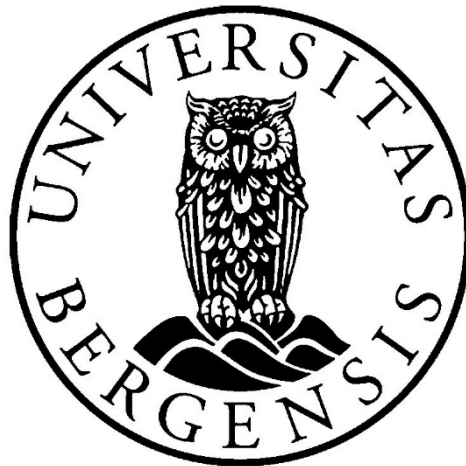


Gir vi pasienttilfredshetsundersøkelser nok oppmerksomhet?

Kartlegging av pasienterfaringer, har det betydning for kvaliteten på tjenester som tilbys?

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring
og helseøkonomi

Janne Kristin Nilssen



Universitetet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Høst 2018

Forord

Denne masteroppgaven representerer avslutningen på studiet «Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi.»

Jeg har vært gjennom en spennende, lærerik, og krevende prosess som jeg noen ganger var i tvil om jeg skulle klare å fullføre. Det har imidlertid ført til innsikt, økt forståelse og kompetanse.

Jeg har intervjuet høyt kompetente medarbeider ved sykehuset og jeg vil rette en stor takk til alle informanter som har brukt av sin tid for å la seg intervju av meg.

Takk til arbeidssted som har bidratt og gitt meg mulighet til å gjennomføre masterstudiet.

Stor takk til min veileder Tove Aminda Hanssen som gjennom hele prosessen har delt av sin kunnskap, kommet med konstruktive innspill og god veiledning.

Takk til Inger Lise Teig, førsteamanuensis ved Medisinsk fakultet og institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, for konstruktive tilbakemeldinger.

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

There is only one thing more painful than learning from experience, and that is not learning from experience.

Laurence J. Peter

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Innholdsfortegnelse	iv
Tabeller og figurer	v
Sammendrag	vi
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen	vi
Summary	vii
Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen	vii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema til masteroppgaven	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen	2
1.2.1 Forskningsspørsmål	2
1.2.2 Formål	2
1.2.3 Avgrensning	2
1.3 Hvorfor er problemstillingen relevant?	3
1.4 Oppgavens videre oppbygning	4
2 Teori og tidligere forskning	5
2.1 Kvalitet	5
2.1.1 Kvalitetsindikatorer	7
2.1.2 Kvalitetsforbedring	9
2.2 Kultur, organisasjonskultur og kvalitetskultur	11
2.2.1 Organisasjonskultur	11
2.3 Helseledelse	13
2.3.1 Lederroller	13
2.3.2 Endringsledelse/forandringsledelse	15
2.4 Organisatorisk kompetanse	16
3 Metode	19
3.1 Valg av metode	19
3.2 Undersøkellesprosessen	20
3.3 Metodekritikk	21
4 Funn	24
4.1 Erfaringer med pasienttilfredshetsundersøkelser	24
4.2 Formidling av resultatene av undersøkelsene	26

4.3 Avdelingens bruk av resultater	28
4.4 Fremtidig bruk	30
5 Diskusjon.....	34
5.1 Hvorfor gjennomføres brukerundersøkelser sett fra et lederperspektiv?.....	35
5.2 Hvordan kommuniseres og brukes resultat fra pasienttilfredshetsundersøkelser?..	37
5.3 Er brukerundersøkelser et lederverktøy for kvalitetsforbedring?.....	40
6 Konklusjon.....	44
Referanseliste.....	45
Vedlegg.....	48
Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	48
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	48
Vedlegg 3: Godkjenning av NSD	48

Tabeller og figurer

Figur 1: Forbedringsprosessen	10
Figur 2: Ledelsesområder	14
Figur 3: Ledelse i sykehus	17

Sammendrag



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Gir vi pasienttilfredshetsundersøkelser nok oppmerksomhet? Kartlegging av pasienterfaringer, har det betydning for kvaliteten på tjenester som tilbys?				
Forfatter Janne Kristin Nilssen				
Forfatterens stilling og arbeidssted Rådgiver, Universitetssykehuset Nord-Norge HF				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Tove Aminda Hanssen, Ph.D.		
Antall sider 45	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p>Bakgrunn: For å forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene som gis til pasientene, gjennomfører helsevesenet brukerundersøkelser og kartlegginger. Slike undersøkelser kan være et ledelsesverktøy for kvalitetsforbedring og kan bidra med informasjon til pasientene om kvaliteten på sykehustjenestene</p> <p>Hensikt: Å belyse om de erfaringer som innhentes fra pasienttilfredshetsundersøkelser bidrar til kvalitetsforbedring for pasientene, eller om dette får mindre oppmerksomhet enn utførelse av selve undersøkelsen.</p> <p>Materiale: Utvalget består av fire nåværende eller tidligere ledere fra flere ledernivå i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Metode: En kvalitativ tilnærming med dybdeintervju og åpne spørsmål for å få frem ledernes egne erfaringer og meninger om temaet er brukt.</p> <p>Resultat: Studien viser at noen ledere bruker pasienttilfredshetsundersøkelser som lederverktøy for kvalitetsforbedring i egen enhet. Andre bruker undersøkelser om pasientopplevd kvalitet til å kunne møte overordnede krav om kvalitetsmåling.</p> <p>Konklusjon: Sykehuset virker å mangle en klar og helhetlig strategi på hvorfor og hvordan brukererfaringundersøkelser skal brukes for å bygge en god kvalitetskultur og optimalisere pasientforløpene.</p>				
Pasienttilfredshet, pasienterfaringer, kvalitetsforbedring, kvalitetskultur				

Summary



Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation				
Do we give patient satisfaction surveys sufficient attention? Does assessing patient experiences affect the quality of services offered?				
Author				
Janne Kristin Nilssen				
Author's position and address				
Advicor, University Hospital of North Norway				
Date of approval		Supervisor		
		Tove Aminda Hanssen, Ph.D		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
45	Norwegian	English		
<p>Background: In order to improve the quality of health care services provided to patients, patient satisfaction surveys are conducted in the health services. These surveys can be a management tool for quality improvement and provide patients with information about the quality of the hospital health care.</p> <p>Purpose: To assess if patient satisfaction surveys contribute to quality improvement for patients or if this is given less attention compared to the performance of surveys.</p> <p>Material: The sample consists of four current or former executives from different management levels in the hospital health service.</p> <p>Methods: A qualitative approach with individual interviews with open questions were used to assess the leaders' own experiences and opinions.</p> <p>Results: The study shows that some of the managers use patient satisfaction surveys as a tool for quality improvement in their units. Others use surveys on patient reported quality to meet institutional quality measurement requirements.</p> <p>Conclusion: The hospital seems to lack a clear and comprehensive approach to why and how to use patient experience surveys to develop a good quality improvement culture and optimized patient pathways.</p>				
Key word				
Patient satisfaction, patient experiences, quality improvement, quality culture				

1 Innledning

I dette kapittelet redegjøres det for valg av tema, problemstilling og forskningsmessige spørsmål. Videre kommer begrepsavklaringer og aktualisering av tema og problemstilling. Til sist kommer avgrensning av oppgaven og oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema til masteroppgaven

Jeg ønsket å forske på om de erfaringer som ble innhentet fra pasienttilfredshetsundersøkelser bidro til kvalitetsforbedring for pasientene, eller om resultatene fikk mindre oppmerksomhet enn utførelse av selve undersøkelsen.

Norske sykehus har stått - og står fortsatt - i store forandringer, både faglige og organisatoriske. Gjennom helselovgivning har sentrale myndigheter forsøkt å sikre og å bedre pasientbehandlingen. Tilgang på helsehjelp av god kvalitet og et tjenestetilbud som er likeverdig og tilpasset pasientenes behov er noe av lovens formål (1). Kravene til dokumentasjon øker – også til kvalitet på utførelsen av helsetjenester. En måte å dokumentere kvaliteten på er å måle den. 8. september 2003 ble det innført kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten (2). For å forbedre kvaliteten på de tjenestene som gis til pasientene fra helse- og omsorgstjenestene, gjennomfører helsevesenet brukerundersøkelser og kartlegginger. Slike undersøkelser kan være et ledelsesverktøy for kvalitetsforbedring. Pasientenes egne erfaringer kan også gi informasjon til pasienter/brukere om kvaliteten i spesialisthelsetjenesten (3).

Melding til stortinget nr. 10 (2012 – 2013) ((4), s.95) fremhever at; «*Kunnskap om kvalitet på tjenestene er en nødvendig forutsetning for all kvalitetsforbedring*». Å gjennomføre pasienttilfredshetsundersøkelser kan med andre ord gi oss mye informasjon som kan brukes til kvalitetsarbeid. Noe av bakgrunnen for meldingen om «god kvalitet og trygge tjenester» var at man til tross for gode helsetjenester i Norge så utfordringer med blant annet pasientskader, mangelfull oppfølging av arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet og store variasjoner i tilbudet.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Med bakgrunn i helsemyndighetenes økte fokus på kvalitet og kvalitetsforbedring i helsetjenestene, har jeg valgt følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

«Kartlegging av pasienterfaringer, har det betydning for kvaliteten på tjenestene som tilbys? Hvilke erfaringer har ledere?»

1.2.1 Forskningsspørsmål

- Hvorfor gjennomføres brukerundersøkelser sett fra et lederperspektiv?
- Hvordan kommuniseres og brukes resultat fra pasienttilfredshetsundersøkelser av lederne?
- Er brukerundersøkelser et lederverktøy for kvalitetsforbedring?

1.2.2 Formål

Jeg ønsker med denne studien å få kunnskap om hvordan lederne velger å bruke de data som samles inn via pasienttilfredshetsundersøkelser til kvalitetsforbedring, om lederne anser at resultater fra brukerundersøkelser er nyttig som styrings- og forbedringsverktøy for å forbedre kvaliteten på tjenestene, eller om målet med undersøkelser er å ivareta overordnede krav?

1.2.3 Avgrensning

I en artikkel av Holte, Bjertnæs og Stavem (5) ved Nasjonalt kunnskapssenter fremgår det at begrepene pasienttilfredshet og pasienterfaringer er delvis overlappende, men at pasienttilfredshet ofte måles via type surveyundersøkelser som muligens får frem kvalitetsproblemer med behandlingen, men ikke nødvendigvis pasienters erfaring med behandlingen.

Måling av pasienterfaringer gjøres via kvalitetsmålinger, både lokale undersøkelser og større nasjonale kartlegginger, såkalte pasienttilfredshetsundersøkelser eller brukererfaringsundersøkelser. Målinger finnes på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle lederes erfaring med kartlegging av pasienterfaringer, som gjøres typisk via pasienttilfredshetsundersøkelser og brukererfaringsundersøkelser. Jeg vil se på både lokale og nasjonale undersøkelser. Jeg velger imidlertid ikke å inkludere pasientsikkerhetsundersøkelser, med unntak av der hvor det har fremkommet i intervjuene.

1.3 Hvorfor er problemstillingen relevant?

Det har gjennom mange år vært fokus på kvalitet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Dette har medført en del helsepolitiske føringer fra myndighetene. Jeg har valgt å ta med noen av disse føringene.

Lov om helseforetak m.m.(helseforetaksloven) ble innført fra 1. januar 2002 (6). Denne loven innebar blant annet at drift av sykehusene ble overtatt av staten (fra tidligere fylkeskommunene) og det ble i stedet innført regionale helseforetak.

Helseforetaksloven § 35 - Pasienters og andre brukeres innflytelse – andre avsnitt sier følgende:

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter ((6), s.10).

Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser har vært gjennomført siden 2003 (PasOpp). Det var tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som hadde ansvar for de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene. Nå er dette overtatt av Folkehelseinstituttet (7). PasOpp undersøkelsene er kun stikkprøver på utvalgte områder. Virksomhetene anbefales i tillegg å ha egne undersøkelser som viser pasienters/brukeres erfaringer, og bruker dem i forbedringsarbeidet.

Regjeringen Stoltenberg la før regjeringsskiftet i 2013 frem en rekke stortingsmeldinger som angir den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Blant annet kom melding til storting nr. 10 (2012 -2013) om god kvalitet og trygge tjenester (4). Også her skulle det iverksettes tiltak for en mer aktiv pasient- og brukerrolle, etablere strukturer som støtte for kvalitetsarbeid, gjennomføres kvalitetsforbedring i tjenestene, større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet med mer.

I januar 2014 presenterte nåværende helse- og omsorgsminister Bent Høie i en pressemelding «pasientens helsetjeneste»? Hans budskap var at pasienten skulle settes i sentrum, ventetidene skulle ned og kvaliteten på tjenestene skulle heves. Det skulle gjøres via seks punkter og hvor punkt nummer fem går på å bedre kvalitet og

pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur. Dette skal blant annet gjennomføres via flere kvalitetsundersøkelser og kvalitetsbasert finansiering (8). Kvalitetsbasert finansiering er nytt og skal være et incitament for å få mer fokus på kvalitet. Det vil si at de helseforetakene som er flinke og har god kvalitet på sine tjenester får økonomisk gevinst av det. Det å gjennomføre pasienttilfredshetsundersøkelser er en måte å sette pasienten i sentrum, via kvalitetsundersøkelser.

Fra januar 2017 kom «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (9). Forskriftens §1 beskriver at formålet med denne er «(...) å fokusere på ledernes ansvar i henhold til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves» ((9), s. 1). Dette er tydelige signaler fra myndighetene om hvordan helselederne skal forstå ivaretagelse av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

1.4 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven videre starter med et teorigapittel, der jeg har valgt å presentere teorier og resultat fra tidligere forskning for å belyse tema og få mer kunnskap om min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Videre følger metodekapittelet som redegjør for valg av metoder. Deretter kommer et kapittel om funnene gjort i studien. I kapittel fem diskuteres funn opp mot teori, tidligere forskning og egne erfaringer. Siste kapittel er oppsummering og konklusjon.

2 Teori og tidligere forskning

Studien er gjennomført i et sykehus, og teori og tidligere forskning vil derfor være beskrevet i dette kapitlet med bakgrunn i at dette er en helseorganisasjon.

2.1 Kvalitet

I vår dagligtale snakker vi mye om kvalitet, men hva betyr det egentlig? Opprinnelsen til ordet kvalitet er i henhold til Aune ((10), s.17) det latinske *Qualis*, som kan oversettes til «*hvordan sammensatt*».

Når det gjelder kvalitet på helsetjenester, så fremgår det av veilederen til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at «Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt» ((11), s. 3).

Mainz et al (12) mener at man innenfor helsevesenet kan dele begrepet kvalitet opp i tre; Helsemessig kvalitet, interpersonell kvalitet og organisatoriske kvalitet. Videre kan dette ses som fire perspektiver (12):

- «Pasientperspektivet» (pasientopplevd kvalitet) som angir pasienter og pårørendes ønsker og forventninger i henhold til behandling og pleie fra helsevesenet. Her kan pasienten selv bidra til kvalitetsutvikling ved å bidra blant annet i pasienttilfredshetsundersøkelser.
- «Det sunnhetsfaglige perspektiv» viser til kvaliteten på helsetjenestens kjerneytelser som for eksempel forebygging, behandling og pleie. Er tjenestene i tråd med de krav som lover og forskrifter angir, og er det god klinisk praksis.
- «Det organisatoriske perspektiv» beskriver organisasjonens evne til å til å jobbe effektivt og prioritere innenfor både menneskelige og økonomiske ressurser. Fokuset er på struktur og kapasitet.
- «Det politisk-administrative perspektiv» fokuserer på hvorvidt man organisatorisk kan tilrettelegge i henhold til de ressurser man har. Her vil blant annet helseøkonomiske prioriteringer komme til anvendelse. Hvordan får man for eksempel mest nytte av de ressurser som legges inn i diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering?

Orvik (13) viser til fem kvalitetsdimensjoner ved pasientperspektivet. Pasienterfart kvalitet som har pasientens erfaring som utgangspunkt for kvalitet. Faglig kvalitet handler om innholdet i behandling og måles ofte med indikatorer. Den tredje dimensjonen er ansatte erfart kvalitet, som det ligger i navnet, viser det til de erfaringer som profesjonsutøvere har. Økonomisk kvalitet er hvorvidt man når de mål virksomheten har satt seg, samtidig som det er knapphet på ressurser. Den siste dimensjonen, organisatorisk kvalitet snakker vi om når det gjelder pasientoverføringer mellom nivåer i sykehuset og samhandling mellom de ulike enhetene. Det er viktig for pasienten at denne kvaliteten er god og at det ikke «glipper» her. Her er det snakk om pasientsikkerhet. Kvalitetsdimensjonene ses opp mot fire virksomhetsområder (pasientbehandling, forskning og fagutvikling, utdanning og undervisning, rådgivning) utgjør til sammen «Kvalitetsmatrisen» (13).

Donabedian (14) utarbeidet i 1966 en modell for kvalitet i helsetjenester. Modellen søker å beskrive sammenhengen mellom struktur, prosess og resultat. For å få til kvalitetsforbedring ligger ofte utfordringene i struktur, for eksempel ressurser (økonomi, personell, utstyr), og noen ganger i hvordan organisasjonen er bygd opp. Den behandlingen og de tjenestene som gis til pasientene ses på som prosessen. Forbedring i klinisk prosess vil gi helsegevinst for pasientene. Donabedian beskriver at det må være en forbindelse mellom struktur og prosess og det samme med prosess og resultat for å få til kvalitetsforbedring. Vi må måle pasientopplevd kvalitet for å vite om utfallet for pasienten faktisk er en helsegevinst. En studie fra Sør Afrika (15) har med bakgrunn i Donabedians modell funnet at strukturer som arealer og ventetid var viktige, men også den behandlingen pasienten fikk (prosessen) har mye å si for pasientenes tilfredshet. Som en hjelp til å kunne vurdere kvaliteten på sykepleiertjenester viser Kobayashi (16) til at Donabedians modell kan brukes som utgangspunkt til å måle pasienters erfaring med tjenestekvaliteten.

2.1.1 Kvalitetsindikatorer

I Norge er det innført nasjonale mål på kvalitet. Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble innført av sentrale myndigheter høsten 2003 (2). Disse indikatorene er ment å gi bedre informasjon om kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, til pasienter og brukere. Samtidig er de ment å være et verktøy for å overvåke og dokumentere også lokalt kvalitetsarbeid og gi grunnlag for styringsinformasjon til ledere.

Pasientrapporterte resultatmål (PROMS) (17) er spørreskjema hvor pasientene selv rapporterer opplevelse av egen helse og livskvalitet. Disse nasjonale kvalitetsindikatorerne er ment å svare på stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet (18) og der hensikten er å utvikle pasientrapporterte effektmål. For pasienter, pårørende og helsepersonell er det viktig å få være med å definere både hva som skal måles, hvordan og bruk av resultater. En artikkel fra Irland (19) viser til utarbeidelse av en nasjonal pasienttilfredshetsundersøkelse, som kartlegger pasientenes oppfatning om kvaliteten på tjenestene ved Irske sykehus. Her ble det fremhevet viktigheten av å kartlegge pasienterfaringer for å bidra til kvalitetsforbedring ved helsetjenestene.

Helsetjenesten kan ved hjelp av kvalitetsindikatorer identifisere et eventuelt problem ved tjenesten, sette kvalitetsmål og utvikle standarder for å forbedre kvaliteten. Samtidig er det også stor åpenhet om kvalitetsindikatorer, noe som er viktig ikke minst for pasientene, men også for helsetjenesten selv og myndigheter. Pasienten kan på denne måten få informasjon om kvalitet i helsetjenesten og samtidig ha mulighet til å se at slike målinger brukes til kvalitetsforbedring. En masteroppgave i sykepleievitenskap fra 2015 (20) viser at pasienttilfredshet kan egne seg som kvalitetsindikator i forbedringsarbeid. Studien viser at pasienttilfredshet som indikator kan bidra til å avdekke brister eller svakheter, bevisstgjøre helsepersonell og om helsetjenestene samsvarer med pasientens forventninger og behov. Studien beskriver også at pasienttilfredshet som indikator bør ses i sammenheng med andre kvalitetsindikatorer for å få et helhetlig bilde.

Det er derfor viktig å ha gode kvalitetsindikatorer. Rygh og Mørland beskriver kvalitetsindikator som:

En kvalitetsindikator er en målbar variabel som skal si noe om et komplekst fenomen, som i seg selv er vanskelig å måle. Kvalitetsindikatorer som benyttes for å følge med på helsetjenestens kvalitet, knyttes gjerne opp mot om bestemte krav eller standarder er oppfylt ((21), s.1).

I henhold til helsenorge.no¹ (22) er det vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- Strukturindikatorer, som for eksempel ressurser, kompetanse, hvilket utstyr som er tilgjengelig, økonomiske og fysiske rammer
- Prosessindikatorer, som hvilken diagnostikk og behandling som blir gitt
- Resultatindikatorer, eksempelvis pasienttilfredshet og utkomme for pasienten (helsegevinst)

Pasienterfaringer med somatiske sykehus er en slik kvalitetsindikator (23). Målingen i denne indikatoren omfatter pasienters erfaringer på 9 områder: pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, pårørende, standard, utskriving, samhandling og ventetid. Denne indikatoren ble godkjent første gang i 2015. I «Meld.St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)» (24) fremgår det at det finnes flere systemer for å kvalitetskartlegging. I 2012 (25) var det ti områder i kvalitetsindikatoren for pasienterfaring. Da var også pasientsikkerhet med. PasOpp undersøkelser er etter hvert også tatt i bruk på poliklinikker ved somatiske sykehus i Norge (26).

De nasjonale kvalitetsindikatorene brukes til å sammenlikne kvalitet, både lokalt og nasjonalt (3). Ulike land sammenlikner også resultater fra pasienttilfredshet med hverandre. En artikkel beskriver et nordisk samarbeid om utarbeidelse av et felles spørreskjema med formål å sammenligne resultater mellom somatiske sykehus i Finland, Færøyene, Norge og Sverige (27). Global Comparator Project (GCP) (24) er et prosjekt hvor 50 sykehus i Europa, USA og Australia samarbeider om å innhente kvalitetsindikatorer som utgangspunkt for forbedringsarbeid. Ut fra dette samarbeidet er det også kommet konkrete internasjonale kvalitetsforbedringsprosjekter.

¹ Helsenorge.no er en offentlig helseportal for innbyggere i Norge. Helsenorge.no er delt i to hoveddeler: informasjonssider og selvbetjeningsløsninger.

En studie (28) viser hvordan utviklingen (1996 -2000) vedrørende pasienterfaringer ved norske sykehus har vært. Med bakgrunn i kvalitetsindikatorerne fremgår det av undersøkelsen, at norske sykehus fremdeles har god standard og har blitt bedre på noen av indikatorerne, mens det var nedgang på andre. Helsedirektoratet (29) varslet nå (høst 2018) en ny gjennomgang av alle 120 kvalitetsindikatorer for helse, begrunnet blant annet i variasjoner i kvalitet ved de forskjellige sykehusene.

2.1.2 Kvalitetsforbedring

I oppgaven vil jeg vise til noen modeller og forskning som er gjort innenfor kvalitetsforbedringsarbeid. Disse er ment som ramme for å forstå og tolke pasienttilfredshetsundersøkelser og bruken av disse.

For å bedre pasientopplevd kvalitet må man gjennomføre kvalitetsmålinger. Det kan imidlertid være noen utfordringer med dette. Hvis ikke pasienter, pårørende og helsepersonell føler at spørsmålene er viktige og relevante for dem, så går dette ut over kvaliteten på dataene vi sitter igjen med (30). En studie (31) viser at tilbakemeldinger fra pasienter om opplevd kvalitet må bli mer spesifikk, hvis man skal klare å måle hvilke behov for endringer som trengs.

En kjent metode for kvalitetsforbedring er modellen til G. Langley og T. Nolan (32). Bjørnar Nyen har beskrevet den i en norsk versjon (33). Modellen består av to deler. Den ene delen består av tre spørsmål man bør stille seg før man starter et forbedringstiltak.

1. Hva ønsker vi å oppnå?
2. Når er en endring en forbedring?
3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Når man så har svart på disse tre spørsmålene og kommet frem til at man skal gå i gang med et forbedringstiltak, så kommer den andre delen. Modellen er en sirkel eller en syklus, om man vil. Formen illustrerer at kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess. Planleggingsfasen innebærer at man må se på hvordan tjenesten fungerer i dag, eventuelt ha gjort målinger for å avdekke behov for endringer. I planleggingsfasen

utarbeides konkrete mål, valg av verktøy og tiltak for det arbeidet som skal gjøres. Tiltakene man setter i verk for forbedring settes i verk og prøves ut. Eventuell ny kunnskap gis her. Neste fase er å kontrollere resultat og evaluere prosessen. Hvis ikke man har oppnådd det man hadde som mål, kan man korrigere prosessen og starte sirkelen på nytt (figur 1). Ved å bruke denne metoden kan man hele tiden korrigere tiltakene slik at man finner det som har effekt (33).



Figur 1 Forbedringsprosessen

Hvis vi skal forbedre noe, så innebærer det også at vi må ha med noe om læring. Ny kunnskap og kompetanse må kanskje til og noe gammel kunnskap må kanskje legges bort. Kirkhaug (34) beskriver tre begreper innenfor læring:

1. Læring i organisasjoner
2. Organisasjonslæring
3. Læringsorganisasjon

En organisasjon bør drive effektivt, samtidig som medlemmene opplever utvikling både personlig og faglig. Disse tre begrepene beskriver viktigheten for en organisasjon om å sikre både individuell og felles kompetanse. Organisasjoner kan legge til rette for dette gjennom regler og prosedyrer, men også kultur (34).

Karina Aase beskriver at «enkelt forklart kan vi si at organisatorisk læring innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner og på tvers av organisasjonsgrenser» ((35), s.60). Både Kirkhaug og Aase beskriver viktigheten av at både enkeltmenneskene og organisasjoner får en helhetsforståelse av kunnskap og kompetanse i forbindelse med kvalitetsforbedring.

I en studie av Haugum et al fra 2014 (36), var målet å finne ut av om resultater fra store nasjonale undersøkelser førte til at pasienterfaringer ble brukt lokalt til kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Konklusjonen i artikkelen er at i lokalt forbedringsarbeid brukes resultater fra nasjonale undersøkelser. Forfatterne peker på at det, på grunn av stor variasjon i oppfølging av tiltak for kvalitetsforbedring, er behov for en veiledning i hvordan man skal drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

2.2 Kultur, organisasjonskultur og kvalitetskultur

Kultur er vanskelig å definere og brukes i mange ulike sammenhenger. For eksempel når vi snakker om norsk kultur, så ser vel de fleste for seg særnorske fellestrekk som nordmenn deler. For mange vil begrepet romme litteratur, kunst, musikk mm.

I min oppgave fokuseres det på organisasjonenes kultur.

2.2.1 Organisasjonskultur

Det er flere definisjoner på organisasjonskultur. Flere har helt enkelt beskrevet organisasjonskultur som måten vi alltid har gjort ting på her hos oss (37). Denne enkle, men beskrivende karakteristikken kan suppleres med den klassiske definisjonen av Edgar Schein som definerer organisasjonskultur som følgende:

Mønsteret av grunnantakelser som en gruppe kommer frem til, oppdager eller utvikler etter hvert som de lærer seg å mestre sine problemer med ytre tilpasning og indre integrasjon, og som har fungert lenge nok til å bli betraktet som holdbart, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på overfor disse problemene. (Schein referert i Strand ((38), s. 184).

Ekman ((39), s.64-65) beskriver kultur som normer og verdier. Som han sier «Jeg bruker ordene om hverandre, og sikter alltid til menneskers *forestillinger om hvordan noe er eller bør være*». Normer kan være både uskrevne og skrevne, uformelle og formelle. Formelle (skrevne) er typisk lover, virksomhetsplaner, mens uformelle (uskrevne) er eksempelvis «måten vi alltid har gjort ting på her», som nevnt ovenfor. Normene peker oss i retning av hvordan vi skal handle i ulike situasjoner, hva som er det riktige å gjøre og motsatt. I et sykehus er det mange profesjonsutøvere. Helsepersonell har ofte høy faglige kompetanse, kombinert med sterke etiske prinsipper. Dette preger på mange måter kulturen. Historisk sett har for eksempel leger vært vant til å ha stor innflytelse på beslutninger som tas i et sykehus. Ledere i sykehus er også ofte profesjonsutdannede i utgangspunktet. En studie om organisasjonskultur i sykehus (40) viser at det er vanskelig å oppnå en felles organisasjonskultur. Dette begrunnes i struktur og tradisjonelle rollemønstre i sykehus.

I henhold til Strand (38) benytter organisasjoner kultur for tre formål:

1. Organisasjoner bruker kultur som et instrument for styring for å blant annet fortelle noe om hvilken retning man skal gå i, etablere regler og rutiner, visjoner mm.
2. Kultur kan også brukes for å motivere og skape en følelse av identitet for medlemmene av organisasjonen.
3. Formålet med kultur kan også være en måte å presentere organisasjonen, omdømme og image.

I følge Strand henger disse tre ovenstående formålene sammen gjennom måten en organisasjon styres på, hvordan «vi» følelsen og motivasjon skapes og hvordan organisasjonen viser seg frem med eksempelvis atferd, klær, språk mm.

Kvalitetskultur

Mainz et al (12) beskriver en del krav til kvalitetskultur. En god kvalitetskultur for et sykehus er å ha en grunnleggende ideologi hvor fokus er på gode helsetjenester, og hvor samarbeid med både pasient og pårørende ses som viktig. Arbeidsplanlegging må bære preg av å ha pasientsikkerhet og gode pasientforløp som utgangspunkt. Lederne må legge til rette for kompetanseutvikling og tilførsel av ny kunnskap. Organisasjonen må ha gode systemer for håndtering av avvik og kultur for å lære av feil.

Ledelsen har ansvar for å skape en kultur, hvor alle bidrar og påtar seg medansvar for kvaliteten av helsevesenets tjenester og kvalitetsutvikling (12).

2.3 Helseledelse

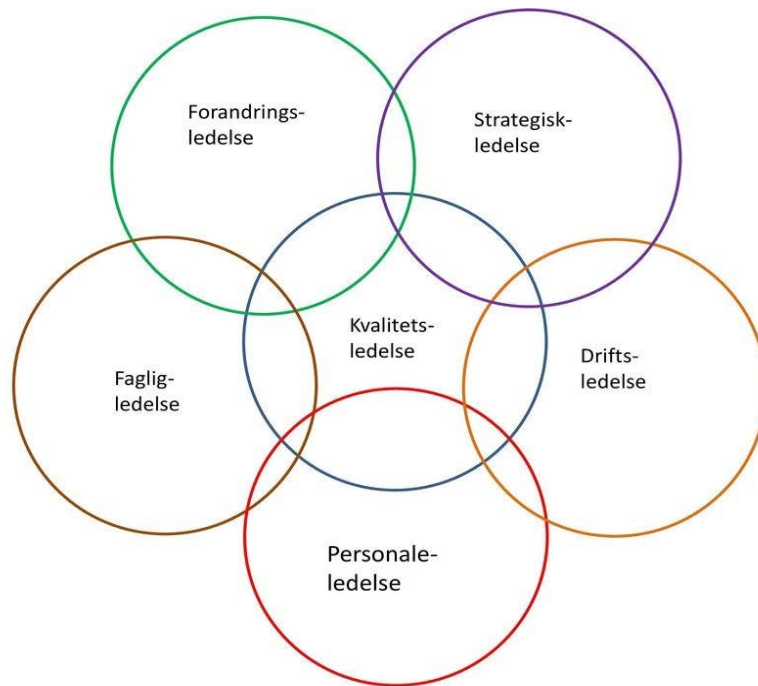
Det finnes mange ledelsesteorier. I følge Strand (38) brukes begrepet ledelse om personer som utøver ledelse, men også aktiviteter som ledere ivaretar. Høst (41) beskriver ledelse i helse- og sosialsektoren via tre perspektiver; struktur-, kultur- og politisk perspektiv. Høst betegner sykehus og andre tilsvarende virksomheter som organisasjoner preget av mye kunnskap, og stor autonomi i forhold til beslutninger som gjelder deres faglige arbeid. Samtidig har medarbeidere i en slik helseorganisasjon ofte samme bakgrunn og at det slik er mulig å påvirke også administrative beslutninger. Han viser også til at administrative ledere dermed har mindre makt, sammenliknet med andre typer organisasjoner. Beslutninger i sykehus vil ha pasienten i fokus. Det betyr at medlemmene i organisasjonen som har faglig kompetanse vil kunne påvirke beslutninger i stor grad.

Organisasjonskulturen i et sykehus vil være påvirket av det Høst (41) karakteriserer som særtrekk ved virksomheten. Historisk sett har det nok vært en kultur i helsetjenesten på at «vi vet best», til mer fokus på at pasienten selv vet hva som er best.

Ledelsen har et særskilt ansvar for at organisasjonen er driftet godt og har god faglig standard, jfr. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (9). En måte å lykkes på er å lytte til brukerne og være oppdatert på pasientenes rettigheter, behov og forventninger, slik at tilfredsheten kan forbedres når det trengs.

2.3.1 Lederroller

En leder har mange ulike oppgaver. Mainz et al (12) beskriver flere av disse (figur 2). Ikke alle ledere ivaretar i like stor grad alle oppgavene, men disse generelle finnes i alle organisasjoner.



Figur 2 Ledelsesområder (12, s. 351)

Mainz et al beskriver de ulike hovedområdene for ledere (figur 2) på følgende måte:

- *Strategisk ledelse* omhandler blant annet organisasjonenes mål og visjoner.
- *Driftsledelse* handler om driftsoppgaver/administrative oppgaver som økonomioppfølging, tilretteleggelse av arbeid og øvrig planlegging.
- *Personalledelse* omhandler som navnet tilsier om alle personalforhold, herunder også kompetanseutvikling.
- *Faglig ledelse* har som formål å sikre faglig utvikling.
- *Forandringsledelse* omhandler utvikling og implementering av ulike tiltak for endring i organisasjonen.
- *Kvalitetsledelse* fokuserer på kvalitetsutvikling.

Som figur 2 illustrerer kan kvalitetsledelse være en del av de øvrige ledelsesområder som er beskrevet, men samtidig integrert i alt. Kvalitetsledelse skal optimalisere pasientforløp, til det beste for pasienten, ved å sikre og utvikle kvalitet i helsevesenet via struktur, prosess og resultat. Dette kan gjøres blant annet via dokumentasjon og målinger. Det ideologiske grunnlaget for kvalitetsledelse er opprettelse av

kvalitetskultur. Dette er beskrevet nærmere under punkt 2.2. Ekman (39) beskriver lederskap gjennom å bygge tillitt, lede læring, formidle budskapet og skape en god kultur.

Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientenes erfaringer kan vi forbedre kvalitet på helsetjenester. Dette kalles kunnskapsbasert praksis (KBP). Slik kunnskap innhentes fra ulike kilder og selv om dette kan være en fin måte å bruke i forhold til pasientbehandling, så må man huske at ikke alle kilder er like pålitelige (42).

Å bruke kvalitetsindikatorer til kvalitetsforbedring er en måte å søke å finne kvalitetsforbedringstiltak på. I en studie (43) fra 2006 vises det til at selv om organisasjonen, hvor forskningen ble gjennomført, var tidlig ute med å implementere pasientfredshetsundersøkelser så ble de ikke brukt til kvalitetsforbedringstiltak.

2.3.2 Endringsledelse/forandringsledelse

I henhold til Kirkhaug (34) foregår det endrings- og utviklingsprosesser i alle institusjoner eller organisasjoner. Årsakene til dette kan være mange, for eksempel politiske eller økonomiske, endrede krav fra brukere, økt konkurranse og krav fra medarbeidere. Helseorganisasjoner preges ofte av innsparing, nedskjæring og ny teknologi. Etter helseforetaksreformen ble iverksatt i 2002 (6), ble det satt mer krav til målstyring, planlegging og resultat, særlig når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. For helseledere er dette utfordrende. Endringer skal skje, pasienter skal ivaretas og medarbeidere må samtidig ha en god arbeidsplass. Ikke sjelden vil man møte motstand når noe skal endres. Kotter og Schlesinger (44) viser i sin artikkel til noen vanlige årsaker til motstand mot endringer. Medarbeidere kan lett være redd for å miste noe når det kommer noe nytt. Vi er vel alle oss selv nærmest. Det er ikke alltid man forstår hvorfor noe skal endres, og da er det igjen lett å tro at man mister mer enn man får igjen. Tillitt mellom ledere og medarbeidere kan bli satt på prøve. Medarbeidere og ledere kan se situasjonen ulikt. Til sist er det noen som har lav terskel for endring. Dette kan bunne ut i utrygghet i forhold til å lære seg nye ting. I samme artikkel vises det til noen punkter som kan gi ledere større muligheter for å lykkes med endringer. Ledere bør gjøre en organisasjonsanalyse av situasjonen og vise til hvorfor det er viktig å gjøre noe med det, hvor fort man bør gjøre noe med det og hvilke tiltak som bør settes i verk. Det er viktig å få frem nødvendigheten av forandringen i medarbeidergruppen og om

det er motstand til denne endringen. Ledere må velge en endringsstrategi basert på analysen. Underveis i prosessen gjøres målinger for å avdekke om det dukker opp noe som må tas tak i for å komme videre. Kotter referert i Bolman og Deal ((37), s. 433) beskriver hvordan endringer kan beskrives i 8 stadier. Disse stadiene kan ses som en prosess for endringer.

En slik prosess innebærer at noen punkter må man gå tilbake til, noen går over i hverandre men alle er viktige for å lykkes med endringer.

Endringsprosessen er som følger:

1. Det skapes en opplevelse av at noe er prekært.
2. Det settes sammen et styringsteam med den kompetanse, troverdighet og autoritet og de kontakter og forbindelser som skal til for å få til noe.
3. Det skapes en stimulerende visjon og strategi.
4. Visjonen og strategien formidles gjennom en kombinasjon av ord, handlinger og symboler.
5. En fjerner hindringer, eller setter folk i stand til å gå videre.
6. En skaper synlige symboler på framgang gjennom å vinne kortsiktige seirer.
7. En holder seg til prosessen og nekter å gi seg selv når det røyner på.
8. En dyrker og former ny kultur som kan støtte det nye som vokser fram.

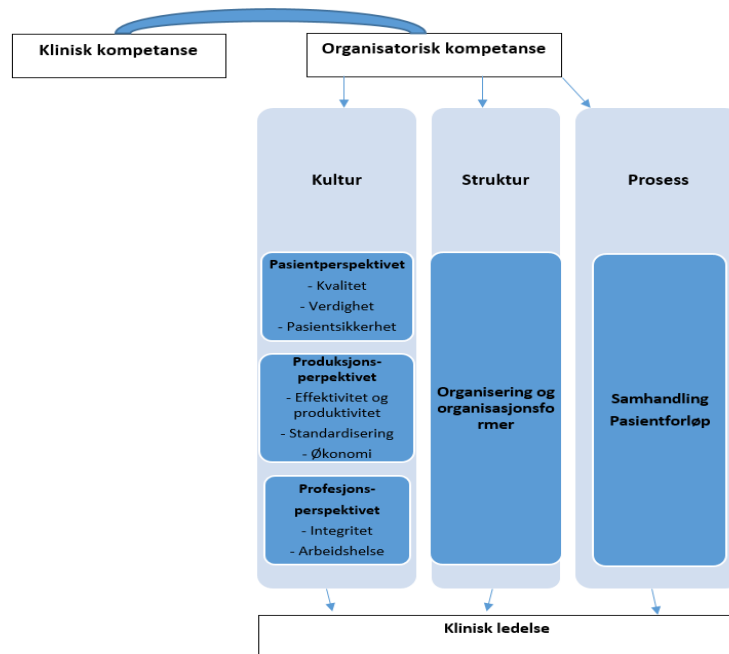
En annen suksessfaktor for å skape endring er å faktisk implementere ny praksis. Hennestad (45) viser i sin artikkel om endringsledelse og implementering til at endringsprosesser må ledes hvis de skal føre fram til målet. Det at man har satt en implementeringsdato betyr ikke at ny praksis er innført, det er da implementeringen starter.

2.4 Organisatorisk kompetanse

Som en oppsummering av teori og forskningskapittelet vil jeg vise til en modell som jeg synes favner både kvalitet, kvalitetsindikatorer, kvalitetsforbedring, kultur, organisasjonskultur, kvalitetskultur og ledelse.

Orvik (13) beskriver at kliniske virksomheter, som sykehus, er komplekse systemer hvor kultur, struktur og prosess er begreper som kan brukes for å forstå denne typen organisasjoner. Sammenhengen mellom kulturelt perspektiv, strukturelt perspektiv og

prosessuelt perspektiv har jeg forsøkt å beskrive nærmere med bakgrunn i hans modell om organisatorisk kompetanse (se figur 3).



Figur 3 Ledelse i sykehus

Profesjonsutøvere forventes å være faglig dyktige. Slik klinisk kompetanse er ofte individuell kunnskap. I og med at det er komplekse systemer, kreves det imidlertid mer enn dette. I et sykehus er mange faggrupper avhengige av hverandre og hverandres kompetanse. Når det gjelder organisering av pasientarbeidet er dette et ansvar for flere profesjoner. Kunnskap om organisasjoner og organisering (organisasjonskompetanse) er derfor nødvendig. Orvik (13) kaller dette «dobbeltkompetanse». Å ha både klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse kan bidra til å øke kvaliteten ved at man som profesjonsutøver har kunnskap, ikke bare faglig, om hvordan organisasjoner fungerer og evner å organisere sitt arbeide. I modellen ovenfor vises det til tre perspektiver; kultur, struktur og prosess som en del av den organisatoriske kompetansen. Ingebrigtsen et al beskriver viktigheten av organisering av arbeidet. Ved å bruke primærsykepleie og pasientansvarlig lege ble tilretteleggingen av arbeidet gjort slik at pasientene ble møtt med mer kontinuitet både fra leger og sykepleiere. Dette medførte større tilfredshet hos pasientene (46).

Det kulturelle perspektivet favner tre ting; pasientperspektivet, produksjonsperspektivet og profesjonsperspektivet. I pasientperspektivet ses begrepene kvalitet, kvalitetsindikatorer og pasientopplevd kvalitet. Produksjonsperspektivet viser til produktivitet og effektivitet sett opp mot tilstrekkelig bemanning og uforutsigbarhet. Profesjonsperspektivet er nær knyttet til medarbeidernes integritet og arbeidshelse. I og med at man i et sykehus behandler syke mennesker, så vil det være stor grad av uforutsigbarhet. Helsepersonell er profesjonsutøvere, ofte med lang utdanning og autorisasjon med enerett til å praktisere et bestemt yrke. Med lover og regler som regulerer yrkesutøvelsen, men også via stor grad av fagetikk. Dette gjør at man som helsepersonell er vant til å utøve selvstendighet i arbeidet (13). Innenfor det strukturelle perspektivet er tanken at det er viktig at helsepersonell har kunnskap om ulike organisasjonsformer. Forskjellige organisering som for eksempel linje-/stabsorganisering, matrise, prosjektorganisering, kan være klargjørende for ansvars- og myndighetsnivå i sykehuset. Kliniske mikrosystemer (tverrfaglige team) kan være en måte å arbeide for å få til kontinuerlig kvalitetsforbedring (13). Det prosessuelle perspektivet fokuserer på samarbeid, samhandling og arbeidsprosesser. Til sammen utgjør disse tre perspektivene klinisk ledelse.

Når vi snakker om organisatorisk kompetanse er det viktig å tenke tverrfaglig og ha pasienten i fokus. På denne måten kan man få til bedre pasientforløp, høyere kvalitet i behandlingen av pasienter og mer kontroll med ressursbruk.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er ment å gi både pasienter og pårørende informasjon om kvaliteten i sykehuset. Indikatorene er tenkt brukt som et verktøy i lokalt kvalitetsforbedrings arbeid og som styringsinformasjon. Det fremgår i melding til storting (13) at det er mulig å bedre pasienttilfredshet dersom et resultat fra en slik måling blir brukt i et konkret forbedringstiltak. Samtidig vises det til at kvalitetsmålinger må brukes på riktige premisser, slik at de ikke skaper unødig frykt hos pasientene (2).

3 Metode

Jeg inviterte syv personer til intervju, men endte opp med 4 intervjuer. En av lederne som ble forespurt tok kontakt etter min henvendelse. Vedkommende takket nei til å delta og begrunnet det med både tidsbruk og følelsen av å ikke kunne bidra noe særlig med akkurat dette teamet. De to siste lederne som ble invitert besvarte ikke henvendelsen, til tross for at jeg valgte å sende invitasjonen på nytt. De syv som ble invitert til å delta som informanter var strategisk utvalgt utfra kriteriet om lang erfaring fra sykehusledelse og at de har hatt ulike roller i sykehusorganisasjonen. De har altså unik kompetanse i, og oversikt over egen organisasjon. Alle hadde erfaring med pasienttilfredshetsundersøkelser. Informantene arbeider ved forskjellige kliniske avdelinger og i to ulike klinikker, samt i støttfunksjonen ved ett universitetssykehus i Norge. De representerer ulike nivåer i sykehuset, fra laveste ledernivå til klinikkledernivå. Begge de kliniske avdelingene gjennomfører eller har gjennomført pasienttilfredshetsundersøkelser.

3.1 Valg av metode

Forskningsdesign

For å få svar på mine forskningsspørsmål valgte jeg å bruke en kvalitativ tilnærming. Jeg valgte å bruke dybdeintervju med åpne spørsmål fordi jeg da i løpet av intervjuet ønsket å få frem ledernes egne erfaringer og meninger om temaet. Det var ønskelig at intervjuene ikke skulle være så strukturerte at informantene ikke kunne snakke fritt om sine erfaringer.

Tjora 2012 anbefaler dybdeintervjuer der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer (47). Det passer godt med tema for denne oppgaven. Som metode er dybdeintervju basert på fenomenologisk perspektiv, hvor det er ønskelig å få frem deltakerens opplevelse samt hvordan han/hun reflekterer over dette. Målet er å forstå og beskrive, ikke nødvendigvis å forklare og predikere (Tjora 2012). Enkelt forklart kan man si at det er å forstå og fortolke menneskelige fenomener og relasjoner.

3.2 Undersøkellesprosessen

Utarbeiding av intervjuguide

Jeg utarbeidet intervjuguide med 16 spørsmål (tabell 1). Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av teori, tidligere forskning og forskningsspørsmålene, for å forsøke å belyse hvilke erfaringer ledere har med brukererfaringsundersøkelser og om bruken av dem. De første 4 var innledende spørsmål. Etter innledningen benyttet jeg fire hovedspørsmål, hvert av dem med noen underpunkter for å forsøke å få en bedre beskrivelse ved flere sider av tema. Til sist valgte jeg å spørre om deltakerne hadde noen tanker om hvordan innhenting av data eller resultater fra kvalitetsundersøkelser eventuelt kan gjøres annerledes for å oppnå mål.

Gjennomføring av intervjuene

I forkant av intervjuene ble det sendt ut informasjon i en e-post om hensikten med prosjektet, forespørsel om deltakelse og hvordan intervjuene ville bli gjennomført. Når avtale om intervjuer var på plass, ble innkalling til intervju sendt ut til deltakerne.

Intervjuene ble gjennomført i perioden januar 2018 til juni 2018. Det tok seks måneder å gjennomføre intervjuene. I og med at man kan se på dette som «ferskvare» kan det synes som lang tid, men for å få datamaterialet mest mulig korrekt valgte jeg å ta notater underveis i intervjuene. Jeg transkriberte intervjuene etterhvert for å ha med meg helheten i intervjubildet og ikke glemme noe underveis. Det var satt av en time til intervjuene, men ingen av intervjuene tok lengre tid enn 40 minutter. Intervjuene ble gjennomført på egne møterom, eller på enkontorer. Det var kun jeg og deltaker tilstede på intervjuene. Ved intervjutidspunktet valgte jeg å starte med innledende spørsmål, hvor jeg sa noe om tema for samtalen, forklarte hva intervjuet skulle brukes til og bekreftet taushetsplikt og anonymitet. Intervjuene startet med at jeg spurte om eventuell helsefaglig bakgrunn, hvor lenge informanten hadde jobbet som leder (eventuelt ikke jobbet som leder) og antall ansatte i avdelingen vedkommende tilhørte. Etter de innledende spørsmålene ble spørsmålene mer rettet mot respondentenes erfaring med pasienttilfredshetsundersøkelser og bruken av dem.

Intervjuene var semistrukturerte, og det ble stilt oppfølgingsspørsmål underveis der det føltes naturlig. Deltakeren fikk mulighet til å stille spørsmål hvis de ønsket det. Under avslutningen av hvert intervju oppsummerte jeg hva som, i hovedtrekk, var sagt og spurte om jeg hadde forstått informanten riktig. Ved gjennomføring av intervjuene ble det brukt lydopptak. Dette ble avklart i muntlig samtykke, der også deltakeren ble gjort kjent med sin rett til å stoppe opptaket eller få det slettet. Lydbåndopptak ble lagret i låst skuff og ble slettet så snart de var transkribert (48). Transkriberte data ble oppbevart i henhold til sykehusets interne retningslinjer på tilgangsregulert område, på server. Disse var kun tilgjengelig for meg som masterstudent.

Dataanalyse

Opptakene av intervjuene ble transkribert, analysert og deretter slettet. Når intervjuene og rådata var samlet inn (transkribert), startet analyseprosessen. Etter transkribering ble intervjuene gjennomgått og analysert med bakgrunn i forskningsspørsmålene. I analysene har jeg tatt utgangspunkt i tematikken i hovedspørsmålene jeg stilte i intervjuene, og systematisert data i forhold til disse for å få frem funn og viktige poeng i forhold til forskningsspørsmål og problemstilling. Graneheim og Lundmans (49) kvalitative innholdsanalyse ble brukt som metode. Den kan brukes i analyse av kvalitative data for å få frem respondentenes oppfatning og erfaring. Etter at datamateriale var sortert forsøkte jeg å finne sammenhenger eller trender, som jeg kunne belyse opp mot tidligere forskning. Under skrivingen av kapittel om funn, ble transkriberte intervju gjennomgått på nytt for være sikker på at jeg hadde fått med alle erfaringer og oppfatninger informantene hadde med pasienttilfredshetsundersøkelser.

3.3 Metodekritikk

Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Respondentene ble valgt ut fra at jeg visste at de gjennomførte eller hadde erfaring fra å ha gjennomført pasienttilfredshetsundersøkelser. Deres erfaring er relevant i forhold til å få svar på min problemstilling. Utvalget av respondenter er få (4 intervjuer). Dette kan synes som et lite utvalg, men svarene som informantene har gitt viser likevel trender. Problemstillingen gjelder ledere, men kun to av informantene arbeider som ledere i dag.

De to andre respondentene har tidligere arbeidet som ledere i sykehuset. Jeg valgte likevel å intervju også de som ikke arbeider som ledere nå, da det gir et bilde på både situasjonen i dag og historikk i arbeidet med pasienttilfredshetsundersøkelser i sykehuset. Den ene av de to som ikke arbeider som leder er fortsatt involvert i arbeidet med kvalitetsundersøkelser.

Kvalitativ tilnærming gir mulighet til å gå i dybden, mens kvantitativ metode gir mer grunnlag for å generalisere (50). I og med at jeg har brukt bare kvalitativ tilnærming og få respondenter er jeg usikker på videre overførbarhet. Jeg føler likevel at jeg har fått en dypere innsikt i informantenes erfaringer og oppfatninger om pasienttilfredshet og pasientopplevd kvalitet. Tidligere forskning på temaet støtter også opp om flere av mine funn.

Å forske i egen organisasjon

Forskningen ble gjennomført ved to ulike klinikker og et stabssenter. Som tidligere ansatt i den ene klinikken har jeg god kjennskap til den ene avdelingen. Det at jeg kjenner mange av respondentene fra min jobb i sykehuset, kan ha påvirket svarene i form av at man enten har utelatt å si eller utdype noe. De kan ha tenkt at jeg hadde denne kunnskapen fra tidligere. Jeg er klar over at det kan være vanskelig å forske i forhold til tidligere kollegaer, men mitt mål med forskningen var at den skulle være gjennomført med respekt for deltakerne og for pasientene som i utgangspunktet har brukt tid på å delta i pasienttilfredshetsundersøkelser. Dersom forskningen viser at det er forbedringspotensial, håper jeg dette kan få konsekvenser til det bedre for pasientene.

Etiske og personvern-betraktninger

De viktigste etiske prinsippene er at deltakerne er informert, frivillighet og dokumenterbart/skriftlig, se vedlegg 1.

Studien ble søkt om og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg 3. I tillegg avklarte jeg med ledelsen ved de to avdelingene, om ressursbruk, før igangsetting av forskningen.

I presentasjonen av resultatet har jeg hatt fokus på å ivareta taushetsplikt, konfidensialitet og hindre eventuell kobling av resultat og enkeltpersoner. Et universitetssykehus er i utgangspunktet en stor arbeidsplass, men når det i hovedsak er ledere som er intervjuet blir det fort mer transparent. Siden utvalget er lite har det vært viktig for meg å anonymisere informantene slik at de ikke skulle kunne gjenkjennes. Dette har jeg gjort ved å omskrive noen av funnene til egne ord, men forsøkt å bevare meningsinnholdet fra informantene. Jeg har valgt å bruke sitater der jeg har funnet det naturlig, men gjenkjennbare trekk og uttalelser er utelatt eller omdefinert i oppgaven. Selv om uttalelsene er mine ord, så mener jeg at innholdet fra intervjuene er gjengitt korrekt.

4 Funn

I denne delen av oppgaven har jeg kategorisert og analysert de innsamlede data i følgende hovedområder: erfaringer med pasienttilfredshetsundersøkelser, formidling av resultater av undersøkelsene, avdelingens bruk av resultater og fremtidig bruk.

4.1 Erfaringer med pasienttilfredshetsundersøkelser

Alle respondentene hadde erfaringer med pasienttilfredshetsundersøkelser fra tidligere. Noen hadde initiert denne typen undersøkelser selv, eller vært med å gjennomføre undersøkelser. Andre hadde deltatt i utarbeidelse og koordinering av spørreskjema og datainnsamling.

En av respondentene fortalte at et av målene, den gang de startet med pasienttilfredshetsundersøkelser, var å se på om det var forskjell på pasienter som var godt informert i forkant av kirurgi basert på nytt tilbud versus de som hadde fått standard informasjon. Som vedkommende sa: «standard informasjon nær sagt eller det som vi kanskje oppfattet som litt manglende informasjon».

To av informantene var noe usikker på hvorfor avdelingen hadde startet arbeidet med kartlegging av brukererfaringer, men trodde at årsaken var at forskning hadde vist at god informasjon i forkant av operative inngrep kunne bedre effekten av operasjonen.

Det ble også bemerket fra en av deltakerne at fokus på pasientsikkerhet og feil og tilsyn gjorde at avdelingene var satt under press, og således utløste behov for kvalitetsmålinger og pasienttilfredshetsundersøkelser. I tillegg opplyser informanten om at det finnes en telefon hvor pasientene kan ringe. Da sykehuset initierte pasienttilfredshetsundersøkelser som en tjeneste, så følte ledelsen ved sykehuset behov for å ha flere kanaler inn, slik at pasientene hadde valgmuligheter for å få gitt tilbakemeldinger. Flere av informantene mente å huske at når avdelingene startet pasientkartlegginger i forbindelse med informasjon i forkant av kirurgi, så var det i hovedsak kirurgene selv som initierte slike spørreundersøkelser til pasientene. Dette engasjerte annet helsepersonell, som bidro med å følge opp både spørsmål, datainnsamling og rapportere til andre ansatte. En av lederne fortalte i denne forbindelse

at ved iverksettelse av kartleggingene om informasjon i forbindelse med kirurgi, så vedkommende leder at det hadde en bevisstgjørende effekt på de ansatte.

En annen av informantene svarte at vedkommende hadde deltatt i både utarbeidelse av undersøkelse og datainnsamling. Dette er ressurskrevende på mange nivåer i sykehuset og vedkommende hadde derfor tatt initiativ til å få en mer brukervennlig plattform for datainnsamling (elektronisk). Etter hvert har sykehuset fått eget analyseverktøy, som er felles for hele sykehuset, så det tas det ikke ut spesifikke rapporter lengre. Dette verktøyet er tilgjengelig for alle i sykehuset og her hentes ut oversikt over det man trenger. De som «eier» undersøkelsene går selv inn og henter ut resultater.

En av lederne ga følgende tilbakemelding på spørsmålet om hyppigheten av rapporter fra undersøkelsen - «1 gang i året, er det det da? Det er jeg litt usikker på. Mener det er 1 gang i året vi har oppsummering». En annen svarte at vedkommende fikk rapport to ganger i året. En informanten deltok ikke i dette arbeidet lengre og besvarte derfor ikke dette spørsmålet.

Sammenfatning

Tendensen i svarene på hvorfor avdelingene startet med å kartlegge pasienterfaringer lokalt, var at dette var iverksatt for mange år siden – før det ble et kvalitetsindikatorkrav. Man hadde, med bakgrunn i erfaringer og forskning, sett at slike kartlegginger kunne heve kvaliteten på behandlingen for pasientene. Det var også gjennomgående i svarene at initiativet til å starte med pasienttilfredshetsundersøkelser i all hovedsak ikke kom fra ledere, men fra helsepersonellet selv. Når det gjaldt hvor ofte lederne fikk rapporter fra undersøkelsene varierte svarene noe. Noen fikk årlige svar, mens det også ble vist til at rapporter kan hentes ut ved behov. Det ble ikke spurt spesifikt, under intervjuene, om lederne brukte sykehusets analyseverktøy til selv å hente ut rapporter.

4.2 Formidling av resultatene av undersøkelsene

En av informantene sa at resultater av pasienttilfredshetsundersøkelser som gjøres i avdelingen tas opp med personalgruppen i personalmøter.

En annen forteller det samme; at det informeres om resultater i personalmøter, men at det også noen ganger sendes ut som e-post til personalet ved avdelingen. Kvalitetstavle brukes til pasientsikkerhetsarbeid og ikke til brukerundersøkelsen, med unntak av om det blir iverksatt forbedringsområder som da får fokus ved hjelp av kvalitetstavlen i avdelingen. I tillegg tas resultater fra brukerundersøkelsen opp på avdelingens årlige fagdag. Pasienter informeres ved at det er laget postere i avdelingen som henger synlig for alle, hvor noen av resultatene fremgår. Avdelingsledelsen har valgt å ta ut fokusområder som fremheves på denne måten. Ledelsen ved avdelingen har også fortalt om undersøkelsen og resultater i flere innlegg og postere både på lokale konferanser og i nasjonal sammenheng. Avdelingen er også tildelt en pris for dette kvalitetsforbedrende arbeidet. At både ledere og medarbeidere ser resultater i form av konkrete forbedringstiltak og anerkjennelse for sitt arbeid, har etter lederens mening gitt både eierskap og stolthet til kvalitetsundersøkelsen som gjøres i avdelingen. Det virker motiverende på de ansatte. Lederen sier at det er viktig å få frem at både gjennomføring av undersøkelsen og analysearbeidet er ressurskrevende og tar en del tid, så da er det godt med anerkjennelse for det arbeidet man legger i det. En tredje informant opplyser at de informerte om svar fra pasienttilfredshetsundersøkelser i både møter med eget lederteam, driftsmøter og personalmøter. Etter hvert ble også kvalitets og arbeidsmiljømøter brukt til å kommunisere ut resultater. Dette gjaldt også de nasjonale undersøkelsene.

Den siste informanten fortalte selv om man i dag har teknologien som skal til for å kunne automatisere mye rundt slike pasientkartlegginger, så er det et ressurs spørsmål i organisasjonen. Sykehusets analyseverktøy er tilgjengelig, men ikke tatt i bruk i hele sykehuset. Avdelinger som bruker systemet kan hente rapporter ut ved behov.

På spørsmål om hvor ofte lederne kommuniserer ut resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelsene til medarbeidere, andre ledere og pasienter svarer to av respondentene at resultatene kommuniseres ut til personalgruppen en gang i året når lederne har mottatt svar fra datainnsamlingen.

To av respondentene ga tilbakemelding på at opplæring og kompetanseheving gis hvis det iverksettes konkrete forbedringstiltak med bakgrunn i brukerundersøkelsen.

Det jobbes mye med å få både ledere og medarbeidere til å få eierskap til undersøkelsen og svarene som foreligger. Samtidig som lederne ser at det er mye informasjon som skal ut til alle ansatte og ledelsen i avdelingen forsøker de å finne gode strategier for dette arbeidet.

En av informantene fortalte at i perioder hvor klinikken hadde gode systematiske innsamlinger av pasienterfaringer, så hadde klinikkledelelsen gode erfaringer med at personalet fikk innsikt i hvordan pasientene hadde det.

Og da var jo de som holdt på med det engasjerte og fulgte opp både spørsmålene og innsamlingen og rapporterte til de ansatte i litt forskjellige sammenhenger og i litt forskjellige fora hva som var pasientenes opplevelse. Og det brukte vi ganske mye for å bevisstgjøre de ansatte på at det de oppfattet som viktig kanskje ikke var det som pasientene oppfattet som var viktig. Og det, det hadde nok en ganske bevisstgjørende effekt på de ansatte.

Sammenfatning

Noen bruker resultater til å kommunisere videre til medarbeidere og ledere i egen avdeling, samt til pasienter/pårørende. I noen tilfeller bekjentgjøres resultater også ut over egen organisasjon, både regionalt og i nasjonal sammenheng. Internt i avdeling brukes personalmøter, kvalitets- og arbeidsmiljømøter, fremlegg på fagdager og postere til å kommunisere og informere om resultater fra undersøkelser. Eksternt er det gjort innlegg på både regionale og nasjonale konferanser. Slike undersøkelser kan ha en bevisstgjørende effekt på de ansatte, blant annet å se at det helsepersonell anser som viktig ikke nødvendigvis er det samme som pasienter anser som viktig.

4.3 Avdelingens bruk av resultater

På spørsmål om hvordan lederne brukte resultater av målinger i planlegging av avdelingens drift svarte to av lederne at i de tilfeller hvor de har satt i gang konkrete forbedringsprosjekt, så planla de dette inn i avdelingens drift. Blant annet i forhold til opplæring og kompetanseheving, men også ved implementering.

En av disse lederne sa det på følgende måte: «Ja vi bruker den til å planlegge og justere driften og hvordan vi jobber». Utfordringen kan være at det settes i verk nye tiltak og at personalet således kan mene at man ikke har tid til nye ting. Det settes derfor på arbeidslisten, slik at det blir en del av den daglige oppfølgingen.

En annen fortalte at avdelingen hadde et mål om å bruke resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelser til forbedringstiltak. Men som vedkommende leder sa det:

Men det er jo noen sånne grunnleggende problemer med det, og det er at representativiteten i svarene er jo alltid vanskelig å vurdere.

Fordi at svarprosenten er ganske varierende og den er veldig avhengig av at de som – at de ansatte – er bevisst på liksom å bevisstgjøre pasientene at det er viktig at de fyller ut eller svarer på de spørsmålene. Og det er jo ett sånt stort problem det er at det er veldig stor variasjon i hvor godt pasientene blir informert om den brukerundersøkelsen.

Det andre store problemet er jo at pasientene selv er jo også veldig forskjellige, sånn at av og til kan en jo få en opplevelse av at det er de som ikke har hatt de gode opplevelsene som mest benytter seg av å svare på sånt. Og det blir ofte små tall. Sånn at en er alltid litt usikker på hva er det egentlig som skjuler seg bak de tallene. Og så er det jo det med kvaliteten på de spørsmålene som brukerne får. Det er en kjempeutfordring. Og de nasjonale undersøkelsene som har vært har jo vært veldig store med veldig stort sett av varierte spørsmål. Alt spenner fra hva brukeren synes om alt fra renhold til individkontakter med helsepersonell og (...) altså det er et spenn som er veldig stort. Og det illustrerer jo hvor vanskelig det er – hva er det vi egentlig er ute etter å få tak i?

Et av spørsmålene i forbindelse med avdelingens bruk av resultater var om informantene brukte det i langsiktig planlegging. Til dette svarte en av respondentene at man på enheten evaluerer tiltak som er satt i verk. Og at man i denne sammenheng kartla og evaluerte om iverksatt tiltak hadde hatt noen effekt og om man skulle endre tiltak eller fortsette som tidligere.

En annen svarte at i og med at dette er en undersøkelse som pågår og har gjort det i mange år, så følger de opp resultater og justerer noen ganger undersøkelsen etter det. Blant annet har man sett behov for et fritekstfelt for pasientenes tilbakemeldinger og dette har man nå tilføyd på spørreskjema. Flere av respondentene kunne vise til konkrete forbedringsprosjekt som var innført med bakgrunn i pasienterfaringer.

Sammenfatning

Tendensen i svarene viser at noen har et bevisst forhold til å ta pasienterfaringer på alvor og sette i verk tiltak ut fra resultatene. En av lederne derimot fortalte om å ha erfart skepsis til gyldigheten og representativiteten i de svarene som pasienten ga. Dette med bakgrunn i om pasientene var godt nok informert, var det de riktige spørsmålene, var svarprosenten for lav eller var spennet i spørsmålene for store. Var det de som var mest misfornøyd med behandlingen som orket å svare på pasienttilfredshetsundersøkelsen eller svarte også de som hadde positive erfaringer?

På en avdeling kunne leder vise til at det var igangsatt i hvert fall seks konkrete forbedringsprosjekt med bakgrunn i resultater fra pasienterfaringer.

4.4 Fremtidig bruk

På spørsmål om de kunne tenke seg noe annerledes med innhenting av data eller bruk av resultatene hadde alle respondentene mange innspill.

En leder svarte at vedkommende ikke så noen behov for endring i måten å gjøre dette på. Svarprosenten på spørreundersøkelsen er på over 80 % og at dette indikerer at undersøkelsen er grei. En annen bemerket at det er ressurskrevende å gjennomføre og at man vurderer om spørreskjemaet er for omfattende (4 sider). Lengden på spørreskjema har, så langt, ikke påvirket svarprosenten.

En tredje respondent svarte følgende:

Jeg synes at disse opplevelsene som pasientene har (...) at vi ikke klarer å få de med oss på en ordentlig måte, systematisk. Det er jo ganske begredelig altså. Når vi nå i Norge og verden for øvrig, for dette er jo ikke noe som bare vi holder på med, har holdt på nå i 20 – 30 år med forskjellige former for sånn type etterspørsel hos brukerne. Og når du leser litteraturen så vil du sikkert se at det er ganske variert hvor mye man egentlig får ut av dette for pasientene. Og da tenker jeg litt sånn at kanskje er det på tide å tenke på andre måter å gjøre dette på? Fordi at det er liksom noe med at når du har holdt på med en metode i stor skala i lang tid og det fortsatt erkjennes at dette ikke er noe særlig god metode, da er det jo ikke noe særlig smart å drive og fortsette med det samme. Da bør en prøve å finne på noe annet. Hvis du spør meg om hvordan man skulle gjøre det i dag så ville jeg lagt om den og heller tenkt for eksempel det å følge enkeltpasienter i forløpet sitt, på en systematisk måte. Det ville jeg synes ha vært en måte å forsøke å finne informasjon på. Da får du informasjon i sanntid og min sånn erfaring som pasient og pårørende og som leder er at den forståelsen av hvordan pasienten har det den (...). Og da er vi tilbake igjen til det som var vårt første poeng også (...) hva er det pasientene er mest opptatt av? Det er noe annet enn det helsepersonell tror at pasientene er opptatte av. Og det er den koden eller det er den barrieren der som en bør prøve å lage en systematikk på

som gjør at man faktisk bevisstgjør seg som helsepersonell på hva vi som pasienter (...). Se hva pasientene opplever.

Ett av forslagene fra denne informanten var å for eksempel følge tre pasienter døgnekontinuerlig (24/7) i noen dager. På denne måten ville man få en forståelse av hvordan pasientene har det gjennom hele døgnet og oppholdet.

Jeg tror at det er stedet hvor en kan avdekke forhold som lett kan gjøres noe med. Så min anbefaling til de som har lyst til å gjøre noe med det nå for tiden, det er at de bør systematisk sørge for at ledere, leger og sykepleiere blir klistret på en pasient fra de kommer i mottakelsen eller på avdelingen og til de går ut igjen, altså. Få med seg hva som faktisk er opplevelsen til pasienten. Hele veien og egentlig så er det jo sånn at hvis du kommer elektivt så er det jo opplevelsen i forkant av dette, men særlig akuttpatientene der tror jeg vi har enormt mye å hente og som ikke koster noe særlig penger. Vi tror vi vet hva pasientene er opptatt av, men den dagen du er pasient selv så ser du det veldig godt eller hvis du er pårørende eller ett eller annet sånt så ser du forskjellen.

Samtidig sier vedkommende også at personalet hadde et større eierskap for de spørreundersøkelsene man laget selv, enn for de nasjonale undersøkelsen.

Vi hadde nok en større mål (...) eller en tydeligere målsetning om en pasientopplevelse, mens de nasjonale hadde et mye større (...) favnet mye større. Og faren med det er liksom at (...)hva brukes det da til? Og i noen sammenhenger er det jo sånn at det blir brukt for å dokumentere at vi faktisk gjør sånne kontakter med pasientene/brukerne for å fylle ut på et rapporteringsskjema til sentrale myndigheter og at vi har det. Eller vi har det til tilsynsmyndighetene for å fortelle dem om at vi har en systematikk på det. Og da svarer vi jo på systemansvarsiden av det, men problemet med at man har et formelt eller et (...) formelt system betyr jo egentlig ikke noe. Vi kan ikke av det være sikre på at vi faktisk har et system som er godt for pasientene. Men du «tikker» av noe som tilsynsmyndigheten og myndigheter og det offentlige samfunnet er opptatte av at vi skal ha. Så det er litt sånn hva (...) Hva er det som blir igjen til forbedringsarbeidet for pasientene og brukerne? Og det er jo en ubehagelig følelse av at det fort blir (...) altså at vi måler for å dokumentere at

vi måler. I stedet for at vi bruker det ordentlig i forbedringsarbeid. Så jeg tror liksom at den faren er jo helt reell den. Og så er det veldig mange av helsepersonellarbeiderne som opplever at spørsmålene og systematikken og sånt noe er dårlig at de liksom ikke (...). De tror ikke noe særlig på dem egentlig.

Den siste informant forteller om systemene som er laget for tilbakemeldinger fra pasienterfaringer og utfordringer knyttet til disse. Blant annet viser det seg at telefonen som pasienter kan ringe til har fått en utilsiktet funksjon som informasjonstelefon istedenfor å fange opp pasienters tilbakemeldinger. Samme informant ser i tillegg en annen utfordring med å bredde ut pasienttilfredshetsundersøkelser i alle enheter i sykehuset. Vedkommende mener sykehus må være meget bevisst på hvor mange spørreundersøkelser vi egentlig skal utsette pasientene for: «Hva gjør du når du for eksempel utsetter en pasient for 9 spørreundersøkelser i løpet av ett opphold? Hva gjorde du på sykehuset (...) nei jeg ble spurt om (...). Da ville pasienten være lei». Videre fortalte informanten:

Vi kan gjøre undersøkelser på nettbrett som står stabilt, på web og vi kan også sende SMS til pasientene. Vi har beredt grunnen med teknologi for å kunne ta det i bruk. Og så er det en ting til (...). Det er fint å bredde det her ut, men hva er det pasientene vurderer da? Hvis du har hatt et sykehusopphold, så har du kanskje vært innlagt på en eller flere avdelinger. Du har vært på røntgen, på operasjon, prøvetakingsenheten og så blir du spurt da på sengeposten – den utskrivende posten – hva er det egentlig du vurderer da? Er det hele oppholdet ditt? Det kan være (...). Noen pasienter har vært på samme sted hele tiden, men det er ganske mange som er innom forskjellige ting under oppholdet. Så det synes jeg ikke er så helt enkelt å gjøre en undersøkelse på og si at det er det de har svart på eller det (...). Og det andre er hvis vi lar dette være tilgjengelig som en undersøkelse på hver enhet, skal vi da spørre pasienten en hel serie spørsmål hver eneste plass de kommer? Det at det er bare noen få enheter som holder på med det er faktisk bra det. Inntil vi har løst en eller annen logistikk rundt dette her. Hvordan er det pasienten beveger seg? Og hvor mange slike undersøkelser skal pasienten måtte tolerere på et opphold. Det tror jeg er veldig få – veldig begrenset.

Hvis du kobler dette til journal og hvor du har vært, altså designer hvert spørreskjema til pasienten så kan det gjøres med teknologien i bunnen. Så får du

et type svar. Jeg tror at du også må (...) hvis du svarer på oppholdet da så sier vi at det er jo greit, men vi vet jo ikke hva dette som gjelder meg og min avdeling. Ledere, fagpersoner er kun opptatt av tilfredshet for min enhet og ikke på hele oppholdet. Og det er feil, fordi at for pasienten er det likegyldig (...). Hvordan fungerer systemet vårt og hva er ditt bidrag til at systemet fungerer godt? Og det er akkurat der potensialet ligger. Ikke i å suboptimalisere hver enhet bortetter og tro at helheten blir bra. Det er ikke det altså. Ja så det er noe med hvordan vi skal anvende dette klokt. Det skulle jeg gjerne hatt en debatt på slik at man ser de utfordringene det egentlig er.

Informanten påpeker også:

Jeg tror vi har vært for opptatt av å vise hvor god tilfredsheten egentlig er. Man må ha noe annet – altså en pasienttilfredshetsundersøkelse hvor målet er å score så høyt som mulig og vise at vi har god tilfredshet er ikke det som er poenget. Poenget er å få tak i forbedringspunkter. Altså må man ha en annen innfallsvinkel. Det er ikke for å vise hva vi er flinke til, men til å vise hva man kan bli flinkere på.

Sammenfatning

Som svarene antyder, er det flere av informantene som kunne tenke seg å gjøre noe annerledes med innhenting av data og/eller bruk av resultatene. Lederne som svarer at de er fornøyd med undersøkelsen og har høy svarprosent, er også de samme som tidligere har vist til helt konkrete forbedringstiltak med bakgrunn i resultatene.

Samtidig svarer alle respondenter at det å gjennomføre pasienttilfredshetsundersøkelser er meget ressurskrevende, både innhenting av data fra pasienten og analyse av data etterpå. Når man så legger til eventuelt endringsarbeid, så forstår man at i den daglige drift på en sykehusavdeling, så er dette utfordrende å få til.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg med utgangspunkt i tema og problemstilling, ta for meg funn og drøfte disse opp mot de teoretiske perspektivene jeg har valgt i denne oppgaven samt opp mot tidligere forskning.

Oppsummert viser resultatene at sykehuset var tidlig ute i å starte med kartlegging av pasientopplevd kvalitet. Disse undersøkelsene ble ofte initiert av helsepersonellet selv, med bakgrunn i kunnskapsbasert praksis. Resultater fra undersøkelser kommuniseres ut til både medarbeidere, pasienter/pårørende og i noen tilfeller også i regional og nasjonal sammenheng, noe som har en bevisstgjørende effekt på medarbeidere. En av informantene stiller spørsmål ved validitet og representativitet i data fra pasienttilfredshetsundersøkelser. Likevel er det avdelinger som iverksetter konkrete forbedringstiltak på bakgrunn av resultater fra undersøkelsene. Det er meget ressurskrevende å gjennomføre brukererfaringsundersøkelser og ønskelig å ta i bruk et kvalitetssystem for hele sykehuset, et system som gjør det lettere å samle inn og analysere data.

Helsedirektoratets målsetning med pasienterfaringer som kvalitetsindikator er at de kartlegginger av erfaringer, som vi innhenter, fra pasienter som har vært innlagt i sykehus, er en viktig indikator på kvaliteten på sykehusene. Å spørre pasientene og ikke minst følge opp de tilbakemeldinger vi får fra dem, gir oss muligheter til å gjennomføre forbedringer innenfor de områder som pasienten føler er viktige. (23)

Gjennom spørsmål i intervjuguiden søkte jeg å finne svar på tre forskningsspørsmål:

- Hvorfor gjennomføres brukerundersøkelser sett fra et lederperspektiv?
- Hvordan kommuniseres og brukes resultat fra pasienttilfredshetsundersøkelser?
- Er brukerundersøkelser et lederverktøy for kvalitetsforbedring?

5.1 Hvorfor gjennomføres brukerundersøkelser sett fra et lederperspektiv?

Som jeg viser til i innledningskapittelet så har det, særlig på 2000 tallet, kommet mer og mer helsepolitiske føringer på hvordan kvalitet i helsetjenesten og kvalitetsforbedring bør ivaretas av helse- og omsorgstjenesten. Forskriften (9) kom 1. januar 2017 og pålegger virksomheter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere arbeidet i virksomheten.

Som det fremgikk av intervjuer var det flere enheter som allerede på 90- tallet startet å kartlegge pasienterfaringer. Disse var i hovedsak relatert til en kartlegging av om pasienter som var godt informert i forkant av kirurgi hadde bedre forløp enn de som hadde fått «standard informasjon». Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring var altså ikke trådt i kraft på det tidspunkt hvor de første av de lokale pasienttilfredshetsundersøkelsene startet. Virksomheten selv hadde med kunnskapsbasert praksis som tilnærming startet å kartlegge pasienterfaringer, nettopp med tanke om å iverksette tiltak for kvalitetsforbedring. Med bakgrunn i disse funnene kan jeg ikke se at utgangspunktet for pasientkartlegginger lokalt i sykehuset var initiert ut fra datidens helsepolitiske krav. Imidlertid var det iverksatt nasjonale undersøkelser allerede på 90-tallet, som nok også fungerte som en inspirasjonskilde. Ingen av de avdelingene som viste til at de gjennomfører lokale pasienttilfredshetsundersøkelser, gjorde dette på oppdrag fra toppledelsen i sykehuset. Det virker derfor ikke til å være en del av styringssystemet.

Det fremgår også av funn at feil/ avvik og tilsyn fra helsemyndighetene gjorde at avdelingene var satt under press og kvalitetsmålinger og pasienttilfredshetsundersøkelser ble iverksatt. For å unngå feil i behandlingen av pasienter er det de senere år blitt mer fokus på pasientsikkerhet. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (9) sier i § 6d at virksomheten selv må ha rutiner for å kunne avdekke risikoområder med fare for svikt eller lovbrudd. Ledere i organisasjonen har ansvar for å ha gode avviks- og meldesystemer, hvor noe av målet med systemet må være læring og forbedring i sykehuset og ikke minst unngå feil i pasientbehandlingen. For sykehuset er det derfor viktig å bygge opp et godt styringssystem hvor kvalitetsforbedring og kontinuerlig forbedring også er sett som en del av virksomhetens styring (12).

Ett av funnene i min studie var at det i sykehuset finnes et kvalitetssystem som er utarbeidet, men ikke tatt i bruk i hele sykehuset. Årsaken er oppgitt til å være manglende ressurser og kapasitet til å ivareta dette. Kvalitetssystemet er elektronisk og resultater og rapporter kan hentes ut av alle i sykehuset som har tilgang til informasjonssystemet. Hvis sykehuset skal ha pasientperspektivet i fokus, må man anerkjenne pasientopplevd kvalitet. Gode pasientforløp med fokus på pasientsikkerhet må tas hensyn til i arbeidsplanleggingen til medarbeidere. Kompetanseutvikling og læring må være et mål og man må lære av sine feil – også på tvers i organisasjonen. For å sjekke helsetjenestens kvalitet må man da sikre seg tilstrekkelig informasjon og kunnskap. Det kan gjøres via kvalitetsmålinger og med definerte indikatorer. Ved å bruke målinger kan man avdekke kvalitetsbrister i tjenestene, som igjen kan gjøres noe med. For å få til dette må man ha et godt kvalitetssystem og et informasjonssystem som til enhver tid er oppdatert og hvor både ledere og medarbeidere kan innhente informasjon. Kliniske ledere må benytte seg av denne informasjonen og bygge opp kompetanse både på forbedringsarbeid, men også bygge en god kvalitetskultur i sin avdeling. Ha pasientperspektivet og pasienters mulighet til å fortelle om pasientopplevd kvalitet som fokus. Se til at de tjenester sykehuset tilbyr er i tråd med gjeldende lover, forskrifter og god klinisk praksis. I mine funn fremhever flere av informantene at å drive kvalitetsforbedring er meget ressurskrevende. Donabedians modell og også forskning viser til at dersom man ønsker et godt resultat for pasientene, så må man vurdere ressursbruk opp mot de aktiviteter/helsetjenester som gis for å oppnå best mulig helsegevinst for pasientene.

Det er viktig å ta hensyn til pasientopplevd kvalitet når gode helsetjenester skal planlegges, men det er ikke nødvendigvis slik at bedre erfaringer for pasientene ivaretar god praksis og ressursforbruk i sykehuset. Organisatorisk kompetanse som vist til i figur 3 understøtter at kliniske ledere må ha kunnskap om pasienterfaringer og hvordan de henger sammen med behandlingsmessige prosesser, samt ressursbruk (økonomisk og personalmessig). For å ha meningsfulle indikatorer for pasienterfaring er det derfor viktig at de ikke utvikles bare på myndighetsnivå, men i samarbeid med pasienter, pårørende, helsepersonell og forskere.

Når det gjelder hvor ofte rapporter fra undersøkelser mottas eller tas ut, så varierte svarene fra en gang om året til to ganger i året. Det er usikkert om det er godt nok kjent i sykehuset at man kan hente ut rapporter fra sykehusets eget analyseverktøy ved behov og at det er tilgjengelig for alle.

5.2 Hvordan kommuniseres og brukes resultat fra pasienttilfredshetsundersøkelser?

Jevnlig kommer det nasjonale resultater fra pasienterfaringer ved norske sykehus, som for eksempel PasOpp undersøkelser, som Folkehelseinstituttet gjennomfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Disse var tidligere rettet mot spesialisthelsetjenesten, men baseres nå på undersøkelser ved norske helse- og omsorgstjenester og publiseres i rapporter (7). Det gjennomføres faste undersøkelser med tre års mellomrom og årlige undersøkelser som varierer over tema.

Når det gjaldt hvor ofte lederne kommuniserte ut resultater fra brukerundersøkelser til pasienter og medarbeider, viser funn i denne studien at ledere kommuniserer resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelser til sine medarbeidere via blant annet personalmøter, via e-post, fagdager og kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg. En av informantene fortalt at i tillegg til å kommunisere resultatene ut i både lederteam, personalmøter og kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg, så hadde avdelingen også postere med noen fokusområder fra undersøkelsene hengende i avdeling hvor alle kunne se dem. Det er en fin måte for pasienter og pårørende å se at deres erfaringer er med på å underbygge en forbedringskultur i avdelingen. Denne lederen holdt også innlegg både lokalt og nasjonalt om den lokale pasienttilfredshetsundersøkelsen som ble gjennomført på denne avdelingen. Dette er i tråd med kravet i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (9) §7d som sier at virksomheten har en sørge for plikt til å la medarbeidere medvirke og gi tilbakemeldinger i forhold til forbedringsområder.

«Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» §8d (9), sier at organisasjonen skal ta utgangspunkt i pasienter og pårørendes erfaringer for å evaluere og utvikle tjenesten. Det er øverste leder i en organisasjon sin plikt å se til at pasienter og pårørende blir involvert og at det finnes et system for å evaluere slike data. I Forskriften § 8f (9) beskrives også virksomhetens plikt til å evaluere. Minst en gang i året skal organisasjonens styringssystem vurderes. Dette kaller de ledelsens

gjennomgang. I veilederen til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (11) vises det til eksempler for hva en slik gjennomgang bør inneholde. Foruten vurdering om oppnådde mål, resultater og om virksomheten drifter i henhold til lover, forskrifter og god praksis bør en slik gjennomgang også inneholde dokumentasjon av pasient- og brukertilfredshet og opplevd kvalitet.

Under intervjuene spurte jeg også om opplæring og kompetanseheving blir gitt i forbindelse med resultater fra kvalitetsundersøkelser. Funn viser at noen av lederne har fokus på dette. Dette gjaldt både i forhold til bruk av kvalitetstavle i forhold til pasientsikkerhet, og i forhold til konkrete forbedringsprosjekt som blir iverksatt. I henhold til «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» § 7b (9), skal virksomheten se til at medarbeider har den kunnskapen og kompetansen som er nødvendig for å kunne utføre jobben sin. I veileder til forskriften (11) fremgår det at dette også gjelder kunnskap om kvalitetsforbedring. Forbedringsmodellen til Nyen beskriver dette (33). Læring og implementering av ny kunnskap er en del av kvalitetskulturen som Mainz et al (12) beskriver. Aase (35) og Kirkhaug (34) fremhever at virksomheten må sørge for å ha prosesser hvor man via kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring sikrer organisatorisk læring. Herunder også læring på tvers i organisasjoner. Det er vanskelig å få til dersom hver enkelt enhet eller avdeling skal gjennomføre egne pasienttilfredshetsundersøkelser og ikke dele erfaringer hvor svikt i tjenestene forekommer, med andre, også utenfor egen avdeling. Vi har via media sett noen eksempler på hvor galt det da kan gå. Det er derfor viktig for en organisasjon å bygge opp en god kvalitetsforbedringskultur. Mine funn viser at noen ledere klarer å bygge tillitt, lede læring, formidle budskapet og skape en god kultur for forbedring (39). Det er selvfølgelig ressurskrevende, men det kommer noe konkret ut av det som ivaretar tilbakemeldinger fra pasientene. Orvik (13) beskriver sammenhengen mellom klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse, såkalt «dobbeltkompetanse». Klinisk ledelse i et sykehus må ha begge deler. Å ha faglig kunnskap som helsepersonell er selvfølgelig viktig, men å ha kunnskap og kompetanse i forhold til hvordan sykehuset er organisert og organisering av tjenestene er også helt nødvendig. Som klinisk leder er det å kunne planlegge, tilrettelegge og koordinere arbeidet en del av den daglige aktiviteten, og samtidig er man også leder over en gruppe mennesker som skal kunne fungere som et team. Som leder skal man inneha mange roller, men man bør ha pasienten i fokus og tenke kontinuerlig forbedring og kvalitetsledelse i alle ledd. Noen tar til ordet for at

dette kan gjøres gjennom å arbeide med forbedring i såkalte «mikroteam» eller tverrfaglige team. I dag er samhandling internt, men også eksternt ut mot andre samarbeidspartnere særdeles viktig. For å bygge gode, sømløse, pasientforløp må partene i helse- og omsorgstjenestene samarbeide godt, til det beste for pasientene.

Det fremkom under intervjuene at man ikke syntes at helsetjenesten, i løpet av alle de årene vi har holdt på med undersøkelser, klarer å få nok ut av dette for pasientene. Forskning viser også at når nasjonale undersøkelser brukes i kvalitetsforbedringsarbeid på lokalt nivå er det nødvendig med veiledning i hvordan man skal bruke resultatene, men uten å miste mulighet for lokale tilpasninger (36). Dersom man skal bruke både nasjonale og lokale undersøkelser til å kunne sammenligne seg med andre avdelinger eller sykehus må resultater være både relevante og bli gjort tilgjengelige raskt (24). Et viktig aspekt med at resultater fra pasienterfaringsundersøkelser ikke tas i bruk, er at en slik endring må ledes (45) og det krever kunnskap om kvalitetsforbedring blant ledere.

En av informanten fortalte at medarbeidere underveis i prosesser med pasienttilfredshetsundersøkelser fikk en bevissthet om forskjellen på hva helsepersonell synes er viktig for pasientene og hva pasientene selv synes er viktig. I studien fremkom det at de avdelingene som gjennomførte undersøkelser, samt igangsatte forbedringstiltak i forhold til resultater, hadde medarbeidere som følte eierskap og stolthet over egen lokal pasienttilfredshetsundersøkelse. Ved å kartlegge pasientopplevd kvalitet, spørre pasientene om hva som er viktig, kan man bidra til å styrke pasientrollen og skape pasientens helsetjeneste. Helsepersonell har da mulighet til å bistå med sin kunnskap og foreslå løsninger. For å få til dette er viktig å gjennomføre kartlegginger av pasientenes erfaring. Ett av forslagene som kom frem under intervjuene var å følge enkeltpasienter i forløpet sitt, døgkontinuerlig og systematisk. Det som i Pasientsikkerhetsprogrammet kalles «i pasientens fotspor» (51) . Informanten fremhever at det er forskjell på hva helsepersonell tror pasienter og pårørende er opptatt av og hva pasienten vurderer selv som viktig. Ved å følge en pasient gjennom hele pasientforløpet kan man få et unikt innblikk i hva pasienter erfarer og opplever under sitt opphold i sykehuset. Det ville kunne være en mulighet for å optimalisere pasientforløpene med bakgrunn i de observasjoner som gjøres.

5.3 Er brukerundersøkelser et lederverktøy for kvalitetsforbedring?

På spørsmål om lederne brukte dette i planlegging av avdelingens drift, fikk jeg til svar at noen av lederne i stor grad brukte resultater i planlegging av den daglige driften. Dette gjaldt også for opplæring/kompetanseheving og i implementering av forbedringstiltak. Ved en avdeling ble det fremhevet at dette var en så stor del av den daglige driften at det sto på arbeidslisten. På den måten var det avsatt tid og ressurser til å ivareta dette.

Når det gjaldt langsiktig planlegging så hadde man siden undersøkelsen startet for mange år siden justert både spørreskjema og fremgangsmåte, flere ganger, i henhold til de tilbakemeldinger som var kommet fra brukerne. Blant annet hadde man sett at for å få frem pasientenes opplevde kvalitet, så var det ikke nok med avkrysning eller score på skala. Best tilbakemeldinger fikk man når det i tillegg ble innført felt i spørreskjema hvor det var rom for fritekst og hvor pasienten med egne ord kunne gi tilbakemeldinger på opplevd kvalitet.

Avdelingene som brukte kvalitetsundersøkelser aktivt viste til at når rapport med resultater fra undersøkelsen ble fremlagt, gikk de aktivt inn og evaluerte de ulike tiltakene som var satt i verk, om resultatene viste at de hadde hatt noen effekt og om man skulle endre på tiltaket eller fortsette som tidligere. Dette er i henhold til kvalitetsforbedringsmodellen til Nyen (33), figur 2. Avdelingen har da med utgangspunkt i tidligere resultater fra kartlegginger av pasienterfaringer brukt denne modellen. Først for å avklare om det er behov for en kvalitetsforbedring, så målsetning med forbedringen (mål og effektmål) og til sist vurdert hvilke tiltak som settes i gang. Dernest har man iverksatt tiltakene, og når nye resultater foreligger kontrollerer avdelingsledelsen om tiltak har hatt effekt og om det eventuelt skal korrigeres. Dette beskriver etter min mening en avdeling hvor både ledere og medarbeidere har utviklet en god kvalitetskultur og driver med kontinuerlig forbedring, jfr. Mainz et al (12). Avdelingen søkte altså å optimalisere pasientforløpene for deres gruppe pasienter, via struktur, prosess og resultat.

Kvalitetsledelse er i henhold til Mainz et al (12) integrert i mange av lederrollene (figur 3). For noen av lederne ble alle disse lederrollene ivaretatt når det gjaldt kvalitetsforbedring og kvalitetsforbedringskultur. Dog viser studien også at dette gjelder enkeltavdelinger og ikke virksomheten som helhet. Det virker å være en tendens i studien til at nasjonale undersøkelser er en sak, mens de lokale undersøkelsene hvor man søker å finne pasientopplevd kvalitet er mer drevet av ildsjeler enn av at organisasjonen har satt dette i system.

Ved å måle pasienttilfredshet kan man oppdage svikt eller svakheter ved helsetjenestene. Som studien også viser, så kan fokus på pasienters opplevelse bidra til bevisstgjøring av hva som er viktig for pasienten. Vi må tørre å spørre oss selv som helseinstitusjon om våre helsetjenester i samsvar med pasientenes behov og ikke minst forventninger. Som nevnt tidligere er pasienterfaringer og pasienttilfredshet to forskjellige ting, men overlappende. Hvis man ser store surveyundersøkelser med pasienttilfredshet som mye kvantitative data, med svar i henhold til gitte kvalitetsindikatorer, som ofte helsepersonell har spesifisert (ikke pasientene). Pasienterfaringer kan kanskje da sies å være mer kvalitative data. Når man i spørreskjema har gitt mulighet for at det ikke bare er avkrysning og scoretabell men fritekstfelt, gir man pasientene mer mulighet til å svare subjektivt på undersøkelsen. Dette ble fremhevet i funn fra intervjuer som viktig, fordi man da fikk frem andre aspekt ved pasientenes erfaring med oppholdet. Helsepersonell og pasienter vurderer nok kvalitet på ulik måte. Ulike dimensjoner for hva som er viktig for at pasienten skal bli fornøyd med et sykehusopphold. Dette er det viktig å huske på både når man utvikler og analyserer pasienttilfredshetsdata.

En av informantene fortalte at informasjon til pasienter om undersøkelsen, varierende svarprosent, kvaliteten på spørsmålene gjorde at man slet med å finne ut hva man egentlig var ute etter. At noen finner det vanskelig å bruke resultatene grunnet tvil om validiteten i tallene er grunn til å vurdere om man bør utarbeide egne undersøkelser som også gir pasientene mulighet til å svare i fritekstsøk, slik at man får vite hva pasientene oppfatter som viktig og som god kvalitet. Det er ikke nødvendigvis slik at lav svarprosent eller dårlige tilbakemeldinger betyr at dette har noe med personalets innsats å gjøre. Det kan være at det kreves endringer i struktur, som for eksempel mer personale

på vakt eller økt antall senger. Kvalitetsindikatorer må ses i sammenheng med sykehuset rammer (2). Den informasjonen vi får via kvalitetsundersøkelser er viktig for ledere i forhold til å være et lederverktøy som beslutningsgrunnlag når oppgaver og ressurser skal fordeles. Data bør etterspørres regelmessig for slik å kunne bruke det til styring i virksomheten. Samtidig er det grunn til å merke seg funn i studien som viser til at virksomheten bør ha et kvalitetssystem som ivaretar dette og at det er et helhetsbilde som etterspørres. Hvis alle enheter innfører brukererfaringsundersøkelser, kan vi ende opp med spørreskjema på hver enhet i organisasjonen. Dette vil ikke være gunstig for pasientene, og heller ikke for læring på tvers i organisasjonen.

Tendensen gjennom studien er at sykehuset ikke har en god struktur på hvordan kvalitetsforbedringsarbeidet skal foregå. Det blir litt tilfeldig hvordan dette blir gjennomført. I henhold til «veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»§6b (11) er det leder med overordnet ansvar som skal sørge for at det finnes system for å innhente kunnskap og informasjon, både internt og eksternt. Dersom det finnes et slikt system, virker det ikke til å være godt nok kjent i sykehuset. Enkeltavdelinger ser ut til å bygge god kvalitetskultur, hvor man fokuserer på å kartlegge pasienterfaringer og faktisk bruke noen av disse tilbakemeldingene fra pasientene i konkrete kvalitetsforbedringsprosjekt. Dette er ressurskrevende og dersom det ikke er en del av styringssystemet i sykehuset blir det nødvendigvis slik at de som ønsker det gjennomfører undersøkelser, mens andre ikke. Som det fremgår av funn så er det et eksisterende elektronisk kvalitetssystem som kan ivareta brukererfaringsundersøkelser, men det oppgis å ikke være tilstrekkelig med ressurser og kapasitet til å ta dette i bruk fullt ut. I tillegg er det ikke avklart hvordan man internt i sykehuset skal bruke dette verktøyet. En informant sier at teknologien gir mulighet for å koble spørreskjema mot journal og designe det til pasienten, men da bør det være i forhold til det totale oppholdet for pasienten og ikke ved enkeltenheter. Da er det en utfordring at de ulike enhetene er opptatt av pasienttilfredshet på egen enhet og ikke gjennom hele pasientforløpet. Jeg vil tro at for pasientene er det vel gjerne slik at de ser oppholdet under ett og ikke inndelt i siloer og således gjerne ser at de får ett spørreskjema å forholde seg til og ikke flere.

Høie (8) fremhevet i 2014 at endringer i ledelse, systemer og kultur skulle bidra til kvalitet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Min studie viser at noen ledere bruker pasienttilfredshetsundersøkelser som lederverktøy for kvalitetsforbedring i egen enhet. Andre virker å bruke undersøkelser om pasientopplevd kvalitet til å kunne møte overordnede krav om kvalitetsmåling (måle for å måle). I den daglige driften på en avdeling, hvor knapphet på både økonomiske og personalmessige ressurser er hverdagen kan lett løsningen på krav om gjennomføring av pasienttilfredshetsundersøkelser bli at lederne blir for opptatt av undersøkelsen i seg selv og vise til god svarprosent, heller enn å se hva vi kan bli bedre på. Dersom det ikke blir et system som gjør det lettere, har da sykehuset ressurser og kapasitet til å gjennomføre kartlegginger av pasientopplevd kvalitet på en ideell måte?

6 Konklusjon

Studien har bare fire informanter, noe som er relativt få med tanke på representativiteten for svarene, men jeg mener likevel å kunne vise til klare tendenser i tilbakemeldingene. Gjennom min analyse har jeg trukket frem noen av deres erfaringer og oppsummert dem med egne ord her.

Studien viser at vi ikke har klart å utarbeide et nasjonalt system som, godt nok, får frem alle pasienters opplevde kvalitet med helsetjenestene. Forskning viser også at det er metodologiske utfordringer med validitet og representativitet i respons fra brukerne. Myndighetene har fortsatt stort fokus på dette arbeidet, via «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (9) og nasjonale undersøkelser. Arbeidet med implementering av ny kunnskap og kompetanse begynner ved innføringsdato, men krever en organisasjon hvor kvalitetsledelse er en del av kvalitetskulturen. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017, så det er mulig det er for tidlig å vente klare endringer.

Studien viser et behov for at sykehuset har en klar strategi på hvorfor og hvordan en skal drive med brukererfæringsundersøkelser. Via styringssystem, for eksempel «ledelsens gjennomgang» kan fokus på pasientopplevd kvalitet, ses i sammenheng med andre kvalitetsindikatorer som en del av det totale kvalitetsbildet. Systematisk fokus på å skape en god kvalitetskultur er viktig, slik at kartlegging av pasienterfaringer ikke blir noe enkeltavdelinger driver med og som ikke får fokus utenom i egen enhet. Dette innebærer gode teknologiske løsninger for datainnsamling, men også at det er tilstrekkelig med ressurser og kapasitet til å analysere data for kontinuerlig forbedringsarbeid ut fra pasientopplevd kvalitet.

Kvalitetsundersøkelser med pasientopplevd kvalitet har absolutt sin verdi i å gi oss «pasientens helsetjeneste», men det forutsetter at de brukes til kvalitetsforbedring. Hvis ikke er det meningsløst og respektløst å kaste bort både pasientenes tid og sykehusets ressurser på å gjennomføre målinger. Da måles det for å måle og ikke til å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Som en av informantene bemerket det: **«Det er ikke for å vise hva vi er flinke til, men til å vise hva man kan bli flinkere på».**

Referanseliste

1. Specialisthelsetjenesteloven 1999. Lov om spesialisthelsetjenester m.m. av 1999-07-02- nr 61, (2001).
2. Frich JC, Ramleth Ø. Pasienttilfredshet som mål for kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2004;124(1):88-.
3. Folkehelseinstituttet. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015 Folkehelseinstituttet [cited 2017 28.09]. Available from: <https://www.fhi.no/contentassets/f1656ccea8d243acabd94ca7574155bf/84-nasjonalt.pdf>.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Departementenes servicesenter; 2012.
5. Holte TO, Bjertnaes OA, Stavem K. [Is there a relationship between hospital size and patient experience?]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2005;125(12):1685-8.
6. Helseforetaksloven 2001. Lov om helseforetak m.m. 2001-06-15 nr 93, (2002).
7. Helsebiblioteket. PasOpp-undersøkelser - nasjonale brukererfaringer Helsebiblioteket.no2018 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>].
8. Regjeringen.no. Pasientens helsetjeneste online2014 [cited 2016 27.10.]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Lovdata.no: Lovdata.no; 2017.
10. Aune A. Kvalitetsdrevet ledelse - kvalitetsstyrte bedrifter. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2000.
11. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. In: Helsedirektoratet, editor.: Helsedirektoratet; 2017. p. 57.
12. Mainz J, Bartels P, Bek T, Møller Pedersen K, Krøll V, Rhode P. Kvalitetsudvikling i praksis. København: Munksgaard; 2011.
13. Orvik A. Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. Archives of pathology & laboratory medicine. 1997;121(11):1145-50.
15. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. International Journal for Quality in Health Care. 2003;15(4):337-44.
16. Kobayashi H, Takemura Y, Kanda K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure- process- outcome approach theory. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2011;25(3):419-25.
17. Garratt A, Bjertnæs ØA, Nasjonalt kunnskapssenter for h. Pasientrapporterte resultatmål (PROMS) som nasjonale kvalitetsindikatorer : kvalitetskriterier og standard utviklings prosess. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld.St. 6 Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. In: omsorgsdepartement DkH-o, editor. 2017. p. 55.
19. Sweeney J, Brooks AM, Leahy A. Development of the Irish National Patient Perception of Quality of Care Survey. International Journal for Quality in Health Care. 2003;15(2):163-8.
20. Bratlie MS. Pasienttilfredshet som kvalitetsindikator. 2015.
21. Rygh LH, Mørland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2006;126(21):2822-5.

22. Helsedirektoratet. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer helsenorge.no2014 [cited 2018 21.11]. Available from: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>.
23. Helsedirektoratet. Pasienterfaringer med somatiske sykehus: Helsedirektoratet; 2015 [29.10.2018]. 1.0:[Available from: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Kvalitetsindikatorer/KI%20definisjoner%20Somatisk%20helse/Pasienterfaringer%20med%20somatiske%20sykehus.pdf>.
24. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld.St. 11 Nasjonal Helse- og sykehusplan (2016-2019). In: omsorgsdepartementet DkH-o, editor. 2015. p. 147.
25. Bjerkan AM, Skudal KE, Holmboe O, Bjertnæs ØA, Nasjonalt kunnskapssenter for h. Pasienterfaringer med norske sykehus : nasjonale resultater i 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013.
26. Garratt A, Bjertnæs ØA, Krogstad U, Gulbrandsen P. Pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2005;125(4):421-4.
27. Skudal KE, Garratt AM, Eriksson B, Leinonen T, Simonsen J, Bjertnæs OA. The Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ): cross-national comparison of data quality, internal consistency and validity in four Nordic countries. BMJ Open. 2012;2(3).
28. Pettersen KI, Hofoss D, Sjetne IS. Pasienterfaringer i norske sykehus - endringer over tid? Tidsskrift for Den norske legeförening. 2003;123(24):3600-3.
29. Helsedirektoratet. Varierende kvalitet på helsetjenester Helsedirektoratet.no2018 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/varierende-kvalitet-pa-helsetjenester>.
30. Staniszewska S, Ahmed L. Patient involvement in the evaluation of health care: identifying key issues and considering the way forward. Coronary Health Care. 2000;4(1):39-47.
31. Fitzpatrick R. Capturing what matters to patients when they evaluate their hospital care. Quality and Safety in Health Care. 2002;11(4):306.
32. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide : A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2nd ed. ed. Hoboken: Wiley; 2009.
33. Bjørnar N. Modell for forbedring - Langley et. al. Helsebiblioteket.no2011 [cited 2017 19.07]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-forbedring-langley-nolan>.
34. Kirkhaug R. Endring organisasjonsutvikling og læring: Universitetsforlaget; 2017.
35. Aase K. Pasientsikkerhet : teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforl.; 2010.
36. Haugum M, Danielsen K, Iversen HH, Bjertnæs O. 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 : journal of the International Society for Quality in Health Care. 2014;26(6):592.
37. Bolman LG, Thorbjørnsen KM, Deal TE. Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler. 5. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
38. Strand T. Ledelse, organisasjon og kultur. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2007.
39. Ekman G. Fra prat til resultat : om lederskap i hverdagen. Oslo: Abstrakt forl.; 2004.
40. Wisur SA, Sjøvold E. Organisasjonskultur i sykehus - Kommunikasjon og samhandling mellom helseprofesjoner. NTNU; 2016.
41. Høst T. Å være leder i helse- og sosialsektoren. Oslo: Tano Aschehoug; 1997.
42. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis Helsebiblioteket.no [cited 2018 11.30]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.
43. Sanyang FA. Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? : the case of Østfold Hospital Trust in Norway = Er pasienttilfredshetsundersøkelser kvalitetsforbedringstiltak eller symbolsk handling? Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2006.

44. Kotter JP, Schlesinger LA. CHOOSING STRATEGIES FOR CHANGE. Harvard Business Review. 2008.
45. Hennestad BW. Endringsledelse som implementering - sentrale utfordringer. Magma. 2002;5(3):76-87.
46. Ingebrigten T BR, Hansen ÅM, Nyvoll S, Bergseth H. Pasienttilfredshet i en sykehusavdeling med primærsykepleie og pasientansvarlig lege. Sykepleien forskning. 2009(2003 91(16)(44-47)):10.
47. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
48. Kalleberg R. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo: Forskningsetiske komiteer; 2006.
49. Graneheim U.H LB. Qualitative content analysis in nursing reseach: concepts. procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2003:8.
50. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. Oslo: Abstrakt forl.; 2004.
51. Helsedirektoratet. I pasientens fotspor pasientsikkerhetsprogrammet.no [cited 2018 12.09]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3777/i-pasientens-fotspor>.

Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning av NSD

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*” Kartlegging av pasienterfaringer, har det betydning for kvaliteten på tjenestene som tilbys?
Erfaring fra ledere”*

I forbindelse med erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen skal jeg gjennomføre en studie for å få kunnskap om hvordan lederne velger å bruke data man samler inn via pasienttilfredshetsundersøkelser til kvalitetsforbedring. I intervjuene vil jeg fokusere på disse hovedspørsmålene:

- Hvorfor gjennomføres brukerundersøkelser sett fra et lederperspektiv?
- Hvordan kommuniseres og brukes resultat fra pasienttilfredshetsundersøkelser?
- Er brukerundersøkelser et lederverktøy for kvalitetsforbedring?

Du forespørres om å delta i studien. Jeg har planlagt å intervju;

Seksjonssykepleier, oversykepleier, avdelingsleder og representant fra kvalitetsavdelingen ved sykehuset

Hva skjer med innsamlet informasjon?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Under gjennomføringen av intervjuer er det ønskelig å bruke lydopptak, hvor dere som deltakere er anonyme. Du vil ha rett til å stoppe opptaket eller få det slettet i etterkant. Lydbåndopptak vil bli lagret i låst skuff og vil bli slettet så snart de er transkribert. Transkriberte data lagres i henhold til sykehusets interne retningslinjer på tilgangsregulert område, på server. Disse vil kun være tilgjengelig for masterstudent og veileder. Jeg vil i min prosjektrapport sikre anonymitet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes juli 2018 og alle opplysninger som er innhentet vil bli slettet ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Janne Nilssen, 91 35 86 16.

Universitetet i Bergen er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet og Inger Lise Teig, 55 58 85 14 er daglig ansvarlig. Studien er godkjent til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke for _____(navn)

Jeg har mottatt informasjon om studien «Kartlegging av pasienterfaringer, har det betydning for kvaliteten på tjenestene som tilbys? Erfaring fra ledere». Jeg samtykker i å delta i studien

Sted:_____ Dato:_____ Navn:_____

Intervjuguide

Åpning

- Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål)
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet
- Spør om noe er uklart og om deltakerne har noen spørsmål
- Informer om ev. opptak, sørg for samtykke til ev. opptak
 - Hvilken helsefaglig bakgrunn har du?
 - Hvor lenge har du jobbet som leder?
 - Hvor mange ansatte er det i din avdeling?
 - Hva slags erfaringer har du med pasienttilfredshetsundersøkelser?

Midtdel

Kan du si noe om pasienttilfredshetsundersøkelsen som gjøres i avdelingen?

- Hvorfor startet dette?
- Hvem initierte?
- Hvor ofte får du rapporter fra pasienttilfredshetsundersøkelsene?

Hvordan kommuniseres resultatene av undersøkelsene (til medarbeiderne/ledere/pasienter)?

- På hvilken måte?
- Hvor ofte?
- Blir opplæring/kompetanseheving planlagt i forhold til resultater fra kvalitetsundersøkelsen?

Hvordan bruker du resultater av målinger;

- I planlegging av avdelingens drift?
- Bruker du resultatet i langsiktig planlegging?
- I konkrete forbedringsprosjekt?

Kunne du tenkt deg noe annerledes med innhenting av data og eller ved bruk av resultatene?

Avslutning

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?

Inger Lise Teig
Fosswinckelsgate 14
5007 BERGEN

Vår dato: 23.10.2017

Vår ref: 56368 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.10.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

56368	<i>Kartlegging av pasienterfaringer, har det betydning for kvaliteten på tjenestene som tilbys? Erfaringer fra ledere</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Inger Lise Teig</i>
Student	<i>Janne Kristin Nilssen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Bergen sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Bergen er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.07.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / belinda.helle@nsd.no