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Bog\\_kvalitativ.pdf](http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Bog_kvalitativ.pdf)

*Er undersøkelsen tilstrekkelig forankret i ledelsen og godt organisert?* Lederforankring med beslutning i ledermøte er viktig, herunder prosjektplan med dedikert prosjektleder, støtteressurser (adm, ikt, analyse) og vedtatt framdriftsplan (aktiviteter, ansvarlige, tidsfrister).

*Har prosjektet avklart og ev. fått innvilget nødvendige tillatelser?* Sjekklisten gjelder kvalitetssikring, og dersom slike undersøkelser oppretter personregistre må det søkes personvernombud (NSD eller eget) om tillatelse til gjennomføring. Dette er ikke nødvendig dersom undersøkelsen gjennomføres anonymt. Med personregister

menes registre, fortegnelser mv. der personopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen.

*Hvordan informere deltakerne og få samtykke?* De som inviteres til å delta må gis god informasjon om undersøkelsen slik at de har et godt grunnlag for å bestemme seg for om de ønsker å delta. Informert samtykke innebærer en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra deltakerne. De som inviteres til å delta i undersøkelser som ikke er anonyme (dvs. at det opprettes et personregister), har lovbestemte krav ifht hva slags informasjon de skal ha før de ev. velger å delta. Mal for informasjons-skriv i slike undersøkelser finnes her:

[http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/informasjon.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html) . Vi anbefaler å ta utgangspunkt i denne malen også når undersøkelsen skal gjennomføres anonymt, men selvsagt tilpasset innholdsmessig.



---

## 2. UTVALG

---

*Er populasjonen for undersøkelsen tydelig definert?* Med populasjon mener vi den institusjonen eller de personene som man ønsker å kunne si noe om. En lokal brukerundersøkelse vil naturlig nok sikte mot å si noe om en bestemt helseinstitusjon – en legevakt, en sykehusavdeling, en post el.l. på et gitt tidspunkt. Men ofte vil man av praktiske grunner måtte begrense utvalget noe. Et eksempel på en populasjonsdefinisjon er som følger: ”Pårørende til barn i alderen 0-16 år som er utskrevet fra somatiske barneavdelinger i Norge mellom 1.9.2005 – 24.11.2005. Poliklinikker og neonatalenheter er ekskludert, samt enheter fra barne(re)habilitering. Voksenposter-/avdelinger som behandler barn og psykiatrienheter er også ekskludert”.

Lengden på undersøkelsesperioden vil variere mellom undersøkelser, men for å få et godt bilde av brukererfaringene bør perioden være minimum 2 måneder.

*Hvor stort bør utvalget være?* Mange helseinstitusjoner er så små at man i praksis bør inkludere alle brukerne i en periode. I så fall må man forvente at resultatene vil fluktuere noe fra en undersøkelse til den neste fordi det er tilfeldig hvem som er brukere av tjenestene akkurat i denne perioden. Jo færre som svarer, jo større vil slike tilfeldige utslag virke inn på resultatene. For små institusjoner kan det også være aktuelt å vurdere å ha en kontinuerlig gjennomføring hvor alle brukerne bes om å svare på et skjema om sine erfaringer med institusjonen.

I de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene sikter man mot å få 100-200 svar fra hver institusjon (jo nærmere 200, jo bedre). Dette tallet reflekterer en balanse mellom på den ene siden å gjøre målingene så presise som mulig, og på den andre siden ønsket om å ha en nytteverdi som svarer til innsatsen. Vi vil også anbefale dette som en passende utvalgsstørrelse for lokale undersøkelser i mellomstore/store institusjoner. Dersom man allerede har gjennomført lokale undersøkelser, er det mulig å anslå hvor stor svarprosent man kan regne med å oppnå. Med en svarprosent på eksempelvis 50, vil man derfor måtte ha et utvalg på 200-400 personer (se punkt 4 ”Gjennomføring av undersøkelsen” for tips om hva man kan gjøre for å øke svarprosenten).

*Hva slags prosedyrer kan man bruke for å ”trekke” utvalget?* Utgangspunktet for statistikk er at en helt tilfeldig stikkprøve vil være representativ for populasjonen. Gullstandarden for utvalgsundersøkelser er derfor at man trekker helt tilfeldig fra en komplett liste over alle personene som inngår i populasjonen.

Ofte er det ikke mulig eller hensiktsmessig å bruke en slik prosedyre i en lokal brukererfaringsundersøkelse;

- Det lokale pasientadministrative systemet kan medføre at det er praktisk vanskelig å lage en komplett liste over alle brukerne som grunnlag for trekking.

- Mange lokale brukerundersøkelser gjennomføres ved at spørreskjema deles ut på stedet. Det vil naturlig nok ikke være mulig å liste opp brukere som man ennå ikke har vært i kontakt med.
- Det kan også være at man av juridiske grunner ikke kan eller ønsker å bruke en slik liste (se også punkt 1 "Formål, organisering og formalia").
- Noen institusjoner kan ha et ønske om at *alle* brukere skal gi en tilbakemelding på sine opplevelser fordi dette i seg selv kan bidra til økt fokus på kvalitet i organisasjonen.
- Noen institusjoner er i tillegg så små at det ikke er hensiktsmessig å trekke i det hele tatt (se punktet "Hvor stort bør utvalget være").

Hvis man velger å trekke et utvalg i en lokal undersøkelse, kan en hensiktsmessig prosedyre være å rekruttere personer fortløpende i det de er i kontakt med institusjonen, for eksempel ved utskrivning. For å sikre at utvalget ikke blir skjevt, bør man bruke et eller annet tilfeldig kriterium for å velge ut hvem som skal inviteres til å besvare undersøkelsen. Man må også være bevisst på at valg av inklusjonsperiode kan føre til skjevheter i utvalget. Hvis man eksempelvis har årstidsvariasjoner, bør man vurdere å ha flere inklusjonsperioder. Dersom man velger å ha en inklusjonsperiode på 2 måneder, kan man ta utgangspunkt i erfaringsdata om hvor mange brukere som er innom institusjonen i denne perioden. For små institusjoner kan det være hensiktsmessig å inkludere alle brukere helt til man når det på forhånd bestemte antallet, mens store institusjoner kan etablere en prosedyre hvor man velger hver n'te bruker ved utskrivning. Dersom man eksempelvis har 4000 brukere i perioden, kan man velge hver tiende bruker. Uavhengig av hvordan man velger å gjøre dette, er det viktig å dokumentere den prosedyren som er brukt.

---

### 3. SPØRRESKJEMA

---

#### *Skal vi utvikle et eget spørreskjema?*

Generelt anbefaler vi å benytte eksisterende spørreskjemaer om brukererfaringer som er forskningsmessig kvalitetssikret i Norge ("validert"), forutsatt at det er hensiktsmessig for formålet med undersøkelsen. Dette er viktig for å sikre kvaliteten på skjemaet, for å unngå å bruke mye ressurser på utvikling og testing lokalt, samt for å ha større mulighet til å sammenligne resultater med andre. Kunnskapscenteret har utviklet og kvalitetssikret en rekke brukererfaringsskjemaer, og disse kan fritt benyttes i lokale undersøkelser. Skjemaene kan lastes ned under Verktøy/spørreskjemaer på nettsidene våre: <http://www.pasopp.no/>. Det er også mulig å søke etter skjemaer i relevante forskingsmiljøer og databaser (for eksempel i <http://www.proqolid.org/>).

Det er selvsagt fullt mulig å legge til ekstra "lokale" spørsmål i eksisterende skjemaer (for eksempel først eller sist i skjemaet), eller å velge ut enkeltdeler av skjemaet dersom undersøkelsen har et mer spesifikt formål. Et eksempel på sistnevnte kan være at man ønsker å måle kun brukernes erfaringer med organiseringen på avdelingen, i så fall er det viktig å inkludere alle enkeltspørsmål om organisering som henger

sammen fra hovedskjemaet.

### *Hva hvis det ikke finnes et relevant og tilgjengelig skjema?*

Dersom det ikke finnes et tilgjengelig, kvalitetssikret skjema som passer til formålet er det nødvendig å lage og teste noe selv. I så fall er det en fordel:

- At det er tydelig hva man ønsker å måle, at hovedområder i skjemaet begrunnes eksplisitt, og at man grupperer spørsmålene i spørreskjemaet etter hovedområder;
- At spørsmålene formuleres enkelt og entydig, at spørsmålene ikke krever uforholdsmessig mye tankearbeid, og at svarskalaen er tilpasset spørsmålene og de mulige svarene som kan gis. Gustav Haraldsens bok "Spørreskjememetodikk etter kokebokmetoden" (Ad Notam Gyldendal 1999) inneholder mange gode råd om spørreskjemautforming. Se også punktet nedenfor om type spørsmål og svarkategorier.
- At en gruppe fra de ansatte går gjennom skjemaet og vurderer relevansen av spørsmålene;
- At spørreskjemautkastet testes ut på 5-10 brukere med fokus på om spørsmålene er relevante, om de forstås, om noe mangler og om svarverdiene passer. Brukerne kan fylle ut skjemaet først, dernest følges det opp med et strukturert intervju om relevans, om spørsmålenes forstås og om svarverdiene passer.
- At en person med kompetanse på spørreskjemametodikk er sentral i utvikling og testing av spørreskjemaet. Det er en fordel om dette er samme person som skal gjennomføre analysene.

Dersom man velger å bruke et validert spørreskjema som er laget for en litt annen pasientgruppe, vil det også være en fordel å teste skjemaet gjennom intervjuer (jfr. kulepunkt fem). Tilsvarende dersom man har laget et nytt skjema basert på elementer av andre skjemaer ev. også med lokale tilleggsspørsmål.

### *Hvilke type spørsmål og svarkategorier skal vi bruke?*

I brukererfaringskjemaer er det viktig å inkludere spørsmål som brukerne oppfatter som viktige, dvs. at brukere bør være en viktig kilde til spørsmålene. I tillegg er det viktig å stille konkrete spørsmål om hva som skjedde ved institusjonen; dette er mer anvendelig i kvalitetsarbeid enn generelle tilfredshetsspørsmål, og gir mer nyanserte svar enn generelle spørsmål. Hoveddelen i brukererfaringskjemaer består derfor av spørsmål om konkrete erfaringer med helseinstitusjonen på viktige områder for brukerne, for eksempel spørsmål om informasjon, organisering og pleietjenesten.

Det er mest vanlig å bruke fempunkts svarskala i brukerundersøkelser. I de nasjonale undersøkelsene er følgende fempunkt svarskala mest benyttet: "Ikke i det hele tatt", "I liten grad", "I noen grad", "I stor grad", og "I svært stor grad". Kunnskaps-senteret har god erfaring med denne skalaen, og kan anbefale denne til bruk lokalt. Dette forutsetter selvsagt at spørsmålsformuleringen tilpasses svarverdiene slik at de henger naturlig sammen.

Det er viktig å tenke gjennom behovet for bakgrunnsspørsmål. Slike spørsmål kan være negativt for respondentene dersom de opplever at anonymiteten blir truet. Dette er særlig viktig i en lokal undersøkelse fordi brukerne skal sende svaret til den samme institusjonen som de skal vurdere. Trusler mot anonymiteten kan føre til at brukerne oppgir å være mer positive enn de faktisk er, noe som i så fall gir en systematisk feil i målingen. Derfor bør bakgrunnsspørsmål begrunnes særskilt: hva skal spørsmålene konkret brukes til? Dersom de er av typen "kjekt å ha" anbefaler vi å ikke inkludere spørsmålene. Dersom noen er av typen "må ha" anbefaler vi å inndele spørsmålene i så grove kategorier at det ikke er mulig å bruke variablene til å identifisere enkeltpersoner indirekte.

#### *Er det andre viktige momenter når det gjelder spørreskjemaet?*

Det er viktig at spørreskjemaet gjør brukeren mest mulig motivert til å svare på undersøkelsen. Man bør velge et skjema som ser "innbydende" og profesjonelt ut, og som gir svareren rask og god oversikt over hva skjemaet gjelder og hvordan det skal besvares.

Det kan også være en fordel å velge et åpningsspørsmål som antas å være viktig for brukerne eller som skaper litt ekstra interesse for undersøkelsen. Lokal kjennskap til brukergruppen kan gi nyttig innsikt ifht. åpningsspørsmål. Ev. bakgrunnsspørsmål kan plasseres til slutt i skjemaet.

Av hensyn til svarprosenten bør det ikke være for mange spørsmål i spørreskjemaet. Det er imidlertid vanskelig å gi et eksakt svar på skjemalengde eller antall spørsmål. Lokale forhold vil variere mye og dessuten er svarprosenten bare er ett av flere suksesskriterier. I de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene består skjemaene stort sett av under 50 spørsmål, og i mange lokale undersøkelser antar vi det vil være rimelig å ha et sted mellom 20 til 50 erfaringsspørsmål. Spørsmål av typen "kjekt å ha" bør kuttes, slik at spørsmålene som stilles oppfattes som relevante for flest mulig av de som skal svare.

---

## **4. GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN**

---

*Hvordan informere om undersøkelsen?* I undersøkelsesperioden bør det henge oppe informasjonsplakater om undersøkelsen på lett synlige steder på avdelingene som deltar. Ytterligere skriftlig informasjon om undersøkelsen bør være tilgjengelig på avdelingene for de brukerne som spør etter dette (for eksempel en informasjonsbrosjyre). Alle som inviteres til å delta tilbys et informasjonsbrev om undersøkelsen som forklarer formålet med undersøkelsen, at det er frivillig å delta, at svarene behandles konfidensielt, hvordan den skal gjennomføres mv (se punkt 1 om formalia). I postale undersøkelser vedlegges et informasjonsbrev sammen med spørreskjemaet. Dersom det er praktisk mulig anbefaler vi at hver bruker som blir invitert til å

delta i en undersøkelse blir informert minst to ganger om undersøkelsen ved avdelingen, for eksempel ved ankomst og ved hjemreise. Dette er viktig for svarprosenten.

*Hvordan skal spørsmålene i spørreskjemaet gis til brukerne?* Det er mange muligheter, alt fra utlevering av skjema til brukerne mens de er på avdelingen, utsending av skjema i posten, intervju (ansikt til ansikt, telefon) og elektronisk utsending. Valget gjøres lokalt ut fra en vurdering av flere faktorer, spesielt økonomi, praktisk gjennomførbarhet, metodeforhold, og juridiske og tekniske spørsmål. Det vanligste i brukererfaringsundersøkelser er: i) utdeling av spørreskjemaer mens brukerne er på avdelingen (for eksempel ifbm utskrivning), eller ii) postalt spørreskjema som sendes hjem til brukerne i etterkant av oppholdet/konsultasjonen.

*Hvor skal spørsmålene besvares?* Spørsmålene kan besvares enten mens brukerne er på avdelingen eller hjemme. Generelt er det best om brukerne besvarer spørsmålene hjemme, for eksempel 1-4 uker etter oppholdet/konsultasjonen. Svar som er avgitt på avdelingen vil i større grad være påvirket av relasjonelle forhold mellom bruker og behandlende enhet, noe som øker faren for skjevhet i undersøkelsen ("for positivt"). Kortsiktige behandlingsekvenser, for eksempel smerter etter kirurgiske inngrep, vil også kunne gjøre at svar på avdelingen gir et feil bilde av brukernes erfaringer med ulike aspekter av oppholdet. En mulighet er at skjemaene deles ut ved avdelingen, men at brukerne får beskjed om å fylle ut skjemaet hjemme. For enkelte grupper kan det allikevel være nødvendig å fylle ut skjemaet på avdelingen, for eksempel innenfor avhengighetsbehandling.

*Hvordan skal svarene samles inn?* I de fleste tilfeller følger dette av hvordan spørsmålene gis til brukerne. Dersom man for eksempel sender postalt spørreskjema hjem til brukerne vil det være nærliggende å be brukerne returnere skjemaet i posten. Dersom skjemaet leveres ut på avdelingen kan ferdigutfylt skjema enten leveres til en kontaktperson på avdelingen før brukeren reiser hjem (dersom skjemaet skal besvares på avdelingen), eller brukeren kan ta skjemaet med hjem og returnere det i posten (viktig med ferdigfrankert konvolutt).

*Hva slags system for datainnsamling skal etableres herunder mottak og registrering av svar?* Som et minimum må alle svar samles ett sted og registreres i et dataprogram (excel, SPSS el.), med individer i rader, variabler i kolonner og verdier i celler. Mindre undersøkelser vil normalt punche svarene, mens det i store undersøkelser kan være aktuelt å scanne svarene. Det er viktig å bestemme dataprogram- og innhold i planleggingsfasen, og etablere administrative rutiner inkl. avsetting av ressurser til å gjøre administrative oppgaver (se også punkt 1 "Formål, organisering og formalia"). Dersom man velger å benytte purringer for å få flere svar (se neste punkt), er det nødvendig å etablere et register på individnivå som gjør at purringer kun går til ikke-svarere. Dette vil i så fall medføre at undersøkelsen ikke lenger er anonym, og slike personregistre må meldes til NSD eller eget personvernombud. Manglende anonymitet kan medføre at brukere ikke "tør å være ærlige", det betyr at det bør foreligge særskilte grunner for å gjennomføre undersøkelsen ikke-anonymt. Det er også viktig å sikre seg at man ikke sender skjemaer til avdøde brukere, samt at faglig ansvarlig vurderer om enkelte brukere ikke bør få tilsendt skjema av "særli-

ge menneskelige grunner”.

*Hvordan sikre høyest mulig svarprosent?* Normalt vil telefonintervjuer, ansikt til ansikt intervjuer og andre mer personlige innsamlingsmåter gi høyest svarprosent. Dette er imidlertid svært ressurskrevende sammenlignet med selvutfylling av skjemaer. Noen tiltak som kan bidra til å øke svarprosenten i postale undersøkelser er som følger: purre på ikke-svarere, kort spørreskjema, inkludere ferdigfrankert returkonvolutt, inkludere pengegave el. (må vurdere etisk), brukervennlig skjema, tydeliggjøre og markedsføre hvorfor deltakelse er viktig. Når det gjelder utlevering på avdeling er dette et tiltak som i seg selv er positivt for svarprosenten, men som nevnt anbefaler vi generelt at brukerne besvarer skjemaet hjemme. Informasjon om undersøkelsen til brukerne er også viktig for svarprosenten, se eget punkt med anbefalinger vedr. informasjon ovenfor.

*Hvordan skal dataene kvalitetssikres og analyseres?* Det er en fordel at en person med kvantitativ analysekompetanse kvalitetssikrer og analyserer data. Alternativt bør dataprogrammet inneholde makroer/syntaxer som automatisk genererer resultatstabeller og figurer. Det er viktig å vurdere hvilke analyser som skal gjøres i planleggingen av undersøkelsen, dette vil bl.a. legge føringer på utvalgsstørrelse. Det er også viktig å avklare hvilket analyseprogram som skal benyttes, om det er det samme som registreringsverktøyet (jfr. punkt om system for datainnsamling), hvilke(n) person(er) som er ansvarlige for analysen, og hvordan resultatene skal formidles og følges opp internt. I noen sammenhenger vil det også være gunstig å gjøre enkle fallanalyser som kan bidra til å sannsynliggjøre at utvalget er representativt, for eksempel ved å sammenlikne kjønns- og aldersfordeling i utvalget og i populasjonen. I så fall må man sørge for at man har slik informasjon. Tilleggsstudier knyttet til de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene viser at utvalg kan være rimelig representative selv med 40 % svarandel.