

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonale
pasienterfaringsundersøkelser
Kartlegging av dagens situasjon
og utviklingsmuligheter framover

Arbeidsnotat januar 2005

Tittel	Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Kartlegging av dagens situasjon og utviklingsmuligheter framover
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Samarbeidende institusjoner	De regionale helseforetakene
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Øyvind Andresen Bjertnæs, Kari Aanjesen Dahle, Marijke Veenstra, Odd Søreide
ISBN	82-8121-026-5
Arbeidsnotat	2005
Prosjektnummer	8–218
Antall sider	24

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, januar 2005

INNHold

OPPSUMMERING	4
KAPITTEL 1. INNLEDNING	5
ORGANISERING AV ARBEIDET	5
OPPBYGGING AV RAPPORTEN	6
KAPITTEL 2. KARTLEGGING AV DAGENS SITUASJON.....	7
MÅLGRUPPER, FORMÅL OG BEHOV	7
DAGENS NASJONALE UNDERSØKELSER SETT I FORHOLD TIL BEHOV	9
EKSISTERENDE UNDERSØKELSER I REGIONENE.....	10
KUNNSKAPSSTATUS PÅ PASIENTERFARINGSFELTET.....	11
KAPITTEL 3. NASJONALE UNDERSØKELSER I 2005 OG FRAMOVER.....	13
FORBEDRINGSFORSLAG NASJONALE UNDERSØKELSER	13
PLAN FOR NASJONALE UNDERSØKELSER	14
<i>Faste treårilige undersøkelser.....</i>	<i>15</i>
<i>Variierende temaundersøkelser.....</i>	<i>16</i>
FORSLAG TIL NASJONALE UNDERSØKELSER I 2005	16
FINANSIERING	16
REFERANSELISTE.....	17
VEDLEGG 1. MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPEN	18
VEDLEGG 2. EKSISTERENDE UNDERSØKELSER I REGIONENE	20

Oppsummering

En arbeidsgruppe bestående av helseregionene og Kunnskapscenteret (med SHDir og HOD som observatører), har kartlagt dagens situasjon når det gjelder nasjonale pasienterfaringsundersøkelser og foreslått tiltak for å tilpasse undersøkelsene bedre til ulike målgruppers behov.

Kartleggingen av dagens situasjon viser at flere behov ikke blir tilfredsstillt i dagens undersøkelser, at det eksisterer mange lokale undersøkelser med varierende innhold i tillegg til de nasjonale, og at kunnskapen på pasienterfaringsfeltet er til dels mangelfull. Med basis i kartleggingen foreslår arbeidsgruppen en rekke tiltak som kan videreutvikle nasjonale pasienterfaringsundersøkelser.

Viktige forslag til videreutvikling er:

- Etablering av en nasjonal plan for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser
- Ny organisering av den nasjonale funksjonen som Kunnskapscenteret har, for eksempel etter modell fra Storbritannia
- Sterkere fokus på instrumentutvikling og validering, i tillegg til utviklingsprosjekter for å få mer kunnskap på områder som har mangelfullt kunnskapsgrunnlag
- Etablering av et samarbeidsnettverk mellom lokale miljøer og Kunnskapscenteret for å styrke kompetansen lokalt, regionalt og nasjonalt, herunder etablering av en forskningsmessig referansegruppe for nasjonale undersøkelser
- Avgrense hovednivå for nasjonale undersøkelser til institusjonsnivå, samtidig som det tilrettelegges for utlevering av tall til institusjonene på lavere nivå
- Sterkere fokus på framstilling av resultater og bruken av dataene, herunder iverksetting av tiltak for å tilrettelegge bedre for bruk av pasienterfaringsinformasjon

Arbeidsgruppen foreslår en plan for nasjonale undersøkelser, som innebærer at tre pasientgrupper undersøkes fast med treårige intervaller. I tillegg foreslås det at det hvert år gjennomføres en temaundersøkelse, slik at det årlig blir to nasjonale undersøkelser. Vedtak om temaundersøkelse for påfølgende år gjøres innen 01.mars hvert år. Planen bør evalueres med jevne mellomrom for å gi rom for endringer.

Arbeidsgruppen foreslår at det i 2005 gjennomføres én nasjonal undersøkelse ved somatiske barneavdelinger (påfølgende-undersøkelse), og én nasjonal undersøkelse ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern (voksne). Begge undersøkelsene forutsetter at Kunnskapscenteret gjennomfører piloter våren 2005.

Den nye finansieringsordningen som er innført i forbindelse med Statsbudsjettet for 2005 gir stabile rammer for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser, og arbeidsgruppen legger til grunn at ordningen opprettholdes i framtidige budsjetter. Den årlige rammen må dekke både gjennomføring av undersøkelser og de utviklingstiltakene som arbeidsgruppen peker på.

Det er behov for å opprettholde arbeidsgruppen i 2005, men med nytt mandat.

Kapittel 1. Innledning

Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser har de siste to årene blitt gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/HELTEF, på oppdrag fra de regionale helseforetakene. Undersøkelsene har gitt tilbakemelding til helseforetakene og institusjonene om pasientenes erfaringer med ulike områder, og har vært forsøkt tilpasset behov for informasjon i kvalitetsutviklingsarbeid og for ledelses- og styringsformål. Undersøkelsene har også dannet grunnlaget for nasjonale kvalitetsindikatorer på sykehusvalg.net.

Kunnskapssenteret har gjennomført nasjonale undersøkelser på institusjonsnivå. Det har vært mulig for oppdragsgiverne å supplere utvalgene for å få resultater på lavere nivå, men dette har i liten grad vært benyttet. Pasienttilbakemeldinger på institusjonsnivå innebærer at enheter på lavere nivå ikke får "sine" tall, verken som ledelsesinformasjon eller som informasjon i kvalitetsutviklingsprosjekter. Dette har regionene og sykehusene påpekt som den kanskje viktigste begrensningen med de nasjonale undersøkelsene.

Det er flere utviklingsmuligheter i det nasjonale prosjektet, både innholdsmessig, metodisk og organisatorisk. De regionale helseforetakene og Kunnskapssenteret ble derfor enige om å opprette en arbeidsgruppe for å videreutvikle nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Det ble tidlig klart at innholdet i mandatet for arbeidsgruppen overlapper betydelig med en nasjonal pasienterfaringsgruppe som SHDir hadde ansvaret for. Etter direktoratets vurdering var det derfor hensiktsmessig og rasjonelt å slå sammen disse prosessene (SHDir, brev av 05.10.2004). Kunnskapssenteret har ledet den sammenslåtte arbeidsgruppen, og SHDir og HOD har vært observatører i gruppen.

Hovedpunktene i mandatet til arbeidsgruppen har vært å kartlegge dagens situasjon opp mot behovene, og foreslå nødvendige endringer for å tilpasse undersøkelsene bedre til de ulike målgruppens behov. Gruppen skulle både foreslå hva som skal gjennomføres for 2005, og utarbeide en plan for den mest hensiktsmessige gjennomføringen av pasienterfaringsundersøkelser i spesialisthelsetjenesten i Norge. Mandatet for arbeidsgruppen finnes i vedlegg 1.

Organisering av arbeidet

Følgende personer har deltatt i arbeidsgruppen:

- Helseregionene: Kirsti Thørbakken (Sør), Aleidis Skard Brandrud (Sør), Hilde Rudlang (Vest), Christel Meyer (Øst), Svein Andreassen (Øst), Svanhild Jenssen (Midt), Ingvild Røe (Nord)
- Kunnskapssenteret: Pål Gulbrandsen, Odd Søreide, Marijke Veenstra, Kari Aanjesen Dahle, Øyvind Andresen Bjertnæs
- Observatører: Per Skretting (SHDir), Torunn Omland Granlund (HOD)

Gruppen har hatt to arbeidsmøter, i tillegg til arbeid mellom møtepunktene. Kunnskapssenteret har vært prosessdriver for arbeidet. Hovedkonklusjonene har vært forelagt fagdirektørene i helseregionene i forkant av rapportavlevering til SHDir og administrerende direktører i helseregionene.

Det er behov for å opprettholde arbeidsgruppen i 2005 for å sikre tilstrekkelig samarbeid og koordinering av utviklingsområdene som rapporten peker på. I tillegg er det nødvendig å etablere et tungt forskningsnettverk som Kunnskapscenteret kan samarbeide med for å videreutvikle metodiske aspekter i undersøkelsene. På bakgrunn av dette er det nødvendig med et nytt mandat for arbeidsgruppen.

Oppbygging av rapporten

Rapporten er tredelt. I kapittel 1 går vi gjennom bakgrunnen for etableringen av arbeidsgruppen og organiseringen av arbeidet. I kapittel 2 har vi kartlagt dagens situasjon når det gjelder pasienterfaringsundersøkelser. Vi går først gjennom målgrupper, formål og behov i undersøkelsene. Deretter omtaler vi hovedfunn i en kartlegging av eksisterende undersøkelser i regionene. Til slutt i kapitlet beskriver vi kort kunnskapsstatus på pasienterfaringsområdet. I kapittel 3 pekes det på forbedringstiltak for å tilpasse pasienterfaringsundersøkelser bedre til ulike behov. Kapitlet inneholder også et forslag til plan for gjennomføring av nasjonale undersøkelser, herunder forslag til undersøkelser i 2005. Den nye finansieringsmodellen for nasjonale undersøkelser omtales også.

Kapittel 2. Kartlegging av dagens situasjon

Målgrupper, formål og behov

Det presiseres at vurderingene av formål og behov i hovedsak er gjort av arbeidsgruppen. Vi har innhentet synspunkter fra ulike målgrupper underveis (spesielt fra helseforetak og institusjoner), men har ikke foretatt en systematisk kartlegging av formål og behov i de ulike målgruppene.

Målgruppene for pasienterfaringsundersøkelser innbefatter pasienter/befolkningen, helsemyndighetene, regionale og lokale helseforetak og institusjonene. Målgruppene har ulike behov for pasienterfaringsinformasjon, for eksempel når det gjelder innholdet (spørreskjema), hyppighet av registrering og aggregeringsnivå (post, avdeling, sykehus osv.).

I tabell 1 nedenfor finnes en oversikt over formål hos de ulike målgruppene og viktige behov knyttet til formålene.

Tabell 1. Målgrupper for pasienterfaringsundersøkelser, formål og viktige behov

Målgrupper	Formål	Prioritert aggregeringsnivå	Behov for kval.ind, annen informasjon og sml. med andre	Hyppighet av registrering
Pasienter/ befolkning inkl. primærleger	Valg av sykehus	Sykehusnivå (ev. supplert med avdeling)	Stort	Sjeldnere enn årlig
Overordnet beslutningsnivå:				
Helsemynd.	Myndighetskrav politikk, nasj.strategi	Sykehusnivå	Stort	Sjeldnere enn årlig
Regionale og lokale helseforetak	Styringsinfo	Sykehusnivå, HF-nivå, regionnivå	Stort	Sjeldnere enn årlig
Institusjoner, praksisnært:				
Toppledelse	Ledelsesinfo	Sykehusnivå, avd	Stort	Min. årlig
Avd- og postledelse	Ledelsesinfo, Kvalitetsovervåking	Avdeling/post	Stort	Flere ganger i året
Kvalitetsprosjekter	Kvalitetsovervåking, effekt av tiltak	Tilpasset problemstilling, lavt nivå	Varierende	Varierende, i noen tilfeller kontinuerlig måling

Vi ser at formålet varierer mye, alt fra myndighetskrav til behov for å evaluere effekter av kvalitetstiltak i institusjonene. Vi ser videre at prioritert aggregeringsnivå (analysenivå) varierer en del, selv om institusjonsnivå er det nivået som er prioritert hos de fleste målgruppene. Det som varierer minst er behovet for kvalitetsindikatorer, annen informasjon og sammenlikning med andre – for de fleste målgrupper er behovet stort. Til slutt ser vi at målehyppigheten varierer fra mange ganger i løpet av året til sjeldnere enn årlig.

Den første målgruppen i tabellen er pasienter/befolkning inkl. primærleger. Det finnes internasjonal litteratur som indikerer at pasienter i liten grad benytter seg av nasjonalt tilgjengelige kvalitetsindikatorer (se for eksempel Endal og Utzon 2002). Vi vet ikke i hvilken grad dette også gjelder i Norge, så inntil videre kan vi vurdere behovene ut fra at tallene faktisk skal brukes. De nasjonale kvalitetsindikatorerne i Norge ligger på sykehusvalg.net. Meningen er at pasienter ev. i samråd med almenleger skal kunne vurdere ulike sykehus opp mot hverandre ved valg av sykehus. Relevant informasjon i den sammenhengen bør da være et knippe kvalitetsindikatorer som reflekterer kvaliteten (hvorav pasienterfaringer er ett aspekt), i tillegg til mer praktiske vurderinger som for eksempel ventetid og geografisk lokalisering. Det helhetlige inntrykket av kvaliteten ved ett sykehus opp mot utvalgte/relevante andre anses å være vesentlig informasjon i en situasjon hvor sykehus skal velges. For denne målgruppen er i så fall monitorerings- og kvalitetsforbedringsperspektivet i liten grad relevant. Behovet blir sammenlikning mellom ulike sykehus (ev. på avdelingsnivå, diagnosegruppe), og en helhetlig vurdering av et knippe kvalitetsindikatorer.

HOD og SHDir er viktige aktører ifbm. nasjonale pasienterfaringsundersøkelser.

Myndighetene er en premissleverandør for nasjonale undersøkelser, og viktige føringer er gitt ifht. hvilket nivå undersøkelsene skal gjennomføres på (sykehusnivå), at undersøkelsene skal være sammenlignbare mellom sykehusene, og at både pasientgrupper i somatikken og psykisk helsevern skal inkluderes. Det ligger også et ønske om å følge utviklingen over tid, men det er tilstrekkelig med sjeldnere enn årlige undersøkelser. Til slutt har SHDir ansvaret for det nasjonale kvalitetsindikatorarbeidet, herunder sykehusvalg.net. Pasienterfaringsindikatorer er en del av dette systemet.

Regionale helseforetak har ifølge lov om helseforetak m.m. § 35 ansvar for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Sammen med lokale helseforetak har regionene i tillegg bruksinteresser i dataene. Både sammenlikning av pasienterfaringsresultater med andre regioner og helseforetak, sammenlikning på sykehusnivå, samt monitorering av tilfredshet over tid kan være relevant for regionale og lokale helseforetak. Behovet for styringsinformasjon blir antakelig dekket gjennom et mindre antall kvalitetsindikatorer for denne målgruppen. Det er behov for mye annen kvalitetsinformasjon enn pasienttilfredshet, for eksempel ifbm. regionale kvalitetsindikator-prosjekter (se for eksempel Helse Vest sine Internettssider <http://www.helse-vest.no/sw5870.asp>). Vurdering av resultater av ev. initierte kvalitetsprosjekter på helseforetaks- eller regionalt nivå kan være aktuelt, men behovet dekkes antakelig av monitoreringsperspektivet. Til slutt er det behov for at dataene kan integreres i andre kvalitetsmodeller (f.eks. ISO-modellen).

På institusjonsnivå er behovene varierte, avhengig av brukergruppene. På toppledernivå er det behov for helhetlig ledelsesinformasjon, hvor pasientopplevd kvalitet er en av flere dimensjoner. Dette fordrer noen få kvalitetsindikatorer for pasientopplevd kvalitet. Ledelsesinformasjonssystemer forutsetter kontinuerlig måling, men antakelig ikke hyppigere enn 1-2 pasienterfaringsmålinger i året. Sammenlikningsbehovet er viktig, enten med nasjonalt snitt, mot snittet for samme sykehustype ev. sammenlikning med andre sammenlignbare enheter. På post- og avdelingsnivå er behovsprofilen ganske lik, men det kan være behov for hyppigere målinger enn for sykehuset som helhet. Videre et det nødvendig med data på lavere nivå (post, avdeling), og i tillegg til kvalitetsindikatorer er det relevant med tilbakemeldinger på enkeltpørsmål i spørreskjema. Når det gjelder kvalitetsforbedringsprosjekter er det nødvendig med kontinuerlige og hyppige målinger på

utvalgte pasienterfaringsområder (for eksempel informasjon), behovet for supplerende informasjon er mindre, mens sammenlikningspunkter kan fungere som referansepunkter for tidsseriene som bygges opp (f.eks. kan nasjonalt snitt legges inn i statistisk prosesskontroll-grafer). Det er også behov for at dataene kan legges inn i interne ledelses- og styringssystemer (f.eks. LIS og balanserte styringsmodeller).

Dagens nasjonale undersøkelser sett i forhold til behov

Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser ble første gang gjennomført i 2002-2003, for døgnpasienter ved somatiske sykehus. Undersøkelsen ble gjennomført ved rundt 60 sykehus, og resultatene ble i hovedsak presentert på sykehusnivå. I 2004 gjennomføres to nasjonale undersøkelser, ved hhv. somatiske og psykiatriske poliklinikker. Somatikkundersøkelsen gjennomføres på sykehusnivå, i tillegg har fire sykehus bygd ut utvalgene for å få resultater for utvalgte poliklinikker. Psykiatriundersøkelsen gjennomføres ved alle 90 offentlig godkjente poliklinikker i Norge. I 2005 skal Kunnskapssenteret levere nasjonale undersøkelser, etter forslag fra arbeidsgruppen og i samforståelse med SHDir/HOD.

De nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene er bedre tilpasset noen formål enn andre. I tabell 1 ovenfor så vi formål og behovsprofil for de ulike målgruppene. Spesielt når det gjelder behov på lavere nivå i institusjonene ifbm. kvalitetsovervåking og effektevalueringer dekker ikke de nasjonale undersøkelsene behovene. Resultatene fra undersøkelsene kan ha nytteverdi også i en slik kontekst (for eksempel som referansepunkt eller for å gi et øyeblikksbilde av forbedringsområder), men kan bare levere en mindre del av informasjonsbehovet som formålet krever. Dette betyr at formålet fordrer lokale undersøkelser og innsats for å skape et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag. En sterkere kobling mellom utøvere av nasjonale og lokale pasienterfaringsundersøkelser ville være ønskelig, noe vi kommer tilbake til i listen over forbedringsforslag nedenfor.

Monitorering av utviklingen over tid er helt sentralt for Kunnskapssenteret, og dette vil ha prioritet i dagens løsning når mer enn ett måletidspunkt er på plass. Det viktigste sammenlikningsgrunnlaget for en enhet er med seg selv over tid, og andre referansepunkter er supplement til dette. Vi erfarer at regionale og lokale helseforetak har behov for flere måletidspunkter for å vurdere utviklingen. Med dagens system der det ser ut til at pasientgrupper undersøkes maksimum hvert annet år, får ikke institusjonene oppfylt sitt monitoreringsbehov. At undersøkelsene gjennomføres på sykehusnivå, betyr også at ledere og ansatte på lavere nivå ikke får "sine" resultater (verken øyeblikksbilde eller utviklingen over tid).

I dagens løsning gis både justerte¹ og ujusterte resultater for alle sykehus. Det betyr at sykehusene kan sammenligne resultater med alle andre sykehus (etter ønske), eller det kan sammenlignes mot et nasjonalt gjennomsnitt. Alle målgruppene har behov for sammenlikning med andre, men behovene er svært varierte. Det er imidlertid klart at behovet for sammenlikningspunkter er langt større enn dagens løsning klarer å innfri.

Dagens spørreskjemaer, indekser og kvalitetsindikatorer er ikke dekkende for behovene som de ulike målgruppene har. Det er behov for å utvikle spørreskjemaer for nye pasientgrupper, for eksempel føde/barsel, kronikergrupper og diagnosegrupper. Flere av målgruppene har også behov for forenkling eller kortversjoner av spørreskjemaer, for eksempel ifbm. lokale

¹ Vi justerer tallene for forskjeller i pasientsammensetning når vi sammenligner resultater mellom enheter.

undersøkelser. I denne sammenhengen er det også behov for spørreskjemabanker med testede spørsmål som lokale miljøer kan nyttiggjøre seg, for eksempel bygd etter malen basismodul (kjernespørsmål) og tilleggsmoduler (tilpasset spesielle grupper/problemstillinger/temaer). Til slutt er det nødvendig å evaluere dagens kvalitetsindikatorer, herunder vurdere om indikatorene faktisk uttrykker kvalitet og om de er like relevante for alle målgrupper og nivåer.

Lokalt forbedringsarbeid skjer først og fremst på lavere nivå i institusjonene. Det kan f.eks. dreie seg om kvalitetstiltak på tvers av poster/avdelinger (f.eks. etter prosesser), eller post- eller avdelingsvise kvalitetstiltak. Felles for arbeidet med kvalitetsforbedrende tiltak er kontinuerlig måling for å kunne vurdere effekten av tiltaket. Det forutsetter både en kartlegging av nåværende situasjon og av situasjonen etter at tiltaket er implementert. Med 2–3 år mellom hver undersøkelse og sykehusnivå som hovedfokus er det et stort gap mellom dagens løsning og behovene ifht. kvalitetsforbedrende tiltak.

Valg av sykehus og styring av sykehus baseres på mer enn informasjon om pasientopplevd kvalitet. For alle målgrupper er pasientopplevd kvalitet ett aspekt av flere. Relevante spørsmål i denne sammenhengen er om pasienttilbakemeldingene brukes, hvordan de brukes, og om de settes i system sammen med annen type informasjon. I dagens løsning rapporteres pasienterfaringsresultater isolert, med unntak av sykehusvalg.net der også andre kvalitetsindikatorer inngår. Tankegangen med nasjonale undersøkelser har vært at resultatene vurderes av brukerne, og at spesielt regionene, HFsene og sykehusene tar ut relevant informasjon og prosesserer denne videre i mer helhetlige informasjonssystemer.

Kartleggingen som Helse Øst har foretatt indikerer imidlertid at bruken av PasOpp har vært beskjeden og usystematisk i helseforetakene i Helse Øst (Helse Øst Rapport 2004). Det er derfor grunn til å vurdere forbedringspunkter både når det gjelder innholdet og presentasjonsformene i de nasjonale undersøkelsene, forbedringer på sykehusvalg.net og forbedringer som kan gjøres lokalt for å sikre bedre oppfølging og systemer rundt dataene enn tilfellet er i dag.

Eksisterende undersøkelser i regionene

Vi har foretatt en kartlegging av eksisterende undersøkelser i hver av helseregionene. For noen av regionene ble det ikke gjennomført en fullstendig kartlegging, men arbeidsgruppen har allikevel en god oversikt over hva som finnes av undersøkelser i regionene. I vedlegg 2 finnes en detaljert gjennomgang av undersøkelser i regionene.

Helse Øst hadde allerede gjennomført en omfattende evaluering av bruken av PasOpp ved sykehusene, herunder hvilke undersøkelser som har vært gjennomført lokalt tidligere (Helse Øst rapport 2004).

Kartleggingen viser at det eksisterer mange lokale undersøkelser i Norge, men med ganske stor variasjon i metode og tilnærming. Vi fant også at en del av sykehusene har basert seg på de større pasienterfaringsundersøkelsene RESKVA og PasOpp. I Helse Øst har det vært gjennomført en rekke lokale undersøkelser, både i egenregi og av eksterne miljøer. I Helse Sør har også flere helseforetak gjennomført egne undersøkelser, men ganske mange av helseforetakene har deltatt i RESKVA/PasOpp. Helse Vest har samarbeidet tett med Kunnskapssenteret (tidligere HELTEF-delen) de siste årene og har gjennomført en rekke

PasOpp undersøkelser. I tillegg finnes det flere lokale undersøkelser i Helse Vest. I Helse Nord har mange av helseforetakene deltatt i RESKVA/PasOpp, men også her finnes eksempler på lokale undersøkelser. I den siste helseregionen, Helse Midt-Norge, har spesielt St. Olavs hospital gjennomført lokale undersøkelser, og ellers har flere av helseforetakene deltatt i RESKVA/PasOpp.

Det eksisterer altså mange lokale miljøer som gjennomfører egne undersøkelser med varierende design. Den store variasjonen er ikke helt i tråd med studier som peker på betydningen av standardisere instrumenter for å sikre god kvalitet (se for eksempel Sørgaard 1996; Zwier et al. 1999). Formålet med undersøkelsene og behovene er såpass like at det vil være en fordel med et tettere samarbeid mellom lokale og sentrale miljøer framover.

Kunnskapsstatus på pasienterfaringsfeltet

Til tross for at pasienterfaringsundersøkelser har pågått i lang tid og antall undersøkelser og publiserte artikler er svært stort, er kunnskapen om dette feltet fortsatt mangelfull på sentrale områder. I en større review-artikkel peker Sitzia (1999) på svært mangelfull dokumentasjon av reliabilitet og validitet i de 195 studiene som ble gjennomgått. På bakgrunn av funnene konkluderer Sitzia med at disse pasienterfaringsundersøkelsene har liten troverdighet. I en nyere kunnskapsoppsummering på feltet peker Crow et al. (2002) på flere områder hvor det er behov for mer kunnskap:

- Det er tvetydige funn i litteraturen når det gjelder effekter på pasienttilfredshet av tidspunktet for måling
- Det er behov for flere studier om betydningen av kulturelle aspekter
- Forskingen på designspørsmål i pasienterfaringsundersøkelser er mangelfull
- Det er behov for forskning om bruken av pasienterfaringsdata, inkludert utvikling av mål for relative preferanser
- Forventninger er viktig for å forstå pasienttilfredshet, men det er inkludert i ganske få studier. Forventninger er et viktig forskningsområde framover, og inkluderer også samspillet mellom forventninger og demografiske faktorer (f.eks. kjønn og alder)
- Helsestatus og ”helseresultat” påvirker tilfredshet, men det er behov for ytterligere forskning på området
- Eldre pasienter er mer tilfredse enn yngre. Funnene når det gjelder kjønn, utdanning og etnisitet er tvetydige
- Det er behov for en kunnskapsoppsummering om effekten av tilfredshet på helseatferd og helseresultat

I andre studier er det pekt på utfordringer knyttet til å fange endringer over tid (Pettersen et al. 2004), manglende evne til å fange misfornøydhet (Sitzia og Wood 1997), og svakheter knyttet til den teoretiske basis for tilfredshetsstudier (Sitzia og Wood 1997). Viktigheten av kontekstspesifikke faktorer for innholdsvaliditeten er framhevet av flere (Ruggeri 1994), noe som setter krav til utvikling og validering av spesifikke skjemaer etter pasientgruppe/diagnosegruppe (i tillegg til generiske skjemaer og mer generelle spørsmål). Det er videre en utfordring å finne hensiktsmessige framstillingsmåter for resultatene, hensyntatt både behovene som målgruppene har og de metodologiske begrensninger som for eksempel ligger i at det er liten variasjon mellom institusjoner.

Manglende kunnskap og utfordringene som er skissert ovenfor, betyr at det må satses på kunnskapsoppbygging nasjonalt og internasjonalt framover. Dokumentasjon av reliabilitet, validitet og sensitivitet er helt avgjørende for tilliten til resultatene som genereres og for merverdien undersøkelsene kan ha for tjenesteleverandør og brukerne av tjenestene.

Kapittel 3. Nasjonale undersøkelser i 2005 og framover

Forbedringsforslag nasjonale undersøkelser

Forbedringsforslagene som arbeidsgruppen foreslår er omfattende, og gruppen understreker at Kunnskapssenteret må lage en endringsplan med basis i de ressurser som står til rådighet. Utviklingsaktivitetene må pågå parallelt med to nasjonale undersøkelser hvert år og det er viktig at det frigjøres tilstrekkelig ressurser til forbedringsarbeidet. Flere av tiltakene involverer andre aktører, og tiltakene setter derfor krav både til hver enkelt og til samarbeid.

Forbedringsforslag

- Det bør vedtas en plan for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser slik at institusjonene og andre brukere har bedre grunnlag for å planlegge sine aktiviteter (herunder lokale undersøkelser). Planen må inneholde en oversikt over type undersøkelser (pasientgrupper), hyppighet av gjennomføring og tidspunkt for gjennomføring. Arbeidsgruppen har foreslått en plan for nasjonale undersøkelser som bør vurderes (se eget punkt).

- Kunnskapssenteret må videreutvikle og profilere sin nasjonale funksjon på dette området, jfr. organiseringen av pasienterfaringsundersøkelser i England. Det nasjonale "Advice centre" i England har fire funksjoner:
 - Utvikling og validering av instrumenter
 - Utarbeiding av metodeoppskrifter for lokale og sentrale undersøkelser
 - Databank og nasjonale analyser
 - Støttefunksjon for sykehusene som skal bruke dataene og lokale miljøer

- Instrumentutvikling og validering er et viktig område for Kunnskapssenteret framover. Som ledd i en videreutvikling av den nasjonale funksjonen bør Kunnskapssenteret bl.a. utvikle kortversjoner av spørreskjemaer, spørreskjemaer tilpasset nye pasientgrupper (også etter fag/diagnose), spørreskjemabank, samt retningslinjer for gjennomføring av pasienterfaringsundersøkelser med ulike design (postal, telefon, elektronisk). Kunnskapen om verktøyene bør gjøres tilgjengelig på Internett, og en ny og bedre nettløsning er påkrevet. Det bør også settes i gang utviklingsprosjekter på de viktigste områdene hvor det mangler kunnskap (se kunnskapsstatus i kapittel 2).

- Arbeidsdelingen mellom nasjonale og lokale undersøkelser må tydeliggjøres. Det er viktig å understreke at undersøkelsene er kompletterende, ikke konkurrerende. Nasjonale undersøkelser kan ikke dekke alle behov, spesielt ikke på lavt nivå i sykehusene og i situasjoner som krever kontinuerlig måling. Det bør etableres et nasjonalt samarbeidsnettverk mellom lokale miljøer (brukere og utøvere av lokale undersøkelser) og Kunnskapssenteret. Som del av samarbeidet bør det gjennomføres erfaringsseminarer, temaseminarer og lignende, slik at kompetansen på dette feltet styrkes nasjonalt, regionalt og lokalt. Kunnskapssenteret kan bistå i planlegging og gjennomføring av slike samlinger.

- Hovedundersøkelsen bør gi representative data på sykehusnivå, men data på lavere nivå må kunne leveres ut til sykehusene i et enkelt format for videre analyse (innenfor praktiske og juridiske rammer).
- Sammenlikningsmulighetene er mange, behovene er varierte, og det må derfor tilbys flere sammenlikningspunkter enn nasjonalt gjennomsnitt. Det kan være aktuelt med et eget kapittel i nasjonale rapporter som er tilegnet dette. Kapitlet kan inneholde statistiske mål som: landsgjennomsnitt, regionssnitt, min/max (sykehusnitt), snitt for regionsykehus, snitt for spesialsykehus m.m. Dette betyr at hver bruker selv kan sammenligne resultater med den referanseenhets som anses mest relevant, i tillegg til standardsammenlikningene som gjøres ellers i rapporten.
- Det er indikasjoner på at bruken av dataene er beskjeden. Alle involverte må jobbe for å identifisere og implementere tiltak for å tilrettelegge bedre for bruk.
 - Fra Kunnskapssenterets side er det viktig å lage mer brukervennlige rapporter, herunder enkle presentasjonsformer og relevante sammenlikningspunkter. Utlevering av data på lavere nivå kan også øke bruken, i hvert fall på lavere nivå. Kunnskapssenteret kan utarbeide standardpakker for å bruke dataene på lavere nivå og kursing i dette. Kunnskapssenteret kan også bidra med kunnskap om hvordan helsetjenesten bedre kan utnytte pasienterfaringsundersøkelser til å bedre kvaliteten av egen virksomhet.
 - Presentasjonsformen på sykehusvalg.net bør vurderes ifht. innspill som Kunnskapssenteret gav forut for fjorårets publisering.
 - Når det gjelder sykehusene er det viktig å kartlegge om og i så fall hvordan resultatene brukes. Brukes resultater på indikatorer i ledelsesinformasjonssystemer eller balanserte styringssystemer? I hvilken grad ses resultatene i sammenheng med resultater fra egne undersøkelser, og hvilke systemer er bygd opp rundt egne undersøkelser?
 - Det er behov for at Kunnskapssenteret, SHDir og sykehusene/regionene kommer sammen og diskuterer og blir enige om tiltak for å øke bruken (og dermed nytten) av resultatene. Samarbeidsnettverket (jfr. ovenfor) kan være et aktuelt forum.

Plan for nasjonale undersøkelser

Det finnes ikke noe fasitsvar på hva slags tidsintervall som skal velges i nasjonale undersøkelser. Ut fra diskusjonene i arbeidsgruppen kan det imidlertid se ut som om 3-årige intervaller kan være hensiktsmessig. Dette vil gi institusjonene nødvendig tid til å følge opp resultatene fra undersøkelsene før neste runde gjennomføres. Et slikt tidsintervall vil også medføre at tallene er relativt oppdaterte i hele perioden. Sammenlignet med et opplegg med kortere tidsintervall frigjøres dessuten ressurser til å kartlegge pasienterfaringer i flere pasientgrupper.

De nasjonale undersøkelsene bør gjennomføres på samme tidspunkt for deltakende institusjoner² (på tvers av landet), og så langt det er mulig bør undersøkelsene gjennomføres på samme tid av året (høsten). Dette vil gi sammenlikningsgevinster mellom institusjonene og

² Vi peker for øvrig på behovet for standardisering av hierarkisk struktur (dvs. analysenivå) i tråd med forslagene i KITH-rapport.

de ulike årgangene, det gir synergieffekter i gjennomføringen av undersøkelsene, og det gir også Kunnskapssenteret perioder med mulighet til å intensivere utviklingsoppgavene.

Arbeidsgruppen har diskutert en rekke områder hvor det er behov for nye spørreskjemaer og nasjonale undersøkelser (se kapittel 2). HOD har også signalisert et ønske om at det årlig skal gjennomføres én undersøkelse i somatikk og én i psykiatri. Dette gjør at omfanget av nasjonale undersøkelser lett kan bli for stort ifht. de ressursene som er til rådighet. Arbeidsgruppen anbefaler derfor en modell hvor noen hovedgrupper prioriteres for faste nasjonale undersøkelser (med 3-årige intervaller), i tillegg til at det etableres et system for varierende temaundersøkelser.

Nedenfor går vi gjennom arbeidsgruppens forslag til plan for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Vi understreker at planen og utviklingen for øvrig bør evalueres av regionene, SHDir/HOD og Kunnskapssenteret med jevne mellomrom. Dette betyr også at varierende temaundersøkelser kan bli faste nasjonale undersøkelser dersom det er behov for og ressurser til dette. Planen er laget med utgangspunkt i rådende ressursrammer, herunder til gjennomføring og videreutvikling av nasjonale pasienterfaringsundersøkelser.

Faste treårige undersøkelser

Med mange faste undersøkelser vil resultatet være et lite fleksibelt system hvor de faste undersøkelsene tar opp plassene til temaundersøkelsene. Tre faste undersøkelser gir rom for én temaundersøkelse hvert år (se tabell 2 nedenfor), noe arbeidsgruppen mener gir en god balanse mellom stabilitet og fleksibilitet.

I valget av hvilke tre grupper som skal undersøkes fast er viktighet sentralt, men også graden av dokumentert og valid undersøkelsesopplegg (ev. hvor potensialet for å oppnå dette i nasjonale undersøkelser er stort). Voksne somatiske døgnpasienter er en stor pasientgruppe, gruppen har vært undersøkt en rekke ganger tidligere, og har dessuten et godt dokumentert undersøkelsesopplegg (Guldvog et al. 1998; Pettersen et al. 2004). Arbeidsgruppen foreslår derfor at denne gruppen undersøkes fast. Det er også viktig å ha faste undersøkelser innen psykisk helsevern. Utviklingen av målemetoder har kommet lengst for voksne polikliniske pasienter (Andresen et al. 2004), og arbeidsgruppen foreslår denne som del av det faste systemet. Til slutt har arbeidsgruppen ansett det som viktig å gjennomføre undersøkelser også av barneavdelinger. Kunnskapssenteret har sammen med Ahus utviklet et spørreskjema som skal piloterer våren 2005, og piloten kan danne grunnlag for en nasjonal undersøkelse høsten 2005. Somatiske barneavdelinger foreslås derfor som den tredje faste undersøkelsen.

Planen for faste nasjonale pasienterfaringsundersøkelser fram til og med 2010 blir da som følger:

Tabell 2. Forslag til faste 3-årige undersøkelser

FASTE 3-ÅRLIGE UNDERSØKELSER	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Døgnsomatikk (voksne)	X			X			X	
Psykiatri poliklinikk (voksne)		X			X			X
Somatiske barneavdelinger			X			X		

Variierende temaundersøkelser

Arbeidsgruppen foreslår at regionene og Kunnskapssenteret innen 01. mars hvert år foreslår hva som skal gjennomføres som temaundersøkelse året etterpå. Dette gir Kunnskapssenteret tilstrekkelig med tid til å utvikle/teste målemetoder før nasjonal gjennomføring, og gir regionene/helseforvaltningen anledning til å prioritere hva som for tiden er den mest aktuelle pasientgruppen.

Vi har laget en liste over mulige temaundersøkelser som kan gjennomføres, med basis i diskusjonene vi har hatt i arbeidsgruppen:

- Poliklinikk somatikk (voksne): gjennomføres i 2004
- Døgnpsykiatri (voksne)
- Rehabilitering (kronikergrupper)
- BUP poliklinikk
- Tilfredshet hos primærhelsetjenesten (somatikk)
- Tilfredshet hos primærhelsetjenesten (psykiatri)
- Føde/barsel

Arbeidsgruppen foreslår at voksne døgnpasienter i psykisk helsevern undersøkes i 2005, men dette forutsetter at Kunnskapssenteret gjennomfører en pilot først. For 2006 pekes det på rehabilitering (kronikergrupper), men arbeidsgruppen vil komme tilbake med et endelig forslag for 2006 innen 01. mars 2005.

Forslag til nasjonale undersøkelser i 2005

Med basis i vurderingene gjort ovenfor foreslår arbeidsgruppen at det gjennomføres en nasjonal undersøkelse ved somatiske barneavdelinger i 2005 (påførende-undersøkelse), og en undersøkelse ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern (voksne). Sistnevnte forutsetter at Kunnskapssenteret først gjør en pilot av nytt design (se Andresen et al. 2004), og at resultatene fra piloten gir grunnlag for nasjonal gjennomføring.

Finansiering

I Statsbudsjettet for 2005 foreslås det at 9 millioner overføres til SHDir, som har ansvaret for at det gjennomføres nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Midlene overføres til Kunnskapssenteret, og oppdraget blir nærmere beskrevet i tildelingsbrevet fra SHDir. HOD har gitt muntlig beskjed om at regionene ikke kan kjøpe tilleggsundersøkelser fra Kunnskapssenteret. Forslagene fra arbeidsgruppen om undersøkelser i 2005 og utviklingsbehov i 2005 og årene framover rapporteres til SHDir og administrerende direktører i helseregionene.

Den nye finansieringsordningen gir stabile rammer for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser, og arbeidsgruppen legger til grunn at ordningen opprettholdes i framtidige budsjetter. Det forventes at gjennomføring av undersøkelser og utvikling går parallelt, blant annet er det viktig at instrumentene som brukes blir vitenskapelig validert.

Referanseliste

- Andresen Ø, Bjørngaard JH, Dahle KA, Groven G, Grut L, Hofoss D, Saunes IS, Ruud T. Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet: Innsamlingsmetode og spørreskjema. Rapport nr. 9-2004, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, *et al.* The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6:1-244.
- Endahl LA, Utzon J. Fører offentliggjørelse af kvalitetsmålinger i sundhæsvæsenet til bedre kvalitet? *Ugeskr Læger* 2002;164:4385-8 .
- Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118:386-91.
- Helse Øst. Erfaringer ved bruk av PasOpp 2003 – Anbefalinger. Rapport 2004, Helse Øst.
- Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire – development, validity and reliability. *Internat Journal of Quality in Health Care* (in press)
- Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:212-227.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-1843.
- Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11:319-28.
- Sørgaard KW. Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1996;33:11-25.
- Zwier G, Clarke D. How well do we monitor patient satisfaction? Problems with the nationwide patient survey. *N Z Med J* 1999; 8;112:371-5.

Vedlegg 1. Mandat for arbeidsgruppen

Bakgrunn og utfordringer

Kunnskapssenteret og de regionale helseforetakene har etablert en faglig arbeidsgruppe for å utvikle pasienterfaringsundersøkelser på en slik måte at de bedre ivaretar foretakenes behov. Utfordringen er å definere, vurdere omfanget av og gjennomføre undersøkelsene slik at de blir anvendbare i forhold til flere formål:

- Å gi grunnlag for kvalitetsforbedrende tiltak,
- å gi ledelses – og styringsinformasjon i foretakene, inkludert sammenliknbarhet over tid og mellom foretak og regioner
- å gi informasjon til befolkningen som grunnlag for fritt sykehusvalg

Det er likeledes en utfordring å finne hva som skal være nasjonale gjennomgående undersøkelser, hva som kan være tidsavgrensede nasjonale undersøkelser og hva som skal kunne tilpasses det enkelte helseforetaks behov.

Faser og problemstillinger

Fase 1:

1. Gruppen skal vurdere hvilke behov for sammenliknbare nasjonale pasienterfaringsundersøkelser som foreligger for:
 - Å gi grunnlag for kvalitetsforbedrende tiltak
 - å gi ledelses – og styringsinformasjon i foretakene, inkludert sammenliknbarhet over tid og mellom foretak og regioner
 - å gi informasjon til befolkningen som grunnlag for fritt sykehusvalg
- Herunder hvilket omfang og metode som skal benyttes.
2. Gi innspill til hva som bør gjennomføres i 2005.

Fase 2: (innen 01.november)

3. Gruppen skal beskrive hvilke eksisterende pasienterfaringsundersøkelser (omfang og metodikk) som finnes i de ulike RHF.
4. Arbeidsgruppen skal utarbeide en plan for den mest hensiktsmessige gjennomføring av pasienterfaringsundersøkelser i spesialisthelsetjenesten i Norge.
5. Gruppen skal definere dagens verktøy (PasOpp) inn mot behovene og beskrive eventuelle nødvendige/mulige tilpasninger
6. Gruppen skal innenfor planen foreslå/kartlegge:
 - a. Typer undersøkelser som understøtter hvilket formål
 - b. tidspunktet og omfanget for innhenting av pasienterfaringer
 - c. inkorporering av pasientforventninger i målingene
 - d. behov for utvikling av instrumenter tilpasset særskilte pasientgrupper (vi vet for lite om i hvilken grad sykdom og behandlingsresultat påvirker pasientvurderingene)
 - e. behov tilpasset monitorering over tid og sammenlikning mellom sammenliknbare enheter

- f. behov tilpasset grunnlag for kvalitetsforbedrende tiltak
 - g. behov knyttet til konstruksjon av nasjonale kvalitetsindikatorer
 - h. behov for kobling mellom pasienterfaringsdata og andre styringsdata som f.eks. økonomiske opplysninger
 - i. behov for tilpasning til andre modeller (for eksempel ISO-modellen som Helse Øst har valgt)
7. Gruppen skal belyse ulike forslag til finansiering.

Organisering og sluttrapport

Arbeidsgruppen består av fagpersoner/forskere med kompetanse innen pasienterfaringsundersøkelser eller annen relevant metodologisk kompetanse og representanter for de regionale foretakene.

Arbeidet forankres i fagdirektørmøte der Kunnskapsenterets ledelse deltar. Resultatet av arbeidet vil overleveres administrerende direktører i de 5 RHF og Sosial og Helsedirektoratet og vil danne grunnlag for det videre arbeid både med nasjonale og regionale pasienttilfredshetsundersøkelser.

Vedlegg 2. Eksisterende undersøkelser i regionene

Helse Øst

Alle helseforetakene gjennomførte PasOpp-undersøkelsen blant somatiske døgnpasienter i 2003. I tillegg til har det vært gjennomført en rekke lokale undersøkelser i regionen tidligere:

- Ved Aker universitetssykehus HF har det vært gjennomført pasienttilfredshetsundersøkelser siden 1998. I forbindelse med det sykehusomfattende omorganiseringsprosjektet ”Pasienten Først”, ble det utviklet et eget instrument på sykehuset i samarbeid med ansatte. Undersøkelsene gjennomføres på kontinuerlig basis ved at pasientene fyller ut skjemaet ved avreise.
- Akershus universitetssykehus HF har hatt et formelt samarbeid med HELTEF om undersøkelse av pasienttilfredshet siden ca 1994, og var prøvesykehus for utvikling av RESKVA-modellen. Siden 1995 har HELTEF levert resultater om pasienttilfredshet på avdelingsnivå og på post/seksjonsnivå. Disse resultatene har blitt fulgt opp på avdelings- og postnivå, selv om resultatene ikke forelå før 12–18 måneder etter at spørreundersøkelsen ble gjort.
- Sykehuset Østfold HF har gjennomført sin egen undersøkelse om pasienttilfredshet i 1997 og høsten 2002. Funnene i HELTEF-undersøkelsen samsvarer i stor grad med sykehusets egne funn.
- Sykehuset Asker og Bærum HF har tidligere deltatt i RESKVA i 2. runde. I tillegg har medisinsk avdeling foretatt egen pasienttilfredshetsundersøkelse, og dagkirurgisk avdeling har hatt kontinuerlig pasientvurdering siden åpningen i 1998, men ingen systematisk vurdering av innkomne svar. Tidligere HELTEF-undersøkelser ble systematisk gjennomgått både på foretaksnivå, avdelingsnivå og postnivå, men på grunn av stadige endringer kom det ikke svært mye ut av en undersøkelse der svarene forelå svært sent.
- Ullevål universitetssykehus HF tok i 1989 initiativ til systematiske brukerundersøkelser, og det foreligger flere publikasjoner fra denne perioden (Bjørnsborg 1992; Kongsli og Røise 1993; Bjørnsborg 1997).
- Sunnaas Sykehus HF har systematisk gjennomført spørreundersøkelser til pasienter ved utskrivelse siden 1995. Dette på bakgrunn av erfaringer fra pilotprosjekt i 1994–95, nedsatt av sykehusets kvalitetsutvalg etter vedtak i blant annet byrådsak 1016/93 (Oslo kommune). I 2002 ble det gjennomført en oppsummering av foretakets opplegg for spørreundersøkelser om pasienttilfredshet. Oppsummeringen konkluderer med gjennomgående lav svarprosent og uforandret tilbakemelding om hva som er bra/forbedringsområder gjennom undersøkelsene de siste årene, og peker på flere mulige forbedringstiltak i undersøkelsen.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS: Picker har gjennomført undersøkelser for sykehuset hvert annet år i seks år for inneliggende somatiske pasienter. Siste gang også gjennomført for polikliniske pasienter i somatikken, samt dagpasienter i kirurgisk klinikk. Tidligere diverse pasienttilfredshetsundersøkelser, noen i samarbeid med andre sykehus, noen internt i LDS. Gjelder både somatikk og psykiatri.
- Diakonhjemmet Sykehus har siden midten av 90-tallet gjennomført en egen brukerundersøkelse. Brukerundersøkelsen ”Si deres mening om oss” ble utarbeidet av daværende sjeflege og har vært i bruk siden starten. Undersøkelsen har kun vært brukt i den somatiske delen av sykehuset. Skjemaene til brukerundersøkelsen distribueres kontinuerlig til pasientene, og ligger rundt på postene og poliklinikkene på sykehuset.

Sykehuset har nå kommet fram til at det er på tide å revitalisere brukerundersøkelsen, og det ser ut til at det vil bli utarbeidet en helt ny brukerundersøkelse basert på PasOpp.

- Ved Martina Hansens Hospital deltok 100 pasienter ved revmatologisk avdeling i 1988 i en undersøkelse om deres opplevelse av trivsel på avdelingen, medbestemmelse av behandling, informasjon og kommunikasjon fra helsepersonell til pasientene. I 1993–94 gjennomført undersøkelse med spørreskjema til dagkirurgiske pasienter for å kartlegge pasientenes opplevelse og tilfredshet med dagkirurgi som behandlingstilbud. 2000–2001 undersøkelse hos pasienter som hadde fått utført en canalis carpi-operasjon, for å kartlegge om operasjonen svarte til forventningene og om pasientene var fornøyd med operasjonsresultatet. 2002 ble 30 ryggpasienter spurt om den tverrfaglige informasjonen de fikk pre-, per- og postoperativt var tilfredsstillende. I 2003 ble 120 pasienter som hadde fått innsatt hofteprotese spurt om de ville gjort den samme operasjonen igjen på bakgrunn av de erfaringene de hadde gjort i forbindelse med operasjonen.
- Revmatismesykehuset AS har de siste fem årene hatt kontinuerlige pasienttilfredshetsundersøkelser med egenutviklede spørreskjemaer. Man har ikke vært helt tilfreds med disse, og PasOpp gav en mulighet for å se andre måter å drive pasientevaluering på.

Helse Sør

Helse Sør RHF kartla bruken av pasienterfaringsundersøkelser hos helseforetakene årsskiftet 2002–2003, i tillegg ble det foretatt en ny kartlegging i oktober 2004:

- Sykehuset Telemark har utarbeidet egen spørreundersøkelse, papirbasert (kan kjøres elektronisk). Er mer enn en temperaturmåler, men er ikke grundig validert. ST har prioritert spørsmål som retter seg mot områder som tradisjonelt har gitt dårlig skår. Pågått kontinuerlig i ca. 4 år. Månedlig rapportering til ledergruppen. Kjører egne oppfølgingsprosjekter på områder som gir dårlig svar, f.eks informasjon. Passer best på sengeposter, men er også tilpasset dagkirurgi. Har utarbeidet et eget skjema for føde/barselavdelingen. Sykehuset Telemark har revidert denne spørreundersøkelsen det siste året med formål å tilpasse spørsmålene til den nasjonale PasOpp-undersøkelsen. Sykehuset har et eget skjema for psykiatrien. Spørreskjemaet er et selvutfyllingsskjema som deles ut ved utskrivning og inngår i postenes utskrivningsrutiner. Det brukes også en pasienttilfredshetsundersøkelse i alderspsykiatrien. Ved demensposten er det pårørende som får anledning til å fylle ut spørreskjemaet.
- Sykehuset i Vestfold har utarbeidet egen ”brukertilbakemelding”. Fokus på best mulig treffsikker tilbakemelding på postnivå, men gir ikke grunnlag for sammenlikning mellom sykehus. Ikke vitenskapelig. Kjøres ikke som undersøkelse, med utvalg osv. Skjemaet er tilgjengelig på sengepostene. Lav svarprosent. Gir normalt 80 % tilfredshet. SiV understreker betydningen av presisjonsnivå, men ser behovet for andre sammenlignbare undersøkelser.
- Psykiatrien i Vestfold har utviklet egen brukerundersøkelse. Dette er en temperaturmåler (uten normgruppe). Fokus på pasientens opplevelse av møtet i psykiatrien. Sett på alle pasienter i en 14-dagersperiode. Spørreskjema ble delt ut til hver pasient, utdelt av behandler, men pasientene besvarte anonymt. Det ble vektlagt få spørsmål for å sikre tilbakemelding. Alt er registrert manuelt. Tilbakemelding ble registrert og analysert og meldt tilbake til fagråd PiV HF samt til avdelingene. PiV har i 2004 gjennomført henvisningsundersøkelse for alle kommuner i Vestfold.
- Ringerike sykehus har gjennomført RESKVA tre ganger. Opplever undersøkelsen som vid, med lavt presisjonsnivå. Dette får konsekvenser for oppfølgingsarbeidet. Det er stort

sett høye skår via RESKVA. Det bør benyttes undersøkelser som kommer nærmere pasientene og med intervjuoppfølging på smale områder/problemområder. Ringerike sykehus monitorerer i dag ved hjelp av lokalt utviklede spørrekort, tilpasset PasOpp der det er mulig. Resultatene legges inn som en del av helseforetakets styringssystem, med tilbakemelding til prosess-teamene og ledere på ulike nivå. Informasjonen skal brukes som styringsinformasjon på prosessnivå (detaljert), og som ledelsesinformasjon (oversiktlig) på høyere nivå i organisasjonen.

- Sykehuset Buskerud har gjennomført RESKVA to ganger. Svært ulikt utbytte. Noen avdelinger har hatt svært lite utbytte av dette. For tungt, for lang, tids- og kostnadskrevende. Lang behandlingstid. Sykehuset mener vi bør ha en pasienterfaringsundersøkelse felles for sammenlikningens skyld og en pasienterfaringsundersøkelse på et lavere presisjonsnivå for kvalitetsforbedring internt. Det er utarbeidet brukerundersøkelse for bruk ved somatiske sengeposter. Denne ble utarbeidet og godkjent for bruk ved sykehuset i 2002. Imidlertid ble bruk av denne ikke satt i system på grunn av gjennomføring av nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Sykehuset har gjennomført undersøkelsen der hvor man ønsket å måle pasienttilfredshet etter omorganisering av tjenester ved f.eks sommerferieavvikling. Andre brukerundersøkelser er også utarbeidet for å dokumentere effekt av endringer.
- Blefjell sykehus: Kongsberg har gjennomført RESKVA. Var pilot i 1994 – gjentatt i 1996. Kreves mye tid til oppfølging. Undersøkelsen oppleves som omfattende. Samme problemområdene som går igjen i svarene, f.eks dårlig informasjon. Opplever presisjonsnivået som for dårlig til at man kan gjøre målrettede forbedringstiltak i forhold til pasientbehandlingen. Krever oppfølgingsundersøkelser. Har kjørt et eget prosjekt på dagkirurgisk senter, via telefonintervju og spørreskjema.
- Sørlandet sykehus Kristiansand har gjennomført RESKVA fire ganger. Oppleves som svært store undersøkelser, med litt for ”høy” tilfredshet (80–90 %). Bør brytes ned på postnivå. Resultatene kommer for sent – man bør kunne gjøre noe med utfordringene umiddelbart.
- Sørlandet sykehus Arendal har gjennomført RESKVA annethvert år siden 1999. Er godt fornøyd med undersøkelsen, selv om tilfredsheten kanskje er vel høy. Har også gjennomført måling av pasienttilfredshet i forbindelse med utskrivningssamtaler ved enkelte avdelinger som har gitt gode resultater og høyere presisjonsnivå. Har også temperaturmålinger på baksiden av pasientbrosjyre, men med svært lav svarprosent.
- Rikshospitalet har utarbeidet egen tresiders undersøkelse. Ikke-vitenskapelig, men har benyttet fagkompetanse på universitetsnivå i utarbeidelsen. Gjennomføres annenhver uke, med månedlig rapportering. Godt styringsverktøy for ledelse/avdeling/post (tilgjengeliggjøres i RHs styringsdata på intranett). Kan fylles ut på RH, hjemme eller på nett. Knyttet til serviceerklæringer som pasientene får utlevert ved ankomst. Den enkelte avdeling må utarbeide egne måltall for forbedringer. Vurderer oppfølgingsprosjekter på områder som får svært dårlig skår.
- Det norske radiumhospital har egenutviklet spørreundersøkelse – kjørt én gang i 1997. 2000 inneliggende pasienter, 2000 polikliniske pasienter. Vitenskapelig, en rekke spørsmål også validert i internasjonale tester. Svarprosent på 70 etter én puring. Svært tung og tidkrevende databehandling. Resultater av undersøkelsen ble koblet til virksomhetsplanen, eks. forbedringstiltak i forhold til informasjon og ventetid. Har også temperaturmåling på baksiden av pasientbrosjyre – men svært dårlig svarprosent. Ved infusjonsenheten som ble opprettet desember 2003, pågikk det i oktober 2004 en spørreundersøkelse om pasientenes tilfredshet med enheten.

Helse Nord

De eneste systematiske undersøkelsene som gjøres ved UNN og Hålogalandssykehuset, er gjennom PasOpp. UNN påpeker at mange avdelinger gjennomfører sporadiske spørreundersøkelser som de som regel utformer selv. En del går på evaluering av spesifikke tilbud som er igangsatt. UNN gjennomførte for noen år siden en stor undersøkelse på avdelingene i regi av OpiNord. Undersøkelsen ble gjort via en gruppe av brukere som kom opp med det de hadde av negative utsagn om avdelingen i et gruppeintervju. Dette ble bearbeidet, og så fikk et utvalg pasienter uttale seg om hvorvidt de stemte eller ikke. Personalet skulle også svare på hva de trodde pasientene var mest misfornøyd med.

I Helse Finnmark gjennomfører avdelinger eller enkeltpersoner periodisk (usikkert hvor systematisk) både enkle og mer kompliserte undersøkelser om pasienttilfredshet. Som oftest gjøres dette ved at avdelingen har enkle spørreskjema liggende som de ber pasientene om å svare på. Spørsmålene går på trivsel og hvor fornøyde pasientene er med utvalgte aspekter ved avdelingen. Slike undersøkelser blir gjennomført over én eller flere uker, og deretter oppsummert og brukt til forbedringsarbeid.

Enkeltpersoner og avdelinger i Helse Finnmark gjennomfører ellers undersøkelser knyttet til enkelttilbud, oftest som ledd i forskning eller kvalitetssikringstiltak. For eksempel er det gjort undersøkelser om tilbudet ved poliklinikken i Alta, om tilbud om artroskopi med lokalbedøvelse etc.

Ved Nordlandssykehuset foregår det flere lokale undersøkelser. Alle som er deltakere ved kurs ved Lærings- & Mestringscenteret (LMS) blir sterkt oppfordret til å fylle ut evalueringsskjema for tilbakemelding på innhold og rammer i det tilbudet de har fått i Nordlandssykehuset i regi av Lærings- & Mestringscenteret. Ved Fysikalsk medisin/rehabilitering er det et liknende system med systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra pasienter som har deltatt på deres kurs. Tilbakemeldingene benyttes i kursevalueringer. Ved psykiatriske avdelinger pågår det en intern pasienttilfredshetsundersøkelse ved en av avdelingene, mens akuttavdelingene har gjort slike undersøkelser for mange år siden. Er i ferd med å avslutte "FINN-studien" som vil gi omfattende tilfredshetsdata på 155-160 førstegangsinnlagte i psykisk helsevern. Før det deltakelse i gjennombruddsprosjektet (tvang i psykiatrien) - som også inneholdt en tilfredshetsdel. Ved Pediatrisk avdeling gjorde de for vel ett år siden en pasienttilfredshetsundersøkelse til foreldre med svært for tidlig fødte barn innlagt. Retrospektiv, blindet undersøkelse der de forsøkte å utvikle en metode hvor foreldrene skulle svare gradert hva de mente om en del positive og negative utsagn i forhold til oppholdet for deres barn.

Helse Nord RHF er i forprosjektfasen for å etablere et ledelsesinformasjonssystem (LIS), og i sammenheng med dette er det gjort en behovskartlegging blant direktørene på RHF-nivå. Her kommer klart fram at det er behov for mer og bedre styringsdata som gjelder pasientene – både deres tilfredshet og deres medvirkning. Flere nevner her PasOpp-undersøkelsene som en viktig kilde til informasjon på overordnet nivå.

Helse Vest

I Helse Vest er det gjennomført en rekke regionale brukerundersøkelser:

- Pasienter innlagt i somatiske sykehus, PasOpp, høst 2002
- Pasienter ved somatiske poliklinikker, PasOpp, vinter 2003
- Pasienter ved poliklinikker i psykisk helsevern, PasOpp, vår 2003
- Pasienter innlagt i psykisk helsevern, pilotundersøkelse, PasOpp, høst 2003

- Pasienter ved poliklinikker i psykisk helsevern, PasOpp, høst 2004

Lokale undersøkelser (dette er ingen fullstendig oversikt):

- Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Bergen HF: Vår 2004 gjennomført pilotundersøkelse rettet mot rehabiliteringstjenester. Tatt utgangspunkt i PasOpp-skjema, utformet spørreskjema med temaene informasjon, samarbeid og deltakelse og behandling og service. Arbeides med videre utvikling.
- Helse Bergen HF: Har under utvikling en intern brukerundersøkelse for inneliggende pasienter som bygger på elementene i PasOpp, men er noe enklere. Den er beregnet for bruk ved avdelinger/poster i foretaket. Spørreskjemaet ligger tilgjengelig i SPSS Data Entry, og avdelingene kan selv bearbeide dataene. Spørreskjemaet har vært gjennom en innholdsvalidering der 30 pasienter fra medisinsk og kirurgisk avdeling deltok. Det kom mange interessante tilbakemeldinger som også kan være nyttig for PasOpp. Pilot der skjemaet skal testes på 200 pasienter fra ulike avdelinger ved Haukeland Universitetssykehus skal snart i gang.
- Psykiatrisk klinikk, Helse Stavanger HF: Undersøkelse utformet i samarbeid med SINTEF. Kontinuerlig datainnsamling.
- Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Førde HF: Undersøkelse rettet mot kommunene som brukere. Fokus på samhandling innen rehabiliteringsfeltet og identifisering av forbedringsområder.

Helse Midt-Norge

St.Olavs har egen undersøkelse med fokus på synligheten av sykehusets verdier (helhet, respekt, likeverd, medbestemmelse) for pasientene. Sykehuset bruker et spørreskjema som pasienter har utviklet selv på 5 sengeposter med ca. 20 pasienter på hver sengepost. Basert på resultatene skal det gjennomføres samtaler med ledere, ansatte og pasienter på de aktuelle sengeposter. Deler av undersøkelsen sammenligner de ansattes mening om kvalitet i pasientbehandling og omsorg, med pasientenes egne beskrivelser. Enkeltposter på sykehuset gjennomfører i tillegg sine egne lokale undersøkelser med varierende metode.

Ved Nevrologisk avdeling på Molde sjukehus ble det for en tid tilbake gjennomført en undersøkelse av hvor fornøyd pasientene var med oppholdet. Skjemaet som ble benyttet, var utviklet internt.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-026-5