

Pasienttilfredshet som kvalitetsindikator

Monica Skoglund Bratlie



Masteroppgave i sykepleievitenskap
Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

08.11.15

© Monica Skoglund Bratlie

08.11.15

Pasienttilfredshet som kvalitetsindikator

Monica Skoglund Bratlie

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Monica Skoglund Bratlie	Dato: 08.11.15
Tittel og undertittel: Pasienttilfredshet som kvalitetsindikator Artikkel: Pasienttilfredshet med informasjon etter radikal prostatektomi. Refleksjonsoppgave: I hvilken grad kan pasienttilfredshet vektlegges som kvalitetsindikator i kvalitetsforbedringsarbeid?	
Bakgrunn: Artikkelen: Prostatakraft er den hyppigste kreftformen blant menn i Norge, og nye tilfeller øker. Robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) er en operasjonsmetode som er blitt forbundet med redusert postoperativ smerte, blødning og kortere liggetid på sykehuset, men utfallet av behandlingen kan føre til betydelige endringer i livskvalitet. Informasjon og opplæring til denne pasientgruppen utgjør en vesentlig del av det preoperative tilbudet, slik at de kan lære å håndtere både korttids- og langtids symptomene. Refleksjonsoppgaven: Med fokus på at pasientene skal oppleve god kvalitet på helsetjenestene de mottar, og lovgivningens styrke av brukermedvirkning, er det blitt mer og mer vanlig å bruke pasienterfaringer i kvalitetsarbeid. Bruk av pasienttilfredshet som kvalitetsindikator er blitt en viktig faktor i dette arbeidet. Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke hvor tilfredse pasientene var med informasjonen 14 dager etter RALP med fokus på pasientenes forventninger til informasjon gitt om postoperative plager/ubehag og hva de faktisk opplevde. Refleksjonsoppgaven skulle se på betydningen av pasienttilfredshet som kvalitetsindikator i forbedringsarbeid. Metode: Kvantitativ metode med deskriptivt design. Datamaterialet fra spørreskjema 14 dager etter operasjonen ble analysert ved bruk av analyseverktøyet SPSS. Refleksjonsoppgaven diskuterer betydningen av å bruke pasienttilfredshet som kvalitetsindikator i forbedringsarbeid. Resultat: Studien viste at av de 191 som deltok var 50,5% av pasientene fornøyd med informasjonen de fikk preoperativt, og at de som var eldre skåret høyere på tilfredshet enn de yngre. Det var liten gjennomsnittlig forskjell på pasientenes skåre på hva de forventet å oppleve ut fra informasjonen og hva de faktisk opplevde. For pasienter som opplevde mer luft smerter og blod i kateterslange og pose ble det funnet en negativ påvirkning på pasienttilfredshet med forhåndsinformasjonen. Konklusjon: Studien viste at 50,5% av pasientene som ble operert med RALP var fornøyd med den preoperative informasjonen. Temaet om kateter, kateterproblematikk og luft smerter bør være et prioritert tema for den preoperative informasjonen som gis. Refleksjonsoppgaven viste at pasienttilfredshet kan egne seg som kvalitetsindikator i forbedringsarbeid, men da i tilknytning til andre kvalitetsindikatorer	
Nøkkelord: Pasienttilfredshet, preoperativ informasjon, laparoskopisk prostatektomi, prostatakraft, spørreskjema	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Monica Skoglund Bratlie	Date: 08.11.15
Title and subtitle: Patient satisfaction as quality indicator Article: Patient satisfaction with information after radical prostatectomy Essay: To what extent can patient satisfaction emphasize as a quality indicator in quality work?	
Background: Article: Prostate cancer is the most common cancer type among men in Norway, and new cases increases. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) is an operation method that has been associated with reduced postoperative pain, bleeding and shorter hospital stays, but the outcome may lead to significant changes in quality of life. Information and education to this group of patients constitutes a substantial part of the preoperative offer, so that they can learn how to deal with sort and long term symptoms. Essay: Focusing on patients experiences of good quality of care, and legislative strengthening of user participation, it is becoming more and more common to use patient experience in quality work. The use of patient satisfaction as quality indicator has become an important factor in this work. Purpose: The aim of this study was to explore how satisfied patients were with the preoperative information 14 days after RALP, focusing on patients' expectations of information given about postoperative ailments/discomfort, and what they actually experienced. The essay discusses the importance of patient satisfaction as quality indicator in quality work. Method: Quantitative method with descriptive design. The data from the questionnaire 14 days after surgery were analyzed using the analysis tool SPSS. The essay discusses the importance of using patient satisfaction as quality indicator in improvement work. Results: The study showed that of the 191 who attended 50.5% of the patients were satisfied with the information they received preoperatively, and those who were older scored higher on satisfaction than the younger. There was little difference in patients' average scores on what they expected to experience from the information and what they actually experienced. For patients who experienced more gas pain and blood in the catheter tube and bag had a negative impact on patient satisfaction with preoperative information. Conclusion: The study showed that 50.5% of the patients operated with RALP were satisfied with the preoperative information. The theme of the catheter, catheter problems and gas pain should be a priority area for the preoperative information provided. The essay showed that patient satisfaction might be a suitable quality indicator in quality work, but only when associated with other quality indicators.	
Key words: Patient satisfaction, preoperative information, laparoscopic prostatectomy, prostate cancer, survey	

FORORD

Nå er dette masterstudiet ved veis ende- masteroppgaven er ferdig.

Jeg har vært gjennom en spennende, lærerik, og krevende prosess som jeg ikke trodde jeg skulle klare å fullføre. Den har utfordret meg både på det faglige og personlige plan, men jeg har kommet styrket ut på den andre siden og gleder meg til å ta i bruk kunnskapen og erfaringene jeg har gjort meg.

Jeg vil rette en stor takk til alle som har hatt tro på at jeg skulle klare dette.

Takk til min veileder Dag Hofoss som har delt av sin kunnskap, kommet med raske tilbakemeldinger og konstruktive innspill.

Takk til familie, venner og kollegaer som har oppmuntret og støttet meg underveis.

Og ikke minst- en varm takk til min nærmeste familie; mine to barn Sara og Benjamin for at dere har vært tålmodige med en til tider stresset og fraværende mamma. Dere er nok like glade som meg for at denne oppgaven endelig er ferdig.

Takk til deg Stig, min kjære mann, for at du har støttet meg, kommet med dine gode tanker og refleksjoner.

Takk!

Monica Skoglund Bratlie

Oslo 08.11.15

Innholdsfortegnelse

Del 1: Artikkel (s.1-17)

Sammendrag	1
Introduksjon	3
Metode	5
Design.....	5
Utvalg.....	5
Datainnsamling.....	5
Spørreskjema.....	6
Analyse.....	6
Etikk.....	7
Resultater.....	8
Diskusjon.....	13
Konklusjon.....	15
Referanseliste	16

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forfatterveiledning for Sykepleien Forskning.

Vedlegg 2: Godkjenning av prosjektendring REK.

Vedlegg 3: Godkjenning av prosjekt REK 2010.

Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Tabeller og figurer:

Tabell 1: Karakteristika ved utvalget s. 8

Tabell 2: Totalt sett- hvor fornøyd er du med informasjonen du har fått? s. 9

Tabell 3: Tilfredshet med informasjon etter alder, sivilstatus, utdanning og arbeid s. 10

Figur 1: Forskjell i gjennomsnitt på pasientenes skåre (0-10) på hva de forventet å oppleve ut fra informasjonen og hva de faktisk opplevde (N= 187) s. 11

Tabell 4: Tilfredshet med informasjon etter plager/ubehag s. 12

Del 2: Refleksjonsoppgave (s. 30-54)

1. Innledning	30
1.1.Hensikt	31
2. Metode	32
3. Begrepsavklaringer	33
3.1 Kvalitet.....	33
3.2 Kvalitetsindikatorer.....	34
4. Hva sier litteraturen?	37
4.1 Pasienttilfredshet	37
4.2 utfordringer med måling av pasienttilfredshet	38
4.3 Faktorer som påvirker pasienttilfredshet	40
5. Diskusjon	44
5.1 Relevans for praksis.....	44
5.2 Validitet og reliabilitet	47
5.3 Anvendbarhet og gjennomførbarhet	48
6. Konklusjon	51
7. Referanseliste	52

Tittelside

Norsk tittel:

«Pasienttilfredshet med informasjon etter radikal prostatektomi»

English title:

“Patient satisfaction with information after radical prostatectomy”

Navn, stilling og arbeidssted: Monica Skoglund Bratlie, fagutviklingssykepleier, OUS, Kreft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Avd. for urologi.

Antall ord: 2838 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Antall tabeller: 4

Antall figurer: 1

Sammendrag

Bakgrunn: Prostatakraft er den hyppigste kreftformen blant menn i Norge, og nye tilfeller øker. For pasienter som kan velge kurativ behandling er radikal prostatektomi en mye brukt behandlingsmetode. Robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) er blitt forbundet med redusert postoperativ smerte, blødning og kortere liggetid på sykehuset, men utfallet av behandlingen kan føre til betydelige endringer i livskvalitet. Derfor utgjør informasjon og opplæring til denne pasientgruppen en vesentlig del av det preoperative tilbudet, slik at de kan lære å håndtere både korttids- og langtids symptomene

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke hvor tilfredse pasientene var med den preoperative informasjonen 14 dager etter operasjonen, med fokus på pasientenes forventninger til informasjon gitt om postoperative plager/ubehag og hva de faktisk opplevde.

Metode: Studien fulgte et kvantitativt deskriptivt design. Datamaterialet fra spørreskjema 14 dager etter operasjonen ble analysert ved bruk av analyseverktøyet SPSS.

Hovedresultat: Studien viste at av de 191 som deltok var 50,5% av pasientene fornøyd med forhåndsinformasjonen, og de som var eldre skåret høyere på tilfredshet enn de yngre. Det var liten gjennomsnittlig forskjell på pasientenes skåre på hva de forventet å oppleve ut fra informasjonen og hva de faktisk opplevde. Hos pasienter som opplevde mer luft smerter og blod i kateterslange og pose, ble det funnet en negativ påvirkning på pasienttilfredshet med forhåndsinformasjonen.

Konklusjon: Studien viste at 50,5% av pasientene som var operert med RALP var fornøyd med informasjonen. Studien har undersøkt om pasienttilfredshet med informasjon var påvirket av opplevde plager/ubehag mot forventet. For variablene luft smerter og blod kateterslange og pose ble det funnet en negativ påvirkning på pasienttilfredsheten med forhåndsinformasjon for de som opplevde mer ubehag enn forventet. I tillegg skåret de høyest på opplevde plager/ubehag. Temaet om kateter, kateterproblematikk og luft smerter bør være et prioritert tema når det gjelder den preoperative informasjonen som gis.

Nøkkelord: Prostatakraft, radikal prostatektomi, preoperativ informasjon, pasienttilfredshet, spørreundersøkelse.

Summary

Background: Prostate cancer is the most common cancer type among men in Norway, and new cases are increasing. For patients who can choose curative treatment, radical prostatectomy is a widely used treatment. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) has been associated with reduced postoperative pain, bleeding and shorter hospital stays, but the outcome may lead to significant changes in quality of life. Therefore constitutes information and education to this group of patients a significant part of the preoperative offer, so they can learn to deal with short and long-term symptoms

Objective: The purpose of this study was to explore how satisfied patients were with the information 14 days after the operation, focused on patients' expectations to the information provided about postoperative ailments/discomfort, and what they actually experienced.

Method: The study followed a quantitative descriptive design. The data from the questionnaire 14 days after surgery were analyzed using the analysis tool SPSS.

Results: The study showed that of the 191 who attended 50.5% of the patients were satisfied with the information they received preoperatively, and those who were older scored higher on satisfaction than the younger. There was little difference in patients' average scores on what they expected to experience from the information and what they actually experienced. In patients experiencing more gas pain and blood in the catheter tube and bag, showed to have a negative impact on patient satisfaction with the preoperative information.

Conclusion: The study showed that 50.5% of the patients operated with RALP were satisfied with the information. The study has investigated whether patient satisfaction with information affected experienced ailments/discomfort against anticipated. For the variables, gas pain and blood in catheter tube and bag showed to have a negative impact on patient satisfaction with the information, for those who experienced more discomfort than expected. In addition, they scored highest on experienced ailments/discomfort. The theme of the catheter, catheter problems and gas pain should be a priority when it comes to the preoperative information provided.

Keywords: Prostate cancer, radical prostatectomy, preoperative information, patient satisfaction, survey.

Introduksjon

Prostatakreft er i dag den hyppigste kreftformen blant menn i Norge, og det påvises stadig flere nye tilfeller. I 2013 fikk 4836 menn diagnosen, og målinger viser at 90 prosent av tilfellene oppstår etter fylte 60 år og hos noen få under 45 år (1).

I Norge praktiseres det i hovedsak to typer kurativ behandling for prostatakreft; strålebehandling og radikal prostatektomi (RP). Ved vår avdeling tilbys Robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP). Dette er en av de nyeste operasjonsmetodene i behandlingen av lokalisert prostatakreft, og en metode som har utviklet seg betydelig de siste 10 årene. Selve operasjonsmetoden er blitt forbundet med redusert postoperativ smerte, blødning og kortere liggetid på sykehus (2,3). Selv om det er en minimal invasiv operasjon (2) er det viktig at pasientene er innforstått med at utfallet av behandlingen kan føre til betydelige endringer i livskvalitet. Derfor utgjør informasjon og opplæring til denne pasientgruppen en vesentlig del av det preoperative tilbudet, slik at de kan lære å mestre både korttids- og langtidssymptomene.

Det er en økende bevissthet i dag om viktigheten av informasjon til pasienter. Dette gjenspeiles i lovverk, brukerundersøkelser og nasjonale strategier. I følge Pasientrettighetsloven § 3-2 (4) har pasienten «... rett til medvirkning når det gjelder valg av tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder og informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Samtidig uttrykker Helsepersonelloven § 10 (5) «at pasienten i tillegg skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger knyttet til behandling» og at «vi som helsepersonell skal så langt det er mulig sikre oss at mottakere av informasjonen har forstått innholdet og betydningen av opplysningene som er gitt».

Studier viser at selv om mange kreftpasienter er relativt fornøyd med informasjonen de får, ønsker de allikevel mer. Informasjonsbehovet til kreftpasienter er varierende og avhenger blant annet av deres mestringsmåte, følelser, motivasjon, stress og engstelse (6). En studie påpeker forskjell på pasienttilfredshet med informasjon innen ulike kreftdiagnoser og viser at pasienter med prostatakreft er mindre tilfredse med informasjon enn andre (7). En undersøkelse av kreftpasienters erfaringer med informasjon i somatiske sykehus (8) viser også at pasientene skårer lavt på informasjon, noe som indikerer at dette er et forbedringsområde.

En betydningsfull faktor for tilfredshet hos pasienter som skal opereres er å motta relevant informasjon før behandling og prosedyrer (9). En studie viser at pasienter som skal behandles for kreft vil ha så mye informasjon som mulig om behandling og behandlingsrelaterte bivirkninger slik at de er forberedt på det som skal skje (6). For pasienter som er behandlet for prostatakreft viser en studie (10) at preoperativ informasjon og opplæring fører til bedre livskvalitet og tilfredshet. Pasienter som var operert med laparoskopisk prostatektomi beskrev at selv om de hadde aktivt søkt informasjon før operasjonen var de uforberedt på det intense ubehaget og inkontinensen de opplevde etter operasjonen (2). Varigheten av bivirkningene, og hvilken grad de reduserte deres fysiske funksjon var også overraskende for mange (11).

Kirurgi kan være en stressende opplevelse som kan fremkalle ulike emosjonelle tilstander, som angst og frykt (12). Studier viser at passende mengde og type informasjon kan redusere det psykologiske stresset mange pasienter har, og i noen tilfeller kan det påvirke andre faktorer som for eksempel graden av smerte (13).

Pasienter som er mer involvert i beslutningsprosesser angående sin helsetilstand viser seg å være mer tilfredse, og at god kommunikasjon og informasjon er en forutsetning som gjør det mulig for pasienter å delta mer aktivt. I tillegg vil det å motta tilstrekkelig informasjon bedre både mestringsevne og psykisk helse, men studier påpeker at pasienter er mindre tilfreds med informasjon i forhold til psykiske behov enn med informasjon om diagnose og behandling (14).

Litteraturgjennomgangen viste få studier om hva pasientene kan forvente seg av plager /ubehag i den postoperative fasen når det gjelder ulike typer smerter og kateterproblematikk ved laparoskopisk prostatektomi. Ved vår avdeling får alle pasienter som skal opereres med denne teknikken tilbud om 1 times preoperativ informasjon og opplæring med uroterapeut. Målet er å gi pasientene så konkret muntlig og skriftlig informasjon som mulig slik at vi kan skape realistiske forventninger om hva de kan oppleve postoperativt. Ønsket med studien er å avdekke om dette er et område innen informasjonsdelen som bør forbedres.

Studiens hensikt er å undersøke hvor tilfredse pasientene er med informasjonen 14 dager etter laparoskopisk prostatektomi, med fokus på pasientenes forventninger til informasjon gitt om postoperative plager/ubehag og hva de faktisk opplevde.

Følgende problemformulering ble stilt:

«Hvor tilfredse er menn som er operert med laparoskopisk prostatektomi med den preoperative informasjonen 14 dager etter operasjonen?»

Forskningsspørsmål som ønskes besvart er:

1. Hvor tilfredse er pasientene med den informasjonen de har fått?
2. Er det forskjell mellom pasientenes forventninger og opplevelser i forhold til informasjonen som er gitt om postoperative plager/ubehag?
3. I hvilken grad påvirker pasientenes forventninger og opplevelser med plager/ubehag tilfredsheten med informasjonen de har mottatt?

Metode

Design

Studien har et kvantitativt deskriptivt design, og er basert på et datamaterialet fra en spørreundersøkelse som ble utført i forbindelse med et større prosjekt ved en sykehusavdeling i Oslo-området 2010-2011. Prosjektet omhandlet pasientinformasjon ved behandling for lokalisert prostatakraft, og data ble innhentet ved bruk av to ulike spørreskjema i to tidsaspekter i den postoperative fasen, det vil si 14 dager og 6 måneder etter operasjonen. Denne studien rapporterer resultatene fra det første spørreskjema.

Utvalg

Utvalget bestod av pasienter som ble operert for lokalisert prostatakraft i perioden mars 2010 til mai 2011. Inklusjonskriteriene var pasienter som var operert med Robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) på sykehuset, og i tillegg hadde skrevet under samtykkeskjema.

Eksklusjonskriteriene var pasienter som ikke forstod norsk eller ikke hadde hatt preoperativ samtale. Utvalget i denne studien er pasienter som har besvart spørreskjema og levert signert samtykke.

Datainnsamling

Deltakerne ble rekruttert til studien cirka 14 dager etter operasjonen. De fikk spørreskjemaet

utdelt enten på poliklinikken ved kateterfjerning, eller det ble tilsendt i posten til de som skulle fjerne kateteret ved et annet sykehus. Deltakerne skulle besvare spørreskjema og signere samtykkeskjema, og returnere dette i frankert svarconvolutt. Purrebrev ble sendt ut en gang.

Spørreskjema

Det ble ikke funnet spørreskjema som egnet seg til denne studien, og et lokalt spørreskjema ble utviklet av fagpersoner som hadde godt kjennskap til pasientgruppen. Spørreskjemaet ble ikke pilottestet før studien ble satt i gang, og er ikke validert. Demografiske variabler var hentet fra et Radikal prostatektomi register (RP-register) som alle pasientene hadde samtykket til fra tidligere.

Spørreskjemaet var på fem sider og inneholdt 27 spørsmål og fem kommentarfelt. Av de 27 spørsmålene ble 20 spørsmål og et kommentarfelt valgt ut i forhold til studiens relevans.

Pasienttilfredshet med informasjon 14 dager etter operasjonen er delt inn i 2 temaer: operasjon og kateter. Temaene inneholdt til sammen 9 spørsmål om forventninger til plager/ubehag ut fra informasjonen, 10 spørsmål om i hvilken grad de opplevde plager/ubehag ut fra informasjonen, et kommentarfelt med mulighet til å utdype sine synspunkter om informasjonen, og et spørsmål om generell pasienttilfredshet med informasjonen som lød: «Totalt sett- hvor fornøyd er du med informasjonen du har fått?». Total pasienttilfredshet med informasjon er rangert fra 1-5 hvor 1= svært misfornøyd, 2= ganske misfornøyd, 3= middels, 4= ganske fornøyd og 5= svært fornøyd. Alle spørsmålene som omhandler forventninger og opplevelser i forhold til plager/ubehag ut fra informasjonen i forhold til operasjon og kateter har en gradering på en Likert skala med en skår fra 0-10 der 0= Ingen / ikke i det hele tatt og 10= I svært stor grad.

Analyse

Datamaterialet er analysert ved hjelp av analyseverktøyet SPSS versjon 22. Deskriptiv statistikk er brukt for å finne frekvens, gjennomsnitt og median på de demografiske variablene. Den avhengige variabelen i analysen er pasienttilfredshet med informasjon. Den ble omgjort til en dikotom variabel hvor verdiene 1-4 på spørsmålet fikk verdien 0= ikke så fornøyd og verdien 5 fikk verdien 1= fornøyd. Todelingen ble utført for å unngå skjevhet i materialet. Det ble utført logistiske regresjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom tilfredshet med informasjonen og de uavhengige variablene. De uavhengige variablene var demografiske karakteristika (alder, sivilstatus, utdanning og arbeid) og variablene knyttet til operasjonen

(påkjenning, ulike typer smerter) og kateter (urinlekkasje, blod, blærekrampes, tett kateter). I tillegg er det brukt søylediagram for å illustrere forskjellen på gjennomsnittlig skår mellom spørsmålene om forventninger og opplevelser i forhold til informasjonen om plager/ubehag. Signifikansnivået på regresjonsanalysene er satt til 5 % ($p < 0,05$).

Etikk

Alle deltakerne fikk skriftlig informasjon om studien, og var informert om at de når som helst kunne trekke sitt samtykke. Prosjektet ble godkjent av Regional etisk komite (REK) i 2010 og prosjektendring ble godkjent av REK i 2015. Det er i tillegg godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og forskningsutvalget på lokalt nivå. Personopplysninger og datamateriale er oppbevart i henhold til Personopplysningsloven.

Resultater

Demografiske karakteristika

Av de 232 pasientene som fikk utdelt spørreskjema var det totalt 191 pasienter som svarte på spørreundersøkelsen, en svarprosent på 82,3 %. Tabell 1 viser at gjennomsnittsalderen på deltakerne var 62,5 år med en spredning fra 43 til 74 år. De fleste av de som ble operert var gift eller hadde samboer/partner (87,5%). Over halvparten hadde høyere utdanning (58,9 %) og var yrkesaktive (56,9%)

TABELL 1: Karakteristika ved utvalget (N=191)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Alder	43	74	62,49	6,097
Sivilstatus (N=176)		N	%	
Bor alene		22	12,5	
Bor med ektefelle/samboer/partner		154	87,5	
			100,0	
Utdanning (N=175)				
Ikke fullført videregående		27	15,4	
Videregående		45	25,7	
Høgskole/universitet		103	58,9	
			100,0	
Arbeid (N=174)				
I jobb		99	56,9	
Søker/sykmeldt/attføring		12	6,9	
Uføretrygdet		63	36,2	
			100,0	

Tilfredshet med informasjon

Tabell 2 viser resultatet på det overordnede spørsmålet om hvor fornøyde pasientene var med informasjonen de fikk før operasjonen. 50,5 % (verdi 5 på Likert skala) svarte at de var fornøyde mot 49,5% (verdiene 1-4 på Likert skala) som ikke var så fornøyd.

TABELL 2: Totalt- hvor fornøyd er du med informasjonen du har fått? N=190

	N	%
Ikke så fornøyd	94	49,5
Fornøyd	96	50,5
Total	190	100,0

Tilfredshet med informasjon etter pasientens karakteristika

I tabell 3 viser regresjonsanalysen at det var alder av de demografiske variablene som hadde en statistisk signifikant sammenheng med tilfredsheten med informasjonen, med en signifikansverdi på $p < ,001$. Odds ratio (OR) viser at tilfredsheten øker med alder. For pasienter som var ett år eldre var oddsen for å være tilfreds økt med en faktor på 1,122.

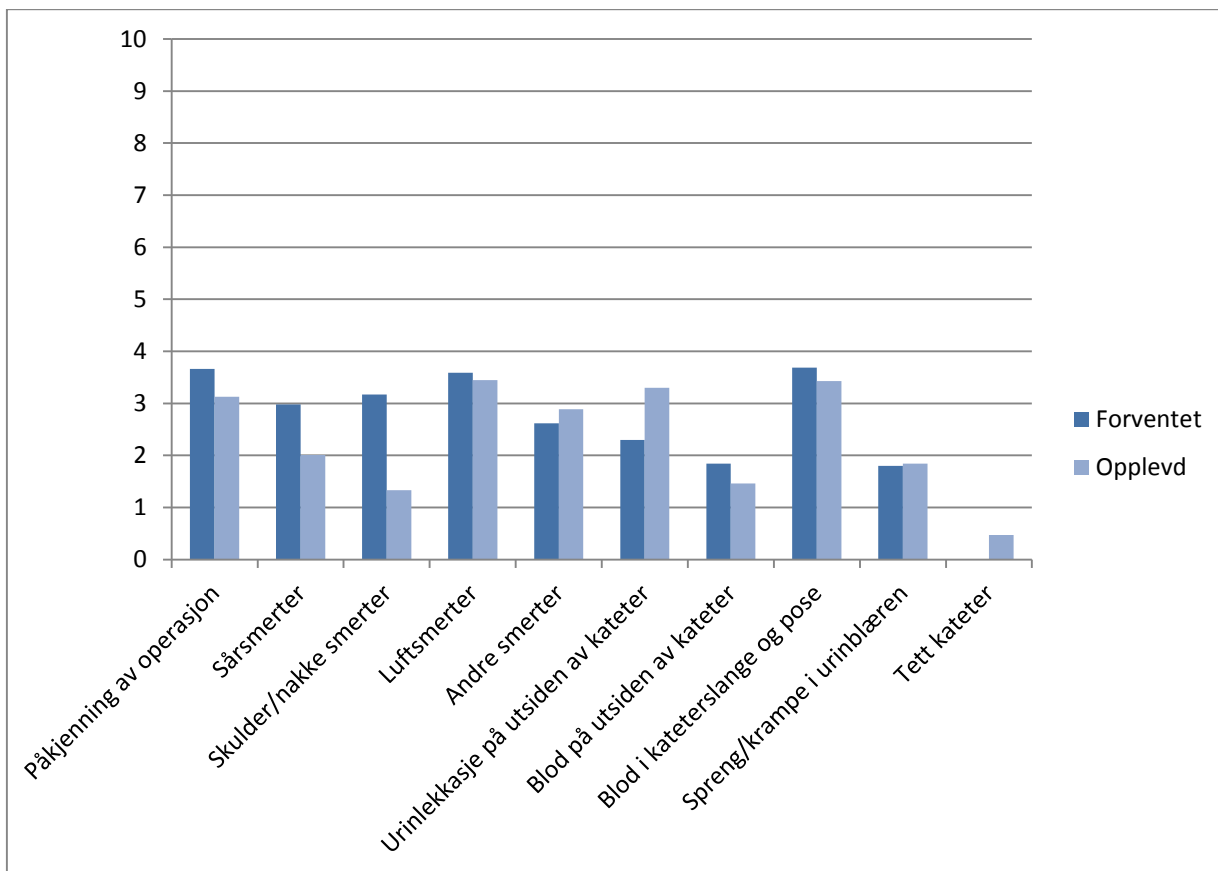
TABELL 3: Tilfredshet med informasjon etter alder, sivilstatus, utdanning og arbeid

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I for Exp(B)	
				Lower	Upper
Alder	,115	,001	1,122	1,049	1,200
Sivilstatus	,462	,343	1,588	,242	1,639
Ikke fullført videregående	-,511	,266	,600	,243	1,478
Fullført videregående	-,115	,761	,891	,423	1,875
Høgskole /universitet		,539			
I jobb	,689	,091	1,991	,895	4,429
Søker/sykemeldt/attføring	1,171	,112	3,225	,761	13,662
Uføretrygdet/pensjonist		,153			

Fritekstkommentarer fra spørreskjema

I et åpent kommentarfelt i spørreskjemaet kunne pasientene utdype hva de syntes om opplæringen og informasjonen som var gitt preoperativt. 68 pasienter kommenterte dette, og de fleste kommentarene var av positiv karakter. Mange beskriver informasjonen som realistisk, nyttig og god, og at den ble gitt med et klart og forståelig språk. Noen skrev at informasjonen hadde hatt en beroligende effekt i en situasjon preget av usikkerhet. Selv om mange virket fornøyd med informasjonen kommenterte noen at det var for mye informasjon på kort tid, og at den kunne vært mer individuelt tilpasset. Et tema som kom tydelig frem fra kommentarene var knyttet til kateter og kateterproblematikk. Her ønsket pasientene mer konkret og utdypende informasjon, og i tillegg økt oppfølging av dette i etterkant av operasjonen.

FIGUR 1: Forskjell i gjennomsnitt på pasientenes skåre (0-10) på hva de forventet å oppleve ut fra informasjon og hva de faktisk opplevde (N=187). Lavere tall betyr mindre plager.



Pasientrapporterte forventninger og opplevelser til ubehag /plager

Figur 1 viser at på de ni gruppene av spørsmål er det liten forskjell på gjennomsnittlig skåre mellom pasientenes forventninger til plager/ubehag ut fra informasjonen og hva de faktisk opplevde. Seks av søylene viser at de fleste forventningene til plager/ubehag er høyere enn hva de opplevde. I søylene andre smerter, urinlekkasje på utsiden av kateter og spreng/krampe i urinblæren var opplevelsen av plager verre enn forventet. Høyest skår på plager/ubehag var luftsmerter og blod i kateterslange og pose.

Tilfredshet med informasjon etter plager/ubehag

Tabell 4 viser resultatet av regresjonsanalysen som er utført for å undersøke om pasientenes opplevde plager/ubehag var verre enn de hadde forventet ut fra den preoperative informasjonen, og om det påvirket tilfredsheten med informasjonen. Det er sett på den gjennomsnittlige opplevde skåren minus den gjennomsnittlige forventede skåren på de ulike plagene/ubehaget. De uavhengige variablene er skåret 0= ingen/ikke i det hele tatt og 10= i svært stor grad. Analysen viser at det bare var luft smerter ($p=0,007$), og blod i kateterslange og pose ($p=0,050$) som hadde en signifikantverdi under 0,05. For de pasientene som var mer plaget enn forventet av luft smerter og blod i kateterslange og pose hadde lavere odds for å være tilfreds med informasjon. Oddsene for å være tilfreds hos de som hadde meldt om mer luft smerter enn forventet var 81%. Oddsene for å være tilfreds hos de som hadde meldt om mer blod i kateterslange enn forventet var 83%.

TABELL 4: Tilfredshet med informasjon etter plager/ubehag

	B	Sig.	Exp (B)	95% CI for	Exp(B)
				Lower	Upper
Påkjenning	-,036	,749	,965	,774	1,202
Sår smerter	,102	,324	1,108	,904	1,358
Skulder/nakkesmerter	,044	,520	1,045	,915	1,193
Luft smerter	-,208	,007	,812	,697	,945
Andre smerter	-,080	,253	,923	,805	1,059
Urinlekkasje på utsiden av kateter	-,083	,279	,920	,792	1,069
Blod på utsiden av kateter	-,058	,576	,943	,769	1,157
Blod i kateterslange og pose	-,184	,050	,832	,692	1,000
Spreng/krampe i urinblæren	-,056	,500	,945	,802	1,114

Diskusjon

Resultatet fra denne studien viser at totalt sett var 50,5% av pasientene fornøyd med informasjonen de hadde mottatt preoperativt. I likhet med andre studier (7, 8, 15, 16, 17) skårer de eldre pasientene i studien høyere på pasienttilfredshet enn de som er yngre. Utdanningsnivå kan også ha sammenheng med pasienttilfredshet (15, 18, 19), men det hadde ingen betydning i denne studien.

Studier har vist at pasienter har varierende behov for informasjon, men at behovet ofte ikke blir oppfylt (6). Ifølge Bjertnæs, Sjetne og Iversen (20) er oppfylte forventninger en signifikant faktor for tilfredshet. Derfor var det overraskende at selv om pasientene stort sett opplevde de plager/ubehag de ble forespeilet ut fra informasjonen var det 49,5% som ikke var så fornøyd, men her er «ganske fornøyd» også regnet som ikke fornøyd. En studie av Collins et al (21) viste at det kan være vanskelig for pasienter å skille mellom grader av tilfredshet på en Likert skala, og at de beskrev skille på ulike måter. For pasientene som var ganske fornøyd, kan det indikere at pasientene mente at informasjonen var god, men at de likevel syntes noe manglet eller kunne forbedres. Å tilfredsstille enkeltpasienters behov for informasjon kan være en utfordring da informasjonsbehovet er svært individuelt. En studie av Jaeger et al (22) konkluderer med at pasientene bør få en basis informasjon som er viktig for den aktuelle behandling, og at tilleggsinformasjon bør gis til de som har behov for det.

Analysen viser at pasientene med mer luft smerter og blod i kateterslange og pose enn forventet hadde signifikant lavere odds for å være tilfreds med forhåndsinformasjonen. Samtidig viser figur 1 at pasienter med luft smerter og blod i kateterslange og pose hadde mindre plager enn forventet ut fra forhåndsinformasjonen de hadde fått. Det er vanskelig å kunne si noe om hvorfor man får dette resultatet, men det kan ha sammenheng med at disse to plagene hadde den høyeste skåren når det gjaldt opplevd ubehag. Man kan tenke seg at pasientene ble overrasket over graden av luft smerter, og at det å se blod i kateterslangen og posen kan være nifst for mange å oppleve. I tillegg er det uvisst om pasientene klarer å skille mellom pasienttilfredshet i forhold til informasjon og ikke utfall. Man må trolig også ta i betraktning at pasienter med prostatakreft som venter på operasjon er engstelige, og at det kan påvirke hvordan de oppfatter informasjonen om hva de kan forvente i behandlingsforløpet (23).

Studien viser at pasienttilfredsheten med informasjonen er lite påvirket av de variablene som ble undersøkt i de kvantitative analysene, mens de kvalitative kommentarene inneholdt både positiv og negativ kritikk. Om informasjonen sier flere at: «viktig at det gis både skriftlig og muntlig informasjon», «faglig god og realistisk», og «man er i en situasjon preget av usikkerhet- desto mer setter man pris på veiledning/informasjon». Flere pasienter påpeker at informasjonen kan forbedres: «mye informasjon på kort tid», «jeg ønsket mer informasjon om urinlekkasje», «kateterproblematikken kunne vært mer utdypende», og «kunne vært litt mer om luft smerter i skuldre, tarm og hva som hjelper/egentrening». Dette samsvarer også med andre studier (7, 24) hvor pasientene skulle evaluere den skriftlige informasjonen etter utskriving.

Styrker og svakheter

Ettersom utarbeidelse av spørreskjema og datainnsamlingen ble utført av andre, har ikke forskeren hatt innflytelse på selve prosessen. Presentasjonen av data bør derfor tolkes med forsiktighet på grunn av studiens anvendelse av et selvutviklet spørreskjema, hvor validitet og reliabilitet ikke er systematisk undersøkt. Derimot kan tidsintervallet på utlevering av spørreundersøkelsen styrke reliabiliteten (25) og at den er utdelt til riktig tid i forhold til studiens hensikt viktig for den interne validiteten (26). Tidspunktet for når pasienter mottar en spørreundersøkelse viser seg å påvirke skåren på pasienttilfredshet (27) og hvor mye pasientene husker etter en hendelse (26). Jo kortere tidsintervallet er desto lettere er det for pasientene å huske hva som ble sagt og hva de opplevde (25). Denne variabelen kunne vært tatt med i betraktningen av resultatet, men allikevel viser en studie at pasienttilfredshetsdata ikke tolkes på samme måte uansett tidspunktet for datainnsamlingen (28).

Det som styrker studien er at det er samme person som har gitt den preoperative informasjonen, noe som betyr at alle pasientene skal ha fått tilsvarende lik informasjon. Studien har også en høy responsrate slik at resultatet kan være representativt for andre som skal opereres for prostatakreft. En studie av Riiskjær, Ammentorp og Kofoed (29) viser at ved å bruke åpne spørsmål i kvantitative studier kan pasientene tillegges en mer aktiv rolle ved å få uttrykke både sin positive og negative kritikk om sine opplevelser. I den grad kommentarene er av god kvalitet kan de gi verdifull informasjon som grunnlag i kvalitetsarbeid.

Konklusjon:

Studien viser at 50,5% av pasientene som var operert med RALP var fornøyd med den preoperative informasjonen. Studien har undersøkt om pasienttilfredshet med informasjon var påvirket av opplevde plager/ubehag mot forventet. For variablene luft smerter og blod kateterslange og pose ble det funnet en negativ påvirkning på pasienttilfredsheten med forhåndsinformasjon, for de som opplevde mer ubehag enn forventet. I tillegg skåret de høyest på opplevde plager/ubehag. Temaet om kateter, kateterproblematikk og luft smerter bør være et prioritert tema når det gjelder den preoperative informasjonen som gis.

Litteraturliste

1. **Kreftforeningen.** www.kreftforeningen.no (28.04.15).
2. **Milne JL, Spiers JA, Moore KN.** Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: a qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45(5):765-74.
3. **Starnes DN, Sims TW.** Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. *Urol Nurs.* 2006;26(2):129-36.
4. **Lovdata.** Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2.juli 1999; nr. 3-2. [Pasientrettighetsloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. (Nedlastet 28.04.15).
5. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2.juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (Nedlastet 28.04.15).
6. **Skalla KA, Bakitas M, Furstenberg CT, Ahles T, Henderson JV.** Patients' need for information about cancer therapy. *Oncol Nurs Forum.* 2004; 31(2):313-9.
7. **Davidson R, Mills ME.** Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005; 14(1):83-90.
8. **Iversen HH, Holmboe O, Dahle KA.** Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009. Institusjonsvise resultater. PasOpp-rapport nr. 2 – 2010. ISBN 978-82-8121-381-4 ISSN 1890-1565.
9. **Krupat E, Fancey M, Cleary PD.** Information and its impact on satisfaction among surgical patients. *Soc Sci Med.* 2000;51(12):1817-25.
10. **Nicolaisen M, Muller S, Patel HR, Hanssen TA.** Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. *J Clin Nurs.* 2014.
11. **Mischel MH, Beleya M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE, Robertson G, Mohler J.** Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. Nurse-delivered Pshycoeducational intervention over the phone. *American Cancer Society.* 2002
12. **Walker JA.** What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *Br J Nurs* 2007; 16(1):27-32.
13. **Gray RE, Fitch MI, Philliphs C, Labreque M, Klotz L.** Presurgery experiences of prostate cancer and their spouses. *Cancer Practice.* 1999; 7(3).
14. **Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L.** Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2006;10(4):263-72.

15. **Shirley ED, Sanders JO.** Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95(10):e69.
16. **Chow A, Mayer EK, Darzi AW, Athanasiou T.** Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 146. 2009;(3):435-43.
17. **Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F.** Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 2002;54(4):493-504.
18. **Lis GC, Rodeghier M, Gupta D.** Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient preference and Adherence* 2009;3:287-304.
19. **Lian OS, Wilsgaard T.** Pasienttilfredshet- et godt kvalitetsmål?. *Tidsskrift for Velferdsforskning.* 2005;8(1):19-33.
20. **Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH.** Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety.* 2012;21(1):39-46.
21. **Collins K, O’Cathain A.** The continuum of patient satisfaction—from satisfied to very satisfied. *Soc Sci Med.* 2003;57(12):2465-70.
22. **Jaeger J, Weißbach L, Pfaff H, Ernstmann N.** Localized prostata cancer patients' information in urology outpatient practice - result of a Nationwide study in Germany. *Journal of Cancer Therapy.* 2013; 4: 3-10.
23. **Watts S, Leydon G, Birch B, Prescott P, Lai L, Eardley S.** Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ open.* 2014;4(3):e003901.
24. **Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M.** Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *J Clin Nurs.* 2005;14(7):883-90.
25. **Haugen R, Lund T.** *Forskningsprosessen.* Unipub forlag. 2006.
26. **Stull DE, Leidy NK, Parasuraman B, Chassany O.** Optimal recall periods for patient-reported outcomes: challenges and potential solutions. *Curr Med Res Opin.* 2009;25(4):929-42.
27. **Stevens M, Reininga IHF, Boss NAD, van Horn JR.** Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient Educ Couns.* 2006;60(2):241-5.
28. **Brédart A, Razavi D, Robertson C, Brignone S, Fonzo D, Petit J-Y.** Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient Educ Couns.* 2002;46(2):131-6.
29. **Riiskjær E, Ammentorp J, Kofoed P-E.** Er otte ud af ti patienter tilfredse? – Om forståelse af patientkritik og anvendelse af åbne spørgsmål. *Nordisk Sygeplejeforskning.* 2011;1(02).

Vedlegg 1

Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer fom 14.03.2014 på internett i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis. Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPDET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av

vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften **Skrivetips**. Artiklene struktureres etter **IMRAD-prinsippet**. For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

STOBE (ulike kvantitative studier)

COREQ (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

CONSORT (randomiserte studier)

COSMIN (utvikling av måleinstrumenter)

TREND (ikke-randomiserte forsøk)

PRISMA (SF) og **Reinar og Jamtvedt 2010** (kunnskapsoppssummeringer)

QUADAS 2 (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn). Det engelske sammendraget skal være en direkteoversettning av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut). Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier.

(Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt).

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker *kvantitativ metode* får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av

[CONSORT-gruppen](#)

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsending lenker manuskriphåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.

6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).

7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følgerevurdering til redaktør

Følgerevurderingen kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier: Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell? Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil? Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfelleevaluering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige

intellektuelle bidrag.

3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:
Sykepleien Forskning
P.O. Box 456, Sentrum
0104 Oslo

Vedlegg 2



Region:

REK sør-øst

Saksbehandler:

Ingrid Dønåsen

Telefon:

22845523

Vår dato:

12.03.2015

Vår referanse:

2010/254

REK sør-øst D

Deres dato:

24.02.2015

Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Lars Magne Eri

Oslo universitetssykehus HF

2010/254 Pasientinformasjon ved behandling for lokalisert prostatakraft

Forskningsansvarlig: Oslo universitetssykehus HF

Prosjektleder: Lars Magne Eri

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 24.02.2015 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst D på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringene innebærer:

- Tillegg av en ny kontaktperson ved forskningsansvarlig institusjon, Oslo universitetssykehus HF: Monica Skoglund Bratlie.
- Forlengelse av prosjektperioden til 01.06.2015.
- Tre prosjektmedarbeidere utgår.
- To nye prosjektmedarbeidere: Monica Skoglund Bratlie og Margrete Berntsen.
- Ny prosjektmedarbeider skal bruke allerede innsamlet materiale til en masteroppgave.

Vurdering

REK har vurdert endringssøknaden og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jfr. helseforskningsloven § 11, annet ledd.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondanse

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Ingrid Dønåsen Førstekonsulent

Kopi til: moskog@ous-hf.no; ARFRED@ous-hf.no

Oslo universitetssykehus HF ved øverste administrative ledelse: oushfdlgodkjenning@ous-hf.no

Vedlegg 3



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr. med. Lars Magne Eri
Oslo urologiske universitetsklinikk (WU)
Oslo US, avd. Aker
Trondheimsveien 235 NO-0318 Oslo 0514 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)
Postboks 1 130 Blindern

Telefon: 22 85 05 93 Telefaks: 22
85 05 90

Dato: 28.01.10

Deres ref.:

Vår ref.: S-09071d, 2009/1 2010/254 ,

E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Pasientinformasjon ved behandling for lokalisert prostatakreft

Vi viser til svar på merknader av 23.11.09, mottatt 15.01.10, for det ovenfor nevnte forskningsprosjekt.

Prosjektleder er dr. med. Lars Magne Eri.

Forskningsansvarlig er Oslo universitetssykehus, avd. Aker ved øverste administrative leder, jf. helseforskningsloven § 6.

Vedtak:

Komiteen har vurdert søknaden med svar på merknader og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, svar på merknader, protokollen og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at dette gøres.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvem og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norskelsenett.no/informasiosikkerhet/bransienormen/Personvem%200g%20in>

formasjonssikkerh Oforskningsprosjekter%20v I. Pdf. Prosjektet skal sende sluttmelding til REK, jf. helseforskningsloven § 12.

Med vennlig hilsen

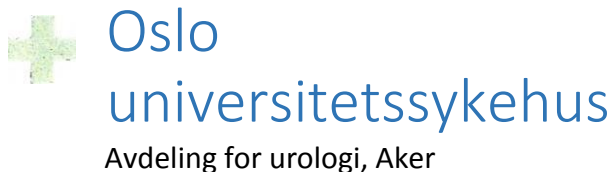
Stein A.
Evensen (sign.)
professor
dr.med. leder

Ingrid Middelthon
seniorrådgiver

Kopi:

- Oslo universitetssykehus, v/adm. dir Siri Hatlen
- Mona Steen, Kreftforeningen, Tullins gate 2, 0166 Oslo.
Mona.steen@kreftforeningen.no

Vedlegg 4



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Pasientinformasjon og pasienterfaringer i forbindelse med behandling for lokalisert prostatakraft"

Bakgrunn og hensikt

Du er operert for prostatakraft ved Oslo Universitetssykehus, Aker og har tidligere samtykket til å delta i "Register og biobank for urologiske sykdommer" (Urologiregisteret). Dette er et spørsmål til deg om å delta i en delstudie i dette forskningsprosjektet. Vi ønsker å få belyst hvilken informasjon du fikk før operasjon ble valgt som behandling. Vi ønsker også å evaluere om informasjonen du fikk før operasjonen er i samsvar med det du har opplevd etterpå. Oslo universitetssykehus er ansvarlig for studien.

Hva innebærer studien?

To spørreskjemaer fylles ut og returneres i frankert svarkonvolutt. Du får det første skjemaet utlevert i forbindelse med kateterfjerningen. Det andre blir sendt deg i posten med vedlagt frankert svarkonvolutt 6 måneder etter operasjonen. Relevante opplysninger som er innsamlet i Urologiregisteret vil bli benyttet i studien.

Mulige fordeler og ulemper

Vi ønsker å få mer informasjon om i hvilken grad kateteret er plagsomt. Vi vil bruke informasjonen til å forbedre vår kunnskap for dermed å kunne gi enda bedre og mer eksakt informasjon om hva dette innebærer for pasientene. Vi vil også prøve å få frem om det er mangler i den generelle informasjonen vi gir om mulige behandlingsalternativer for lokalisert prostatakraft. Det vil ta noen minutter å fylle ut skjemaet.

Hva skjer med informasjonen du gir?

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er avidentifisert. Informasjonen blir koblet opp mot vårt register for pasienter operert for prostatakraft ved Oslo Universitetssykehus, Avdeling for urologi, Aker. Opplysningene blir slettet etter 15 år, dvs. i 2025. Det er kun autorisert personell knyttet

til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle som arbeider med prosjektet har taushetsplikt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på baksiden av dette arket og sender det inn sammen med det utfylte spørreskjemaet. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte uroterapeut Arnhild Fredriksen telefon 22894053.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Studien er finansiert av Oslo Universitetssykehus, Avdeling for urologi, Aker og Kreftforeningen.

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Dersom du ønsker å få tilsendt dette, vær vennlig å sett inn din adresse.

Samtykke til deltakelse i studien

"Pasientinformasjon og pasienterfaringer i forbindelse med behandling for lokalisert prostatakraft"

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av pasient, dato)

(Navn i trykte bokstaver)

Innholdsfortegnelse

Del 2: Refleksjonsoppgave (s. 30-55)

6. Innledning	30
6.1.Hensikt	31
7. Metode	32
8. Begrepsavklaringer	33
3.1 Kvalitet.....	33
3.2 Kvalitetsindikatorer.....	34
9. Hva sier litteraturen?	37
4.1 Pasienttilfredshet	37
4.2 Utfordringer med måling av pasienttilfredshet	38
4.3 Faktorer som påvirker pasienttilfredshet	40
10.Diskusjon	44
5.1 Relevans for praksis.....	44
5.2 Validitet og reliabilitet	47
5.3 Anvendbarhet og gjennomførbarhet	48
6. Konklusjon	51
7. Referanseliste	52

1 Innledning

Å tilby pasienter tjenester av god kvalitet er et overordnet mål for helsetjenesten. Våre helsetjenester er blant de beste i verden og i sammenlikning med andre land kommer det norske helsevesen godt ut når det gjelder kvalitet på tjenester (Helse og omsorgsdepartementet [HOD], 2012). For å fortsette å videreutvikle det norske helsevesenet må man jobbe med kontinuerlig forbedringsarbeid. Nasjonale føringer, strategier, lover og forskrifter skal involvere pasientenes medvirkning og innflytelse i tjenester som de mottar. Brukermedvirkning er blitt en rettighet som er nedfelt i lovverket og med brukerperspektivet i sentrum vektlegges det å utarbeide tjenester etter deres behov og ønsker, og kvaliteten på tjenestene skal utformes etter systematiske evalueringer (Lian og Wilsgaard, 2005). Det er ikke lenger spørsmål om dette skal utføres, men en forventning myndighetene har til helseforetakene.

Pasienter i dag er bedre utdannet, mer bevisste og krever helsetjenester av høyt nivå (Pantouvakis og Bouranta, 2014). Når det er nødvendig for pasienter å benytte seg av helsetjenester er det rimelig at de vil søke den beste som er. Med fokus på at pasientene skal oppleve god kvalitet på tjenestene, og lovgivningens styrke av brukermedvirkning, er det blitt mer og mer vanlig å bruke pasienterfaringer i kvalitetsarbeid. Bruk av pasienttilfredshet som indikator i dette arbeidet er blitt mer fremtredende i evalueringer av våre helsetjenester de siste tiårene, og blir regnet som en viktig faktor for hva som er god kvalitet på sykehus (Jayadevappa, Schwartz, Chhatre, Wein, Malkowicz, 2010). Dette skyldes en stigende oppdeling av helsevesenets organisering, økt press på økonomisk effektivitet og at pasienter i økende grad skal møtes med forventninger om å inneha en mer aktiv rolle i egen helsetilstand (Riiskjær, Ammentorp og Kofoed, 2011).

Selv om pasienttilfredshet kun er basert på subjektive evalueringer fra pasientene blir det sett på som det ultimate endepunktet både for hva som er viktig for de, og i vurderingen om helsepersonell leverer tjenester av god kvalitet (Chow, Mayer og Darzi, 2009). Det påpekes også at det er viktig å overvåke pasientenes tilfredshet både i kvalitetssikring av helsetjenester og i evalueringer av behandling, fordi pasienttilfredshet kan påvirke behandlingsresultatet (Crow et al, 2002).

Det finnes en rekke tilgjengelige måleinstrumenter på pasienttilfredshet i litteraturen, men med

varierende teoretisk formulering (Urden, 2002). I hovedsak utpeker det seg to tilnæringer i å evaluere pasienttilfredshet på; kvalitative og kvantitative metoder. I de kvalitative metodene kan pasientene rapportere sine egne erfaringer og opplevelser, mens i de kvantitative kan pasienttilfredshet for eksempel måles indirekte ved å be pasientene gradere helsetjenester de har mottatt (Crow et al, 2002). Hver metode har sine fordeler og ulemper, og det er viktig å tenke over hvilken tilnærming som er best egnet for det som skal undersøkes eller om man skal kombinere begge metodene (Urden, 2002). Litteraturen vektlegger flere utfordringer som kan oppstå både i forhold til pasientenes individuelle synspunkter og hvilke målemetoder som blir benyttet. Studier på pasienttilfredshet har blitt kritisert for å ha fremstilt bare en liten del av pasientenes synspunkt. I tillegg er konklusjonene i disse studiene ofte basert på svake metodologiske strategier (Bjørngaard, Ruud, Garratt og Hatling, 2007). Videre fant de at det var større variasjon på pasientenes tilfredshet enn det var på avdelinger, og at pasienttilfredshet som enkeltfaktor i liten grad kan brukes som en kvalitetsindikator på organisasjonskvalitet.

1.1 Hensikt

Tanker jeg har gjort meg i arbeidet med egen studie der jeg har skrevet en kvantitativ artikkel om pasienttilfredshet med informasjon etter radikal prostatektomi, er hvilken informasjon vi får når vi spør pasientene hvor tilfredse de er, og i hvilken grad vi kan bruke pasienttilfredshetsdata i kvalitetsarbeid. Hensikten med oppgaven er å reflektere over de metodologiske overveielsene sett i lys av studiens tema. Ut fra vitenskapsgrunnet og empiriske data fra eget studie vil jeg diskutere følgende spørsmål:

1. I hvilken grad kan pasienttilfredshet vektlegges som kvalitetsindikator i kvalitetsforbedringsarbeid?
 - a. Hva er viktige faktorer som påvirker pasienttilfredshet som et kvalitetsmål?
 - b. Kan pasienter gi valid og pålitelig informasjon for å måle kvalitet?

Jeg vil først belyse viktige begreper som danner grunnlaget for oppgaven. Deretter vil jeg diskutere pasienttilfredshet opp mot de kriteriene som en kvalitetsindikator bør inneholde. Jeg velger å fokusere på pasienttilfredshet relatert til spesialisthelsetjenesten og pasienterfaringsundersøkelser.

2 Metode

Det er utført en litteraturgjennomgang av relevante artikler for å belyse temaet. Med fokus på pasienttilfredshet, kvalitet i helsevesenet, kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring som skulle danne grunnlag for oppgaven, ble det utført et systematisk litteratursøk via databasene: PubMed og Helsebiblioteket. Litteratursøket ble utført i juni 2015 i samarbeid med bibliotekar. Det ble søkt på litteratur fra tidsrommet 2000 – 2015. I tillegg er relevant litteratur tatt med gjennom litteraturhenvisninger fra artikler som er lest. Følgende engelske søkeord ble brukt: Patient satisfaction, health care, quality indicators, quality improvement, reproducibility of results, Danish, English, Norwegian and Swedish.

3 Begrepsavklaringer

3.1 Kvalitet

Kvalitet er et viktig begrep, men et begrep som kan være vanskelig å definere. Det finnes ulike definisjoner på begrepet, fordi det kan beskrives ut fra den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. En enkel måte å definere kvalitet på er:

«Kvalitet er evnen til å tilfredsstille kundens eller brukerens krav og forventninger».

(Gundersen og Halbo, 2014)

Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet på følgende måte:

«i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»

(HOD, 2012)

Det grunnleggende poenget i denne definisjonen er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. For pasientens opplevelse av kvalitet er det ikke bare hvilken tjeneste som leveres som har betydning, men også hvilke krav og forventninger de har til tjenesten (HOD, 2012).

Institute of Medicine (IOM) har en mer utfyllende definisjon av kvalitet. Oversatt til norsk lyder den følgende:

«I hvilken grad helsetjenester for individer og grupper øker sannsynligheten for ønsket helseeffekt og er i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.»

(Wachter, 2012, s. 33).

Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er verdiladet og subjektivt på samme tid, og ulike elementer kan ofte komme i konflikt med hverandre. Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike

behandlingsmuligheter. Ofte vil det være mangelfull kunnskap om flere av elementene som inngår i kvalitetsbegrepet. Dette gjør at kvalitet er vanskelig å måle.

(HOD, 2012, kap. 1.4. s.11)

Hva er god kvalitet? I følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005) forutsetter god kvalitet at pasientenes synspunkter og erfaringer er med å påvirke tjenestene, og at pasientene blir respektert. Strategien fremhever seks dimensjoner som skal kjennetegne tjenester av god kvalitet ved at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle
- Være trygge og sikre
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelige og rettferdig fordelt

3.2 Kvalitetsindikator

Helsedirektoratet har følgende definisjon på kvalitetsindikatorer:

«En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles»

(Kunnskapssenteret, 2015).

Med andre ord er en indikator et tiltak som vurderer en bestemt helsehjelp, prosess eller et utfall, og et verktøy for å frembringe en kvantitativ måling av kvaliteten på helsetjenester (Mainz, 2003). Formålet med kvalitetsindikatorer er forskjellig, og hva de brukes til prioriteres ulikt. For helsepersonell kan de fungere som støtte i virksomhetsstyring og i kvalitetsforbedring, men også for å sammenlikne tjenestenes faglige standard og hvilke resultater som er oppnådd (Rygh og Saunes, 2008). National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) refererer til at noen kliniske kvalitetsmål produserer mindre gyldige resultater enn andre mål og gyldigheten av

resultatene avhenger av hvordan målingen er bygget og om det løser det formålet som er valgt av bruker. For eksempel vil mange av de nasjonale kvalitetsindikatorene, men også de regionale, ikke være relevant for en spesifikk sykehusavdeling (Kunnskapssenteret, 2015). I følge Mainz (2003) er det best å velge indikatorer som støttes av bevis som indikerer at de reflekterer prosessen og resultatet som blir vurdert. Hvis ingen forskningsbevis er tilgjengelig, kan indikatorer velges på bakgrunn av enighet blant helsepersonell. Den enkelte sykehusavdeling bør derfor lage sine egne indikatorer for å måle de kliniske kvalitetsmål avdelingen har satt seg. I rapporten «Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten» (Rygh og Saunes, 2008) påpekes det at hvis en kvalitetsindikator skal være troverdig og nyttig for en målgruppe må de være gyldige, pålitelige, anvendbare og gjennomførbare. NQMC har kommet frem til følgende tre hovedkriterier som kjennetegner gode kvalitetsindikatorer:

1. Betydning (helsepolitisk, økonomisk, kunne påvirkes av behandler/system)
2. Vitenskapelig holdbar (høy grad av validitet, reliabilitet, tydelig vitenskapelig grunnlag)
3. Gjennomførbarhet (tilgjengelighet, sammenliknbarhet av data, kostnader, datainnhenting)

Det nasjonale systemet i kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten ble innført i 2003. I 2006 ble det registrert 21 indikatorer for somatikk og psykiatri, som blant annet pasienterfaringsundersøkelser (Rygh og Saunes, 2008). Hensikten med dette indikatorsystemet er at det skal inneholde indikatorer som reflekterer resultater som helsetjenesten oppnår, og hvordan de oppleves av pasientene. En av indikatorene som er utviklet er *Pasienterfaringer fra somatiske sykehus*. Dette er i tråd med hva som defineres som god kvalitet på tjenester, *involvere brukere*, i «Kvalitetsstrategien...Og bedre skal det bli» (Helsedirektoratet, 2005)

I denne sammenheng er bruk av kvalitetsindikatorer en viktig faktor for å anvende pasientenes evalueringer i praksis. Flere studier (Sitzia og Wood, 1997, Bjertnæs, Sjetne og Iversen, 2012) refererer til Donabedians modell for kvalitetsmåling som en av de mest populære modellene i evalueringer av kvaliteten på helsetjenester. Donabedian trakk frem struktur, prosess og resultat/utfall som grunnleggende evalueringskriterier.

1. Struktur handler om forutsetninger for å yte en god helsetjeneste. Dette er for eksempel helsesystemets kapasitet, oppbygning og organisering, personalets kompetanse og sikkert utstyr.
2. Prosess viser til handlinger som fører til god helsetjeneste. Dette kan være relasjoner mellom utøver-pasient som for eksempel forebygging, diagnostisering og behandlingstiltak.
3. Resultat/utfall har fokus på helsemessige faktorer hos pasienten som prosessen medfører som for eksempel symptomer, livskvalitet, funksjon eller overlevelse.
(Rygh og Saunes, 2008).

I Donabedian's modell kan pasienttilfredshet defineres som et pasientrapportert resultatmål sammen med endringer i helse, kunnskap og atferd (Bjertnæs al, 2012). Et resultatmål har ofte en betydelig relevans da det gir direkte uttrykk for hvordan det går med pasientene, enten fra et klinisk eller pasientopplevd perspektiv (Rygh og Saunes, 2008).

4 Hva sier litteraturen?

4.1 Pasienttilfredshet

Interessen i pasientenes syn på helsevesenet utviklet seg sammen med den sosiologiske interessen for mellommenneskelige relasjoner, og ga derved opphav til studier om forholdet mellom utøverbasert pasient (Sitzia, 1999). Studiene som ble utført viste at dette var viktig for å forstå pasientens syn på helsetjenester. Etterhvert ble det også større press på helsepersonell i å innhente synspunkter fra pasientene i disse prosessene, for å sikre og forbedre kvaliteten på tjenestene (Sitzia, 1999).

Tradisjonelt sett har den viktigste måten man har søkt pasientenes syn på i helsevesenet, vært gjennom måling av betegnelsen «pasienttilfredshet» (Coulter, Fitzpatrick, og Cornwell 2009). Tilfredshet blir fremstilt som et bredt og ofte dårlig definert begrep, som er blitt målt på mange ulike måter. Til tross for denne kompleksiteten antydes det allikevel en felles forståelse av hva begrepet inneholder. I litteraturen blir pasienttilfredshet beskrevet på ulike måter, men pasientens kognitive evaluering og følelsesmessige reaksjon på helsetjenester de har mottatt blir fremhevet som viktige faktorer. I denne oppfatningen ligger også pasientens individuelle evaluering av ulike dimensjoner ved helsevesenet (Shirley og Sanders, 2013), men det er ingen enighet om nøyaktig hvilke domener som bør inkluderes i evalueringene eller hva som er de viktigste.

En av definisjonene på pasienttilfredshet er:

«Pasienttilfredshet er pasientens personlige preferanser, forventninger og vurdering av kvalitet på tjenesten» (Coulter et al, 2009).

Pasienttilfredshet forklares som et subjektivt mål som settes i sammenheng med pasientenes individuelle forventninger (Iversen, Holmboe og Dahle, 2009). I helsevesenet vurderes pasienttilfredshet som i hvilken grad en pasient føler han har mottatt helsetjenester av høy kvalitet, og at den viktigste årsaken for å oppnå dette er å innhente pasientenes erfaringer og oppfylle deres forventninger (Bjertnæs et al, 2012).

Helsevesenet bruker pasienttilfredshet på ulike måter. Pasienttilfredshet er ofte håndtert som et effektmål, det vil si om pasientene er tilfredse med helsetilstanden etter en behandling, eller som et mål på selve prosessen for å måle hvor tilfredse pasientene er med måten omsorg ble levert på (Coulter et al, 2009). Noen forskere argumenterer for at pasienttilfredshet i seg selv er et utfall, og er verdt å måle (Jackson, Chamberlin og Kroenke, 2001). Pasienttilfredshet er ikke et lett begrep å forstå. Draper, Cohen og Buchan (2001) refererer til at tilfredshet hos pasienten ikke er noe forhåndsdefinert som venter på å bli målt, men at det er en beslutning som formes mens pasientene reflekterer over sine opplevelser. Videre mener de at disse beslutningene kan bli påvirket av både interne og eksterne faktorer, samt den tilleggsinformasjonen og opplevelsene de kan få som følge av et sykehusopphold.

4.2 **Utfordringer ved måling av pasienttilfredshet**

Hensikten med å måle pasienttilfredshet er å dokumenterer pasientens vurdering eller reaksjon på ulike dimensjoner ved tjenestetilbudet de har mottatt. Et slikt mål kan gi informasjon om forholdet mellom pasientens forventninger og erfaringer med en behandling, samtidig som det kan ta med pasientens synspunkter i behandlingsprosessen og evalueringen av utfallet (Korolija, Wood-Dauphinee og Pointer, 2007). Det er flere metoder som kan brukes for å undersøke pasienttilfredshet. Hvilken metode man velger for å måle tilfredshet på avhenger blant annet av praktiske hensyn, årsaken til studien, konteksten, ressurser og karakteristika ved pasientgruppen (Crow et al, 2002). Den mest vanlige formen er spørreundersøkelser. Spørreundersøkelser vil gi en mer nøyaktig måte å måle den faktiske pasientopplevelsen på. Pasientene får samme spørsmål, i samme rekkefølge og svarformat. Denne strukturen vil sikre sammenligning slik at intern og ekstern benchmarking kan bli utført (Urden, 2002). Den kvantitative metoden går for å gi et mer representativt utvalg av befolkningen på grunn av dens mulighet til å nå ut til større grupper av pasienter (Esperidiã og Bomfim, 2005). For å unngå overdrivelse av pasienttilfredshet bør man bruke undersøkelser med både åpne og lukkede svar (Riiskjær et al, 2011). I de lukkede svarene kan man oppleve høy rangering, mens i de åpne kan pasientene legge til kommentarer, positiv eller negativ kritikk, begrensninger og anbefalinger.

Til tross for kritikken som er forbundet med pasienttilfredshet, tvinger det seg frem en begrepsmodell som styrker anvendelsen av pasienttilfredshet som en kvalitetsindikator i helsevesenet. En studie av Mpinga og Chastonay (2011) konkluderte med at pasienttilfredshet kan være en egnet indikator da den defineres som subjektiv, representerer pasientens stemme og reflekterer pasientens opplevelse med helsevesenet. På den måten kan den også bringe frem den psykologiske dimensjonen i vurderingen av kvalitet. Samtidig blir pasienttilfredshet ofte brukt som en indikator for å evaluere helsepersonell og systemers ytelse og effektivitet. I denne sammenhengen kan den være en verdifull indikator for helsepersonell da den kan bidra til utarbeiding av bedre strategier og prosedyrer, samt å prioritere opplæring og ressursfordeling.

Helsepersonell har målt pasienttilfredshet i mange år, men effekten av det har vært begrenset (Coulter et al, 2009). Det kan være flere grunner til dette. En av utfordringene med å analysere spørreundersøkelser er at de fleste undersøkelsene ikke forsøker å bestemme hvilke aspekter av deres helsevesen som pasienter setter mest pris på, og hva deres prioriteringer for endring er. (Draper et al, 2001). Når pasientsvarene ofte er knyttet opp mot oppfylte forventninger og personlige meninger mer enn hva som faktiske skjedde og hva som evt. kunne vært gjort bedre, er det vanskelig å vite hva som faktisk kan forbedres. I tillegg er målsetningen med undersøkelsene ofte uklare og lite forankret i organisasjonen. Det er gjerne myndighetene som stimulerer til mer pasienttilbakemeldinger og de forventer større åpenhet om kvaliteten på helsetjenester. Dette skaper utfordringer for helsepersonell til å utvikle bedre mål for kvaliteten på pleien, bedre rapportering og tolkning av informasjon på kvalitet, og effektivt bruk av tilgjengelige verktøy for å sikre at informasjonen blir benyttet til å forbedre tjenestene (Draper et al, 2001). Studier viser at helsepersonell og pasienter evaluerer kvalitet på forskjellige måter. Helsepersonell baserer sin evaluering på kliniske resultater, økonomi, funksjonsstatus og andre liknende mål. Pasienter legger mer vekt på at de blir behandlet med respekt, kontinuitet og velvære og da først og fremst smertelindring (Oermann, Dillon og Templin, 2000).

Crow et al (2002) viser til fire utfordringer når det gjelder måling av pasienttilfredshet. For det første mener de at evalueringene ofte er basert på personlig og subjektive meninger. De reflekterer mer pasientens nåværende situasjon og bakgrunn mer enn objektive målinger. For det andre påvirkes det av pasientens kunnskaper og tidligere erfaringer. Jo, mindre man vet, jo

mindre forventinger har man, jo lettere er det å bli fornøyd. Det er altså viktig å forstå på hvilket grunnlag de evaluerer for at tilbakemeldingen kan være nyttig i et forbedringsarbeid. For det tredje bør man skille mellom tilfredshet/utilfredshet med service og behandlingsresultat. For det fjerde kan en negativ tilbakemelding på en tjeneste de selv har valgt være delvis selvmotsigende. Når man selv har valgt en tjeneste kan noen rettferdiggjøre valget ved å gi bedre tilbakemeldinger. Dette er nok et mindre problem i Norge da dette bare gjelder planlagte behandlinger. En annen studie av Henderson, Caplan og Daniel (2004) viser mange av de samme utfordringene. Pasienter vektlegger ulike dimensjoner på hva som er viktig for at de skal bli fornøyd med et sykehusopphold. Dette er en av utfordringene når man spør pasientene hvor fornøyd de er da pasienter har ulike oppfatninger og erfaringer. For eksempel kan en person være opptatt av å bli tatt med i råd, men en annen helst vil at legen skal ta avgjørelsen.

Det er altså mange faktorer som påvirker tilbakemeldingen og det er derfor viktig å være klar over disse da man utvikler og analyserer pasienttilfredshetsdata.

4.3 Faktorer som påvirker pasienttilfredshet

Ved å bruke pasienttilfredshet som indikator er det først og fremst viktig å forstå hva pasienttilfredshet er. Derfor har flere studier undersøkt hvilke faktorer som kan påvirke pasientenes tilfredshet. Utfordringen ved å undersøke begrepet er at det baserer seg på pasientenes refleksjon på virkelige opplevelser, og at alle opplevelser er forskjellige. For eksempel viser studier at eldre er generelt mer fornøyd enn yngre selv om resultatet forblir likt (Jaipaul og Rosenthal, 2003, Crow et al, 2002) og at det er flere faktorer enn behandlingen som er avgjørende om pasienten blir tilfreds. Flere studier viser at det er pasientens personlige kritiske legning, utdannelse, lønnsnivå og helsestatus har stor betydning for hvordan de evaluerer helsevesenet. Pasientens erfaringer og evaluering henger altså ikke nødvendigvis sammen. Det finnes ulike teorier om hva det er vi «måler» når vi spør pasientene om hvor tilfredse de med helsetjenestene, og hva som kan forklare variasjoner i grad av tilfredshet. Man kan tenke seg tre hovedteorier om pasienttilfredshet. I følge den pasientorienterte teorien er graden av tilfredshets ikke er et uttrykk

for kvaliteten på tjenesten, men at det er noe ved pasienten selv. Det kan være snakk om psykologiske, sosiale og økonomiske og helsemessige faktorer (Lian og Wilsgaard, 2005). Det er allikevel ikke alltid en klar sammenheng mellom disse faktorene og tilfredshet. Mitt eget studie viste at bare alder ga en signifikans på tilfredshet, mens sivilstatus, utdanning og arbeid ikke hadde noe betydning (Bratlie, 2015). En metaanalyse av 110 studier viste at sosiodemografiske karakteristika (alder, etnisk tilhørighet, kjønn, inntekt, utdanning, sivil status og lignende) hadde liten påvirkning på pasienttilfredshet, men at høy alder og lav utdanning kunne være assosiert med høy grad av tilfredshet. (Lian og Wilsgaard, 2005). En annen tilnærming er den relasjonelle teorien. Her er det snakk om faktorer som knytter seg opp mot to aktører, bruker/pasient og lege/helsepersonell. Antagelsen her er at pasientens tilfredshet er et resultat av samhandlingen mellom pasient og den profesjonelle. Det kan være tidsbruk, kommunikasjon, kontinuitet etc. Den siste teorien, den strukturorienterte, ser på sammenhenger mellom formelle systemer og strukturer som organisering og finansiering, og pasienttilfredshet.

En annen måte å strukturere og identifisere faktorer som påvirker pasienttilfredshet er utarbeidet i en systematisk oversiktsartikkel fra Crow et al (2002). De gjennomgikk 31 studier i forhold til helsestatus og pasienttilfredshet og det ble det funnet lavere pasienttilfredshet hos de som hadde lav helsestatus, redusert funksjonsnivå, lav livskvalitet og psykisk stressnivå. De beskriver fire tilnærminger for å identifisere hvilke faktorer som bidrar til pasienttilfredshet med helsevesenet. Disse tilnærmingene er:

1. Pasientens forventninger
2. Helsevesenets serviceegenskaper
3. Økonomi
4. Helhetlig tilnærming

Den forventningsbaserte tilnærmingen fokuserer på sammenhengen mellom pasientens forventninger, oppfattede opplevelser og pasienttilfredshet. Fra eget studie undersøkte jeg om forventninger påvirket tilfredsheten med informasjon. Jeg fant at for de pasientene som var mer plaget enn forventet av luft smerter og blod i kateterslange og pose, hadde lavere odds for å være tilfreds med informasjonen. Både luft smerter og blod i kateterslangen og pose skåret høyt som post operative plager/ubehag. Var det nivået på ubehaget som ga utslag eller var det selve informasjonen som var for dårlig? Mye kan tyde på at det første da alle pasientene hadde fått

tilnærmet lik informasjon og av samme person. Det er altså vanskelig å vite om pasienten klarer å skille mellom pasienttilfredshet i forhold til informasjon og utfall. Lian og Wilsgaard (2005) utførte to studier i 2000 og 2003 som omhandlet pasientopplevd kvalitet i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen, og hvor hensikten med studiene var å identifisere hvilke faktorer som var sterkest assosiert med tilfredshet. «Uinnfridde forventninger syntes å være av stor betydning for pasientenes tilfredshet. Trenden var stek og entydig, og gikk på tvers av alle kvalitetsdimensjoner» (Lian og Wilsgaard, 2005, s.29). Det store spørsmålet er om denne bristen på forventninger er uttrykk på kvalitetsforbedringspotensial eller om det handler om urealistiske forventninger?

Helsevesenets serviceegenskaper kan beskrives som pasientens opplevelse i forhold til personalets evne til å levere faglig og profesjonell kunnskap, i tillegg til de myke sidene som omsorg, empati og forståelse. Innunder dette punktet kommer også pasient-lege forholdet, for eksempel om de blir tatt med i beslutningen om behandling, informasjon, tilgjengelighet etc. I tillegg til personalets egenskaper ligger det også strukturelle faktorer som fysisk utforming av bygget, farger, tv/internett, bad på rommet, mat, renhold og lignende. Hofoss (1986) nevner flere undersøkelser som beskriver lege-pasientforhold. Flere av de påpeker at det var problematisk å få legene til å høre på ting de vil si fra om (28%), den menneskelige kontakten de hadde hatt med legen ved siste besøk var liten eller altfor liten (40%) og viste litt eller alt for liten interesse. Flere studier fremhever relasjonen mellom lege og pasient som den viktigste enkeltfaktoren for tilfredshet. Studien av Bjertnæs et al (2011) viser at den sterkeste sammenhengen mellom generell pasienttilfredshet, forventninger og pasientrapporterte opplevelser var legens tjenester og helsepersonell generelt. En annen studie av Lian og Wilsgaard (2005) viste at de som hadde høy kontinuitet, vært hos samme lege flere ganger, var den viktigste faktoren opp imot forhold som f.eks. samhandling, medbestemmelse, faglig oppdatering med flere. I den rollen legen har som «hersker» over liv og død og den makten og statusen samfunnet har gitt dem, er det ikke merkelig at det er en sterk sammenheng mellom legeoppførsel og pasienttilfredshet. Men når alt kommer til alt, hvor viktig er det at legen oppfører seg pent så lenge den medisinske behandlingen er vellykket?

Den *økonomiske tilnærmingen* kan i enkelthets forklares som at pasientene vil søke eller betale for helsetjenester som er til nytte for de. I Norge der det meste av helsetjenesten er offentlig finansiert er ikke dette like relevant. Samtidig kan vi se at det er muligheter for at pasienter kan være aktører til å få et mer effektivt system.

I helsevesenet fokuseres det på pasientrapporterte opplevelser på ulike helsetjenester, mens den *helhetlige tilnærmingen* inkluderer alle viktige faktorer for pasienttilfredshet samtidig som den forsøker å lage et forståelig rammeverk for å undersøke samspillet mellom ulike variabler som kan påvirke pasientenes evalueringer (Bjertnæs et al, 2012, Crow et al, 2002).

5 Diskusjon

5.1 Relevans for praksis

Når man spør pasienter om hvor tilfredse de er med kvaliteten på helsetjenester viser studier at de fleste pasienter svarer positivt (Lian og Wilsgaard, 2005). Denne positive responsen fra pasientene kan beskrive en av utfordringene som oppstår når pasienttilfredshet blir benyttet i evalueringer. Det er viktig å kunne vite hvilke informasjoner vi får når vi spør pasientene om hvor tilfredse de er. Dette er en del av problemet, når majoriteten av pasienttilfredshetsundersøkelser viser at når pasientene skårer høyt på tilfredshet, får vi ikke vite hva de er mindre tilfreds med. I tillegg er det mange faktorer som påvirker tilfredsheten som har ingen eller liten sammenheng med kvaliteten på tjenesten. Hvis pasienter har minimal kunnskap og forventninger til helsetjenester jo større er sjansen for at de er mer tilfredse. Selv høyt utdannede pasienter kan være misfornøyd med tjenestene som er av høy kvalitet (Rocco og Brunelli, 2012). Relativt like studier kan få motsatte resultater, de kan ofte forklares, men sjeldent bevises. Det oppstår derfor et troverdighets problem i forbindelse med disse undersøkelsene. Når vi i tillegg vet at en forbedring krever en eller annen form for endring, og at endring ofte krever høy grad av motivasjon, enten indre eller ytre, er det naturlig at mange sykehus kvier seg til å utføre pasienttilfredshetsundersøkelser. I den ytre motivasjonen ligger det helsepolitiske aspektet. Myndighetens krav til brukermedvirkning og åpenhet har stor påvirkning, men for at dette faktisk skal få relevans i praksis må pasientevalueringer oppleves som meningsfylt for ledere og ansatte, dersom det skal føre til læring og endring av praksis.

Hvem definerer hva god kvalitet er? Hva er det pasientene kan si noe om? Ut i fra den enkleste definisjonen på kvalitet, «*evnen til å tilfredsstille kundens eller brukerens krav og forventninger*» (Gundersen og Halbo, 2015), vil pasientundersøkelser som avdekker pasientens behov og opplevelser være et absolutt krav. Hvis man legger til «*helseeffekt med bakgrunn i dagens profesjonelle kunnskap*» (Wachter, 2012) vil kvalitet kunne være noe helt annet. Helsebegrepet er

et vidt begrep og har åpenbare elementer av subjektivitet, mens dagens profesjonelle kunnskap henviser til de faglærte. For fagpersonell på sykehus er det som regel helseeffekten eller ønsket sluttresultat av en behandling som defineres som god kvalitet. Dessuten er effektiv bruk av ressurser, økonomi, en viktig kvalitetsfaktor. De fleste pasienter som kommer til sykehuset har som hovedmål å bli best mulig behandlet for den diagnosen man har fått. De altså opptatt av sluttresultat. Både pasient og helsepersonell vil sannsynligvis vektlegge kvaliteten på den medisinske behandlingen (effekt, unngå komplikasjoner) som viktigste kvalitetsfaktoren. Jo mer alvorlig diagnose, jo høyere kompetanse ønsker man. Det å bli behandlet med respekt er underordnet når det handler om liv og død. Pasienter vil i få tilfeller ha nok kunnskap til å kunne evaluere behandlingsresultatet, men pasientenes holdninger og adferd vil utvilsomt ha påvirkning på det medisinske sluttresultatet. For eksempel viser det seg at pasienter som er tilfredse har større sjans til å følge behandlingsregimer enn de som ikke er fornøyde (de Boer, Delnoij og Rademakers, 2011, Fenton, Jerant, Bertakis og Franks, 2012). Et annet viktig element i forhold til helseperspektivet er informasjon og opplæring. Lian og Wilsgaard (2005) sitt studie viste at flere av de uinnfridde forventningene var relatert til informasjon og veiledning fra fastlegen, og nesten halvparten av de som hadde slike forventninger ikke ble innfridd. Det er nærliggende å tro at jo mer pasienten får av veiledning, opplæring og informasjon jo bedre er sjansen for helsegevinst. En tilbakemelding fra pasientene i forhold til informasjonsbehovet vil derfor kunne få direkte utfall på helseresultatet. Utfordringen oppstår i det at en hver pasient har forskjellig behov for informasjon og responderer forskjellig på ulike pedagogiske tilnærminger. Den ideelle situasjon er at leger gir informasjon og veiledning i samsvar med de preferansene pasienter har, og dermed kan forbedre pasientenes tilfredshet og helseutfall. Slik kommunikasjon krever lengre konsultasjoner og god kjennskap til pasienten. På et sykehus vil dette være utfordrende da legen har begrenset tid, og pasienten ofte er ukjent for behandler. Det er usikkert om dette vil gi den ønskede helseeffekten sett opp mot det økonomiske tidstapet. Det er mye som kan tyde på at pasienttilfredshetsundersøkelser har relativt liten innvirkning på kvaliteten på det medisinske behandlingsresultatet.

Vi sier ofte at pasienten er sin egen ekspert og at pasienten vet best. Bør vi som helsepersonell alltid ta hensyn til dette? Hvilke krav kan pasientene egentlig sette? Pasienter som oppsøker lege har som oftest en forventning om at noe blir gjort, og av og til kan leger oppleve at pasienter går imot deres anbefalinger. Et eksempel kan være en pasient som går til fastlegen for å få antibiotika

for sine plager eller en sykemelding. Når legen ikke mener antibiotika er nødvendig eller at legen mener pasienten bør kunne gå tilbake i jobb, vil dette kunne påvirke pasientens forventninger på en negativ måte. Sannsynligheten vil da være stor for at pasienten blir misfornøyd. Det kan være vanskelig for legen å finne balansen mellom å skape realistiske forventninger uten at pasientenes positive holdninger blir påvirket. Det man må tenke på er at pasientenes forventninger ikke alltid gjenspeiler hva som er god kvalitet. Der det er et misforhold mellom pasientenes forventninger og tilbudet som kan gis, er det viktig med god informasjon. Evalueringer fra pasientene må ta hensyn til negative konsekvenser som kan forekomme som urealistiske forventninger om hva helsevesenet kan levere av tjenester og pågående oppførsel mot helsepersonell. Konsekvensen kan resultere i økt bruk av unødvendige undersøkelser og prosedyrer (Wensing og Elwyn, 2002). For eksempel viste studien av Lian og Wilsgaard (2005) at 1/3 av de uinnfridde forventningene (de uinnfridde forventningene hadde stor betydning for pasientens grad av tilfredshet) var relatert til forventning om å få en diagnose. En viktig måte å forhindre dette på er å avklare forventninger mellom utøver-pasient slik at pasientene skal oppnå eller bevare den tillit de har til helsevesenet (Arntzen, 2007).

Det er pasientene som erfarer hvordan helsetjenestene fungerer i praksis, og kan si noe om hvordan de mottas. Det er nærliggende å tro at pasienten faktisk kan påvirke tjenesten positivt. Studier har vist at pasienttilfredshet har bidratt til å integrere pasientenes synspunkter på helsevesenet, fremmet endringer i holdninger og oppførsel hos helsepersonell og medvirket til evalueringer av helsetjenester (Mpinga og Chastonay, 2011). En studie av Jennings, Heiner, Loan, Hemman og Swanson (2005) undersøkte hva som betydde noe for pasienter. Pasientene ønsket at deres situasjon skulle bli hørt, forstått og respektert, de ville ha god informasjon og kontinuitet. Sett ut i fra et helseperspektiv er det flere faktorer som påvirker helseeffekten enn bare det medisinske sluttresultatet. Pasientens møte med legen, forståelse av sykdomsbildet (informasjon og opplæring), selvspekt etc. er faktorer som kan bidra til helseeffekt. Studier som har undersøkt påvirkningen av pasienttilfredshet på praksis har kommet frem til at pasienttilfredshet har potensiale til å forbedre resultatet på ulike måter på hvordan helsetjenester er levert (Shirley og Sanders, 2013). Et eksempel er de nye veilederne fra myndighetene på pakkeforløp for kreft som kom i 2015. Bakgrunnen for disse pakkene er ikke begrunnet i medisinsk behandling, men pasientens behov for å oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning,

diagnostikk, behandling og rehabilitering. En studie av Torres og Guo (2014) konkluderer med at pasienttilfredshet kan gi nyttig informasjon om sykehusenes evne til å yte god service som en del av pasient opplevelsen, men at det trengs mer forskning for å bruke pasienttilfredshet som en kvalitetsindikator innen f.eks. kirurg.

5.2 Validitet og reliabilitet

I dette kriteriet ligger spørsmålene om det er en dokumentert sammenheng mellom indikatoren og kvalitet, måles den likt av alle og kan man stole på den?

Validitet (gyldighet) innebærer at indikatoren antyder og omhandler det det vi ønsker å måle, mens reliabilitet (pålidelighet) omhandler hvordan vi måler (Schreiner, 2004). Med andre ord er dette begreper som er opptatt av i hvilken grad et måleinstrument måler det som er ment å måle (Sitzia, 1999). Dette er viktig for at funnene i en spørreundersøkelse skal bli nøyaktig analysert, og relaterte strategier utformes for å løse eventuelle problemer for å forsikre seg at resultatet blir nøyaktig (Urden, 2002).

Forskere tror nå at kompleksiteten i moderne helsevesen og mangfoldet av pasientenes forventninger og erfaringer ikke kan bli pålitelig evaluert ved bare å spørre generelle spørsmål som «Hvor fornøyd var du med din omsorg på sykehuset?». Det kan være misvisende hvis pasienten er ikke gitt anledning til å kommentere deres opplevelser mer detaljert (Coulter et al, 2009). Mange forskere har også satt spørsmålstegn ved hvor valide pasienttilfredshetsundersøkelser er på grunn av den høye tilfredsheten som pasientene skårer. Det viser seg at pasienter skårer høyt selv når de har negative forventninger eller opplevelser (Esperidiã og Bomfim, 2005). Hvis man spør pasientene hvor tilfredse de er med for eksempel pleie er det kun tilfredsheten man får svar på. Derfor er det viktig å vite hva man måler; er det tilfredsheten i seg selv eller er det pasientenes oppfatning av hvordan tjenestene blir mottatt.

En oversiktsartikkel av Sitzia (1999) undersøkte validitet og reliabilitet på 195 studier på pasienttilfredshet. Av 181 kvantitative studier hadde 82 studier data som var valide og reliable i forhold til instrumentet som ble anvendt. Han fant at 6% av de kvantitative studiene brukte

instrumenter som rapporterte noe data på validitet og reliabilitet, mens 3% ikke rapporterte disse faktorene i det hele tatt. Validitetstesting skal støtte antakelsen om at de elementer i måleinstrumentet er en klar representasjon av begrepet som skal studeres. En stor del av de publiserte studiene brukte instrumenter som ikke var testet eller var testet i liten grad. Det ble konkludert med at disse studiene manglet troverdighet.

I rapporten «Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten» (Kunnskapssenteret, 2015) presiseres det at det ikke finnes noen enkle svar på hvilke indikatorer som har tilstrekkelig validitet, og at en indikator ikke eksisterer uavhengig av andre. Det vil si at det er viktig at valideringen av en indikator praktiseres i den konteksten den skal brukes og involverer de som skal bruke den. Samtidig må man følge strategier for utvelgelse og implementering, metoder for analyse, fortolkning og presentasjon av data.

Selv om pasienttilfredshet har vært mye diskutert i litteraturen, først og fremst for å finne bedre metoder og teorier, for bedre å kunne avdekke pasientenes synspunkter og holdninger i pasienttilfredshetsundersøkelser, har det i mindre grad vært diskutert å slutte med disse undersøkelsene (Riiskjær et al, 2011).

5.3 Anvendbarhet og gjennomførbarhet

Anvendbarhet knyttes til indikatorens evne til å formidle nyttig og relevant kunnskap for de som skal bruke den, mens gjennomførbarhet er avhengig av hvilken målsetting man har (Rygh og Saunes, 2008).

For å skape grunnlag til forbedringer til den pasientnære virksomheten er det viktig at det utføres lokale spørreundersøkelser mot den enkelte avdelings mål, oppgaver og standarder (Arntzen, 2007). I tillegg for at en undersøkelse skal være nyttig er det viktig å være tydelig på hva man ønsker å undersøke (Kunnskapssenteret, 2015).

En systematisk oversiktsartikkel av Haugum, Danielsen, Iversen og Bjertnæs (2014) viste at store spørreundersøkelser om pasienters opplevelser var brukt i kvalitetsforbedringsarbeid på lokalt nivå, men at oppfølgingen av dataene til kvalitetsforbedringsarbeid krevde å bli satt i system. Spørreskjemaundersøkelser har hatt en tendens til å fokusere på organisasjonens eller

helsepersonells agenda enn å inkludere områder som er viktige for pasientene. Ofte blir data om tilfredshet samlet inn, men ikke brukt (Coulter et al, 2009). En av grunnene kan være at helsepersonell og pasienter mangler kompetanse og evner til å bruke de ulike instrumentene eller ha negative holdninger angående spesielle tilnærminger (Wensing, Mainz, Kramme, Jung, og Ribacke, 1999)

Å samle pålitelige tilbakemeldinger fra pasienter er en utfordrende forskningsoppgave, for som sagt kan kliniske ansatte mangle kompetanse og støtte til å gjøre det ordentlig. For at dette skal være verdifullt må personalet være engasjert i prosessen, fordi å kjenne eierskap til resultater fra tilbakemeldinger er viktig for å stimulere til endring. Ansatte trenger også å være involvert i å oppmuntre pasienten til å gi tilbakemelding, og kan i tillegg inneha en aktiv rolle i datainnsamlingen (Coulter et al, 2009). Siden pasienter legger sin tillit til at helsepersonell har den relevante kompetansen som skal til, forventer de at alt blir gjort for at de skal få den optimale behandlingen og resultater (Torres og Guo, 2004).

Spørreskjemaundersøkelse har den fordelen at den krever få ressurser og kan nå mange på en gang. I tillegg anses metoden for å være enklere å håndtere, billigere, raskere, den kan gis anonymt, og uten påvirkning av forsker (Esperidiã og Bomfim, 2005). For at pasienttilfredshetsdata skal være anvendbare vil det i tillegg til å se på den positive responsen være like viktig å registrere resultatene på misnøye slik at pasienttilfredshet blir en relevant indikator på den aktuelle tjenesten som måles (Esperidiã og Bomfim, 2015). For helsepersonell som bruker pasienttilfredshetsundersøkelser i kvalitetsforbedring er det ikke bare å forstå hva som fører til tilfredshet, men også forstå hva tilfredshet betyr for pasientene.

Litteraturen påpeker flere problemer med å måle pasienttilfredshet, fordi evalueringer fra pasienter kan variere. Pasientenes evne til å ta beslutninger eller komme til fornuftige konklusjoner kan reflekteres av deres situasjon eller bakgrunn, og egner seg ikke til objektive målinger (Crow et al, 2002). Tilfredshet kan også bli påvirket av pasientenes kunnskap og forventninger enn hvordan kvaliteten på helsetjenesten er gitt. Det er også viktig å separere følelser som å være tilfreds eller misfornøyd med gitte tjenester eller behandlingsprosesser fra de som faktisk er relatert til utfallet av behandlingen. Mange pasienter vil heller ikke innrømme å være misfornøyd med tjenester de selv har valgt å bruke ettersom det ville være i strid med deres

atferd (Crow et al, 2002). Dette viser hvor komplekst det kan være å måle pasienttilfredshet, ved at pasienter kan uttrykke tilfredshet av ulik grad i forhold til personlig omsorg og til helsevesenet generelt. Det kan tyde på at det trengs mer kunnskap om hvordan og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres, hva slags effekt den har og hvordan brukernes stemme kan bli tydeligere (Helse og omsorgsdepartementet (HOD, 2010-2011)).

6 Konklusjon

Pasienttilfredshet som indikator kan brukes for å oppdage svakheter ved helsetjenester. Fokus på pasientens opplevelser har bidratt til en bevisstgjøring av helsepersonells påvirkning på pasienten, og hvordan organiseringen av helsetjenester er i samsvar med pasientens forventninger og behov.

De fleste studier viser en klar sammenheng mellom oppfylte forventninger og tilfredshet. Det trenger likevel ikke bety at selv om pasientene er fornøyde er kvaliteten god eller motsatt, at uoppfylte forventninger er dårlig kvalitet. Det er mange faktorer som spiller inn som for eksempel pasientens egenskaper og helsevesenets serviceegenskaper. Det er mye som tyder på at å bruke pasienttilfredshet som en indikator for å evaluere teknisk kvalitet eller det medisinske sluttresultatet er utfordrende.

Det økte fokuset på brukermedvirkning og pasienttilfredshet skaper et mer åpent helsevesen som igjen kan øke mulighetsrommet til utvikle tjenester som bidrar til bedret kvalitet.

Pasienttilfredshet kan være en egnet kvalitetsindikator i forbedringsarbeid, men bare sammen med andre kvalitetsindikatorer er den et viktig supplement i det totale kvalitetsbilde.

7 Referanseliste

- Arntzen, E. (2005). *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus*. Gyldendahl Norsk Forlag AS
- Bjertnaes, O. A., Sjetne, I. S., & Iversen, H. H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*, *21*(1), 39-46. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000137
- Bjørngaard, H.J, Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experience and clinicians ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric services*. *58* (8).
- Bratlie, M.S. (2015). *Pasienttilfredshet med preoperativ informasjon 14 dager etter radical prostatectomy*. Oslo: institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Upublisert materiale.
- Chow, A., Mayer, E.K., Darzi, A.W., & Athanasiou, T. (2009). Patient- reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. *146*(3):435-43.
- Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). The Point of Care: Measures of patients' experience in hospital. *The Kings Fund*
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, *6*, 1 - 244.
- de Boer, D., Delnoij, D., & Rademakers, J. (2011). The discriminative power of patient experience surveys. *BMC Health Services Research*, *11*, 332.
- Draper, M., Cohen, P., & Buchan, H. (2001). Seeking consumerviews: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? *International Journal for Quality in Health Care*, *13*(6), 463-468.
- Esperidiã, M., Bomfim, A.L. (2005). User satisfaction assessment. *Science & Public Health*, *10*, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>.
- Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, *172*(5), 405-411. doi: 10.1001/archinternmed.2011.1662

- Gundersen, D., & Halbo, L. (2014). Kvalitet. I Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no>
- Haugum, M., Danielsen, K., Iversen, H. H., & Bjertnaes, O. (2014). The use of data from national and other large-scale user experience surveys in local quality work: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(6), 592-605. doi: 10.1093/intqhc/mzu077
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet- trygge tjenester*. (Meld. St. 10 (2012-2013)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no>.
- Helse og omsorgsdepartementet (2010-2011). Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-1015). (Meld. St.16). hentet fra: <http://www.regjeringen.no>.
- Henderson, A., Caplan, G., & Daniel, A. (2004). Patient satisfaction: the Australian patient perspective. *Australian Health Review*, 27(1), 73-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/AH042710073>
- Hofoss, D. (1986). Hva vet vi om pasienttilfredshet? Hva kan vi bruke kunnskapen til?. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 14 (106), 1188-95.
- Iversen, H.H., Holmboe, O., og Dahle, K.A. (2009). Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus. Institusjonsvise resultater. PasOpp-rapport nr.2-2010. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no>.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52(4), 609-620. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00164-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00164-7)
- Jaipaul, C., & Rosenthal, G. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 23 - 30.
- Jayadevappa, R., Schwartz, J.S., Chhatre, S., Wein, A.J., & Malkowicz, S.B. (2010). satisfaction with care: a measure of quality of care in prostate care patients. *Med Decis Making*, 30(2), 234-45.
- Jennings, B.M., Heiner, S.L., Loan, L.A., Hemman, E.A., & Swanson, M.K. (2005). What really matters to healthcareconsumers. *JONA*, 35 (4), 173-180.

- Korolija, D., Wood-Dauphinee, S., & Pointner, R. (2007). Patient-reported outcomes. How important are they? *Surgical Endoscopy*, 21(4), 503-507. doi: 10.1007/s00464-007-9255-3
- Lian, O.S., & Wilsgaard, T. (2005). Pasienttilfredshet- et godt kvalitetsmål?. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 8 (1), 19-33.
- Mainz, J. (2003). Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 15 - 111.
- Mpinga, E. K., & Chastonay, P. (2011). Satisfaction of patients: A right to health indicator? *Health Policy*, 100(2-3), 144-150. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.001>.
- National Quality Measures Clearinghouse. (2015). Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no>
- Oermann, M. H., Dillon, S. L., & Templin, T. (2000). Indicators of Quality of Care in Clinics: Patients' Perspectives. *Journal for Healthcare Quality*, 22(6), 9-12. doi: 10.1111/j.1945-1474.2000.tb00159.x
- Pantouvakis, A., & Bouranta, N. (2014). Quality and price – impact on patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(8), 684-696. doi: doi:10.1108/IJHCQA-10-2013-0128
- Riiskjær, E., Ammentorp, J., & Kofoed, P.E. (2011). Er otte ud af ti patienter tilfredse?—Om forståelse af patientkritik og anvendelse af åbne spørgsmål. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(02), 93.
- Rocco, G., & Brunelli, A. (2012). Patients' Satisfaction: Customer Relationship Management as a New Opportunity for Quality Improvement in Thoracic Surgery. *Thoracic Surgery Clinics*, 22(4), 551-555. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.thorsurg.2012.07.009>
- Rygh, L.H., og Saunes, I.S. (2008). Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rapport nr.6. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no>
- Shirley, E. D., & Sanders, J. O. (2013). Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *Journal of Bone and Joint Surgery (American Volume)*, 95(10), e69. doi: 10.2106/jbjs.l.01048
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 319 - 328.

- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Torres, E. J., & Guo, K. L. (2004). Quality improvement techniques to improve patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 334-338. doi:10.1108/09526860410557589
- Urden, L.D. (2002). Patient satisfaction measurement. Current issues and implications. *Lippincott's case management*, 7(5), 194-200.
- Wachter, M.R. (2012). *Understanding patient safety*. (2nd ed). The McGraw- Hill Companies.
- Wensing, M., & Elwyn, G. (2002). Research of patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual saf health Care*, 11, 153-157.
- Wensing, M., Mainz, J., Kramme, O., Jung, H., & Ribacke, M. (1999). Effect of mailed reminders on the response rate in surveys among patients in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 585 - 587.