

Rigshospitalet

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

En kritisk gennemgang af den ledelsesmæssige anvendelse af Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP)

Jens G. Hillingsø
24-05-2012

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

I.	Indledning	
1.	Indledning	4
2.	Problemstilling	7
II.	Problemformulering	
1.	Problemformulering	9
2.	Afgrænsning	10
3.	Opbygning	11
III.	Teori	
1.	Teori	12
2.	Metodeteori	12
3.	Ledelsesteori	13
IV.	Empiri	
1.	Materiale og metode	16
2.	Resultater	19
V.	Analyse	
1.	Præstationsmålinger og incitamentsstruktur	30
2.	Motivation	35
3.	Institutionalisering	38
VI.	Konklusion	
1.	Konklusion	45
VII.	Perspektivering	
1.	Perspektivering	46

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

VIII.	Summary	47
IX.	Litteratur	50
X.	Forkortelser	53
XI.	Bilagsliste	54

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

I Indledning

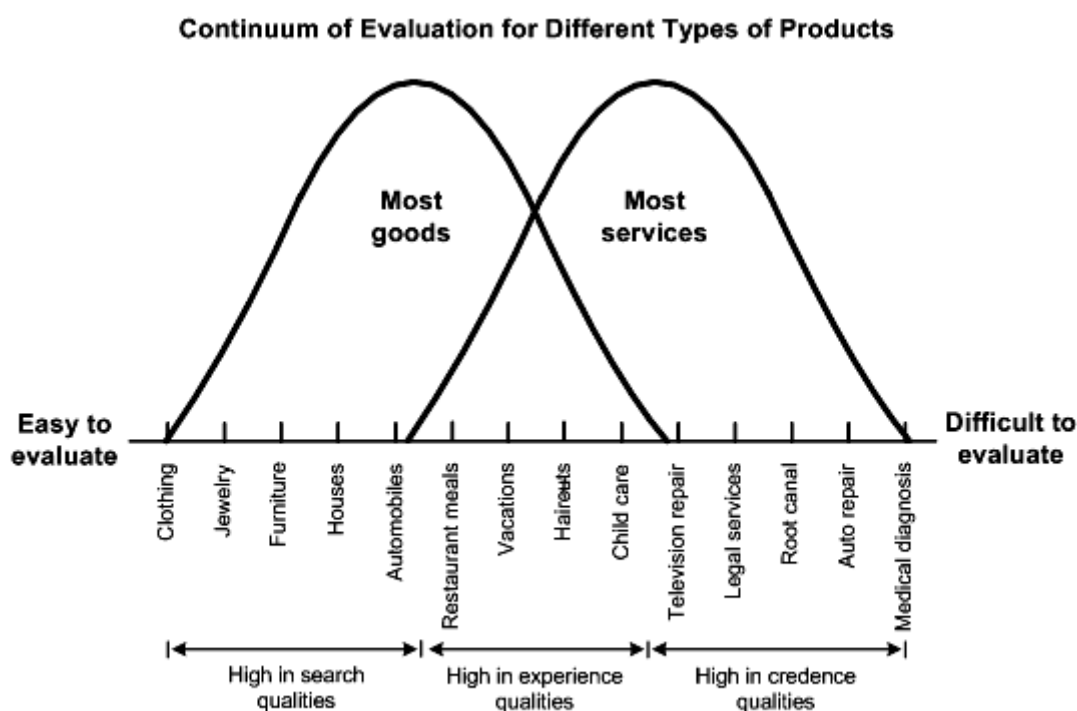
I.1 Indledning

Vi har på kirurgisk afdeling C på Rigshospitalet indført det optimerede patientforløb for patienter, der skal have foretaget lever kirurgi (fjernelse af svulster i leveren). Det optimerede forløb har til formål at forbedre behandlingen og plejen af patienterne for dermed at gøre dem hurtigere klar til at genoptage deres daglige funktioner eller få supplerende behandling, der for cancerpatienters vedkommende oftest er kemoterapi. Som led i optimeringen sker der også en afkortelse af indlæggelsesforløbet, som ligeledes skaber et grundlag for en bedre udnyttelse af de rådige ressourcer. Når man gennemfører en ændring i patient behandlingen, skal den kvalitetsmæssig være mindst lige så god og sikker som den foregående behandling. Dette måles typisk på sygelighed, dødelighed, 5-års overlevelse, indlæggelsesdøgn, genindlæggelser mm. Det optimerede patientforløb har været afprøvet hos patienter efter operation for en lang række forskellige lidelser, typisk i den lidt lettere ende (små ar, kikkertoperationer, operationer i lokalbedøvelse). Det har ikke tidligere været afprøvet efter leveroperationer, der er et kompliceret og stort operativt indgreb. Det optimerede patientforløb giver mulighed for at kombinere faglighed og effektivitet.

Siden midten af 90-erne er der sket en faglig evolution, hvor medicinen så at sige er skiftet fra at være læge fikseret til at være patient centreret (Mead and Bower 2000). Som led i denne evolution er patientens mening blevet af betydning, hvad angår lovgivning, medicinsk uddannelse, pleje og ikke mindst ved kvalitetskontrol. Dette indebærer, at man som et led i en behandlings ændring også skal kende effekten på den patient opfattede kvalitet eller patient tilfredsheden. Den voksende utilfredshed med og kritik af Sundhedsvæsenets manglende gennemsigtighed og åbenhed blev adresseret ved Sundhedsstyrelsens udvikling af en national strategi for kvalitetsudvikling i 1993. I 2002 blev der indgået en aftale med et økonomisk grundlag for udvikling af en fælles dansk model for kvalitetsvurdering. I Regerings grundlaget fra 2005, hvor det blev fastslået, at patienterne har krav på klar og forpligtende information blandt andet for at kunne foretage det frie valg var grundstenen til indførelse af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) lagt. I forbindelse med udviklingen tog Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet initiativ til nedsættelse af et terminologiudvalg. De definerede kvalitet som *"De samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller*

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

alment underforståede behov og forventninger”. Derudover benævntes dimensionerne (struktur, proces og resultat), aspekterne (medicinsk teknisk, interpersonelle og organisatoriske) og perspektiver (patient, sundhedsfagligt og organisatorisk). Definitionen af kvalitet har været genstand for megen forskning og navnlig relateret til produktudvikling, men med *brands* er det klart, at der også er en psykologisk faktor eller som beskrevet i relation til sundhedsvæsenet, at ”de bløde værdier” spiller en rolle modsat de sædvanlige positivistiske opgørelser. Derfor udgør kvaliteten et continuum, hvor typen af produktet afgør, hvor enkelt det er at definere.



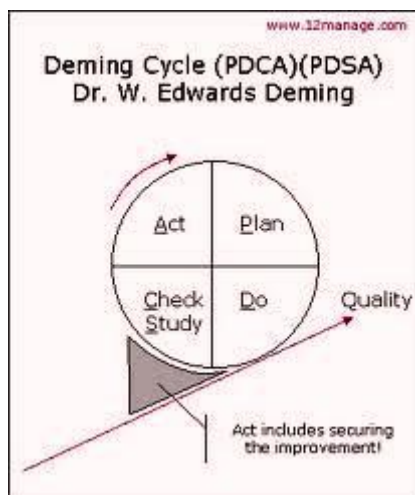
Kilde: Zeithaml & Bitner: Services Marketing, McGraw-Hill, 2003

Figur 1. Kvalitet vurdering af forskellige produkter.

Som led i i denne bedømmelse henetede man inspiration fra Institute for Healthcare Improvement og anvendte som grundlag for udviklingsarbejdet inspiration fra WA Deming, som blandt meget andet er kendt for sin branding af Japan og den Japanske model med lean og Kaizen. Han udviklede på grundlag af statistikerens Shewhart's cykliske koncept i 1950-erne en cyklus til kvalitetsudvikling. Denne har dannet grundlag for akreditteringskonceptet, som hviler på tanken om, at man for at kvalitetsudvikle skal arbejde systematisk med kvalitet ved anvendelse af kvalitetshjulet, figur 2. Her drejer det sig om at indlede med en planlægning ("plan"), hvor problemer identificeres og hypoteser dannes om mulige årsager og løsninger. Herefter implementeres løsningerne ("do"), som efterfølgende evalueres ("check"), og i den sidste fase

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

revurderes den initiale plan ("act"), hvis tiltagene har virket, gøres de til standarder. Hvis ikke, returneres i hjulet. Det har også til formål at bevare "awareness" om at finde og udvikle nye områder.



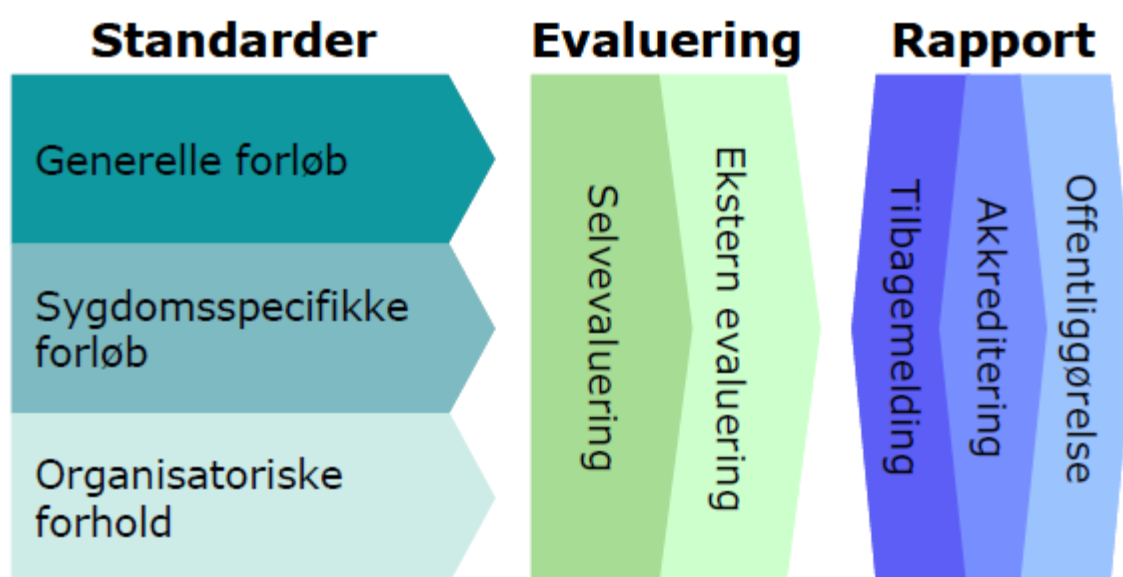
Figur 2. WA Demings model for kvalitetsudvikling.

Tilfredshed kan vel rimeligt enkelt defineres som en følelse opstået som følge af de gjorte erfaringer med baggrund i patientens forventninger. Forventningerne er centrale her og påvirkes blandt andet af sociale, etniske forhold, og geografiske forhold, hvilket også har været påvist i DK, hvor man har kunnet konstatere en betydelig Øst Vest forskel i Danmark (Schulze SB 2006). Efter at patienten er kommet i centrum også i den medicinske opfattelse af håndteringen af pleje og behandling, er dette slogan, som en del af reformsporet, så at sige blevet suppleret med, at pengene skal følge patienten. Dermed er der blandt andet ved indførelse af frit valg i Sundhedssektoren og en udbredt anvendelse af præstationsmålinger, hvori også patienttilfredshed indgår, skabt en understøttende incitamentsstruktur med fokus på andet end den gængse medicinske opfattelse af kvalitet. Præstationsmålingerne er derfor konstrueret og rapporteret, således at tilfredsheden kan måles fra regionsniveau over hospitalsniveau helt ned til afdelingsniveau. Man går med andre ord fra makro til mikroniveau. Samtidigt er der sket en udbredt centralisering og specialisering, som man skulle tro ville gøre disse målinger enklere, men tværtimod er forløbene blevet mere komplicerede, idet de, udover at involvere flere specialer, også kan omfatte behandling indenfor det samme speciale på flere matrikler. I forløbene opstår overgange mellem behandlere og plejere, hvilket kan skabe usikkerhed, hvorfor netop forløbene er meget vigtige at overvåge, og dermed får en central betydning i den patientopfattede kvalitet.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

I.2 Problemstilling

Der gennemføres årligt en spørgeskemaundersøgelse, som benævnes Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP). Denne har været gennemført siden 2000. Undersøgelsen indgår som en del af DDKM til beskrivelse af standarder i forbindelse med patientforløb som en del af kvalitetsmodellen, som trådte i kraft ved en samarbejdsaftale i december 2004 mellem regeringen og amtsrådsforeningen.



Figur 3. Grund elementerne i Den Danske Kvalitetsmodel, hvor LUP indgår under de generelle forløb (Sundhedsstyrelsen 2004).

Som en del af Kvalitetsmodellen benyttes LUP til at score Regionernes, hospitalernes og afdelingernes præstationer indenfor "generelle forløb" og har siden 2008 indgået i "Smiley-ordningen." Smiley-ordningen har været offentliggjort siden 2008 i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet på hjemmesiden sundhedskalitet.dk, der viser oplysninger om kvalitet og service på private og offentlige hospitaler og klinikker.

Formålet med LUP (Enheden for Brugerundersøgelser 2011) er at:

- *Identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser indenfor udvalgte temaer*
- *Give input til at arbejde med kvalitetsforbedringer*

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

- *Kunne følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid.*

Der gennemføres et ekstensivt arbejde for at validere spørgsmålene, og der er afsat betydelige ressourcer til gennemførelsen af undersøgelsen, idet omkring 140.000 patienter udspørges. Spørgsmålene i LUP anvendes til indikatorer (i denne sammenhæng defineret som en målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten) for standarder (det mål for kvalitet, der danne grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet) for den patientoplevede kvalitet i akkrediteringsstandarderne for sygehusene i DDKM (generelle patientforløbsstandarder). Dermed får den direkte indflydelse som en del af incitamentsstrukturen ved at virke adfærdsregulerende overfor personalet, idet den kan henføres til afdelingsniveau, og som led i New Public Management (NPM) grundfilosofien ved at vejlede patienterne i at søge behandling der, hvor den er bedst, hvorved patienternes frie valg er med til at understøtte Diagnose Relateret Gebyr-budgetterne (DRG) for afdelingerne, og således i sidste ende kan medvirke til en politisk, ledelsesmæssig begrundelse for fordeling af behandlinger mellem forskellige afdelinger. Endvidere anvendes den som en del af akkrediteringsprocessen, hvor akkreditering defineres som en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder. I beskrivelsen af Kvalitetsmodellen er der ikke foretaget nogen vægtning mellem de generelle, sygdomsspecifikke eller organisatoriske standarder, hvorfor tilfredsheden må opfattes som ligeså vigtig som selve behandlingen i akkrediteringsprocessen, selvom fokus hos sundhedspersonalet langt overvejende har været på de sygdomsspecifikke forløb. Dette er også et sammenstød mellem 2 videnskabelige paradigmer, som kan beskrives i forhold til spørgeskemaundersøgelser. Det positivistiske paradigme (naturvidenskabelige) arbejder objektivt fra et neutralt udgangspunkt med at indsamle kvantitative data, som højde alder, vægt, indlæggelses varighed sygdomskategori med mere (baggrundvariable). Hertil kan lægges handlings- og erfaringsspørgsmål, som også giver anledning til data, som kan bearbejdes og analyseres statistisk. Det hermeneutiske paradigme beror på indsamling af kvalitative data, hvor man arbejder subjektivt fortolkende med holdningsspørgsmål og spørgsmål om tro, værdier og moral, typisk vil dette foregå gennem åbne eller halvåbne spørgsmål eller helt ideelt i interviewundersøgelser. Den form for spørgsmål giver data, der er vanskelige at bearbejde statistisk. Når der derfor er en sammenblanding af holdnings og handlings spørgsmål i en

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

undersøgelse, skal man respektere den grundlæggende forskellighed, der er knyttet til de to former rent spørgeteknisk, og vælger man et af paradigmerne, i dette tilfælde det kvantitative, af rapporteringsmæssigt, begår man en metodologisk tilsnigelse, som rækker ved de krav der er til alle undersøgelser uanset paradigme, nemlig at de skal være præcise, valide, pålidelige og reproducerbare. Der forligger naturligvis metodologiske overvejelser i denne anledning, men fastholder man en spørgeskemaundersøgelse til undersøgelse af holdningsspørgsmål, hvilket er reelt nok, hvis 140.000 adspørges, skal man spørge ind til det, man ønsker svar på, og her kan man så at sige foretage en begrebsparring mellem holdning og handling (hvad har du erfaret og hvad syntes du om det?). I brugerundersøgelser betragtes begrebsparret forventninger og oplevelse som centralt (Finansministeriet, 2002: 14). Det er nødvendigt at kende til årsag og sammenhæng for at kunne gennemføre handlingsanvisninger, som er et af de konkrete formål med LUP. Herudover anvender man en bagudrettet undersøgelse til at beskrive noget fremadrettet i en virkelighed, der undergår en vedvarende forandring, som hele tiden accelererer. Dette skal også få os til at stoppe op og overveje, om de undersøgte forhold er relevante for den aktuelle kontekst. Vi har vel alle intuitivt forudsat, at det er en selvfølge, at det vigtigste for patienten er at modtage den bedst mulige behandling med det sigte at helbrede den aktuelle lidelse med mindst mulig sygelighed for hurtigst muligt at opnå den tilstand, der var før sygdommen opstod (*recovery*) eller hurtigst muligt at modtage supplerende behandling. Vi ved det ikke med sikkerhed, idet vi ikke har spurgt. Det er i en videnskabsteoretisk optik uforenelige paradigmer, der skal forvaltes, hvorved der opstår et ledelsesmæssigt paradoks. Det er uanset paradigme altafgørende for de involverede afdelinger, at resultaterne er valide i forhold til det, som målingerne anvendes til dels af hensyn til de patienter, der har valgt at deltage, og dels af hensyn til personalets engagement og motivation.

II Problemformulering

II.1 Problemformulering

Set i et organisationsanalytisk perspektiv anvendes belønninger til at motivere medarbejderne til en særlig adfærd, der medfører en performance til gavn for forretningen som hele. I sundhedsvæsenet, hvor økonomiske incitamenter i form af bonus og resultatløn til den enkelte medarbejder udgør en forsvindende lille, om overhovedet nogen, anddel, vil det typisk være præstationsmålinger, der anvendes til at regulere denne adfærd. Medarbejderne i væsenet er

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

typisk fagprofessionelle motiveret af faglighed, ansvar og autonomi, hvorfor målinger af deres faglige præstation dels motiverer dem som led i benchmarking, og dels ved at en offentliggørelse af resultaterne giver social og faglig prestige. Ydermere anvendes præstationsmålinger som led i incitamentsstrukturen indirekte til at tildele behandlinger til afdelinger gennem fritvalgs- og akkrediteringssystemerne. Som led i akkrediteringssystemet, hvori præstationsmålingerne indgår, er der oprettet en kvalitetsorganisation for at sikre, at den adfærdsregulerende effekt, der er tiltænkt, opnås. Kvalitetsorganisationen er placeret uden for linjeledelsen, og denne konfiguration giver anledning til følgende spørgsmål:

Hvilke væsentlige barrierer er der for hensigtsmæssig ledelse i det offentlige sundhedsvæsen?
Hvor hensigtsmæssig ledelse defineres som ledelse, hvor effekten af incitamentsstrukturen og præstationsmålingerne virker understøttende for forretningen som helhed.

Barriererne er en incitamentsstruktur og præstationsmålinger, der ikke virker efter hensigten,
fordi de ikke understøtter hensigtsmæssig adfærd,
fordi de ikke understøtter motivation,
fordi de er institutionaliserede.

II.2 Afgrænsning

Med udgangspunkt i en metodologisk analyse af selve udformningen af LUP spørgeskemaet konstrueres og afprøves et nyt spørgeskema, og der foretages en sammenlignende vurdering af resultaterne i relation til formålet med LUP. Dette udgør empirien i afhandlingen og er udvalgt, fordi der er åbenlyse metodologiske problemer med udformningen af og formålet med LUP, hvorved der opstår der tvivl om validiteten, præcisionen og reliabiliteten, hvilket kan lede til en anden effekt end den intenderede.

LUP er en præstationsmåling, der udgør en del af incitamentsstrukturen og samtidigt indgår i akkrediteringsprocessen. Præstationsmålinger udgør i det offentlige en vigtig del af incitamentsstrukturen, fordi de økonomiske belønninger, som er kendt fra erhvervslivet, ikke forekommer i samme grad i det offentlige. Incitamentsstrukturen er af afgørende betydning for medarbejdernes motivation, den har, som de økonomiske belønninger, til hensigt at påvirke adfærden i en retning, der gerne skulle *aligne* adfærden med organisationens strategiske

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

målsætning. Konsekvensen af de metodologiske problemer omkring LUP og det meget handlingsorienterede formål, samt det faktum at handlingstiltagene er institutionaliseret gennem DDKM, gør, at den handlingsorienterede anvendelse får ganske vidtrækkende konsekvenser for linjeledelsen.

Jeg har valgt ikke at berøre den forandring og tiltagende forandringshastighed, som sundhedsvæsenet undergår, og den vedvarende interaktion på det politiske, organisatoriske og faglige plan, samt en nærmere beskrivelse af de overgange, som er meget centrale for forløbene. LUP beskæftiger sig som led i DDKM med de generelle forløb, og forløbsbeskrivelsen er taget fra makroniveauet regionen/sygehuset ned til afdelingen, men fordi den skal dette, kan den ikke sikkert anvendes til at identificere overgange mellem afdelinger, hospitaler eller regioner. Det vil også være vanskeligt at indgå en komplet kontrakt for placeringen af risiko eller ansvar. Dette er søgt opvejet i hele væsenet ved etablering af forløbskoordinationsenheder og Sundhedsstyrelsens beskrivelse af pakkeforløb. Hele forandringsdelen er også af stor betydning for den ledelsesmæssige hverdag, og den er af mange beskrevet som et vilkår. Forandrings- (en gradvis ændring over tid, som trækker et spor) og innovationsprocesser (introduktion af ny viden uden kontinuitet med den tidligere) kan være planlagte eller opdukkende. Det er for den offentlige leder særligt vanskeligt at forholde sig til den opdukkende forandring, hvor de hyppigste eksempler er kriser samt den politiske styring. Der har været beskrevet overvejende kulturelle barrierer i det offentlige mod implementering af forandringer, men det har ikke været oplevelsen i forbindelse med den forandring, som vi har foretaget, hvorfor at motivations problematikken gennem regulerbare organisatoriske tiltag (rewards) giver mere mening som led i opretholdelsen af nærværende forandring. Dette ville være relevant, men er for omfattende for denne afhandlings rammer og efter min mening ikke i samme omfang underbygget af empirien.

II.3 Opbygning

I materiale og metodeafsnittet beskriver jeg fremgangsmåden ved de sammenlignende spørgeskema undersøgelser. I resultatafsnittet sammenlignes resultaterne i LUP med et reduceret LUP spørgeskema (mini-LUP), hvor LUP udgør en historisk kontrol for mini-LUP, hvad angår en afgrænset patientgruppes tilfredshed. Dernæst sammenlignes mini-LUP med et nykonstrueret spørgeskema (SKEMA-NYT), og de to undersøgelser, vurderes metodologisk og holdes op mod

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

LUP's formål. Der gennemføres en kritisk gennemgang af spørgsmålenes formulering og deres afrapportering i den metodologiske del, mens tolkning og anvendelse berøres som led i vurderingen af den ledelsesmæssige anvendelse. Udover de metodologiske overvejelser præsenteres den øvrige empiri, som omhandler præstationsmålinger, incitameneter og motivation.

I analyseafsnittet uddyber jeg de ledelsesmæssige konsekvenser af målingernes effekt på præstation, motivation og kvalitet, idet akkrediteringsprocesser inddrages som et eksempel på afledte praksisser og deres institutionalisering. På den baggrund konkluderes og perspektiveres også i relation til mit eget udbytte af masteren.

III. Teoriafsnit

III.1 Teori

Dette afsnit tjener til beskrivelse af den anvendte teori, som falder i 2 kategorier, hvor det ene omhandler den samfundsvidenskabelige metode anvendt ved spørgeskemaundersøgelser, og den anden del omfatter de ledelsesteoretiske aspekter. Overgangen mellem disse beskriver jeg ved anvendelse af teorien om præstationsmålinger, som en del af incitamentsstrukturen.

III.2 Metodeteori

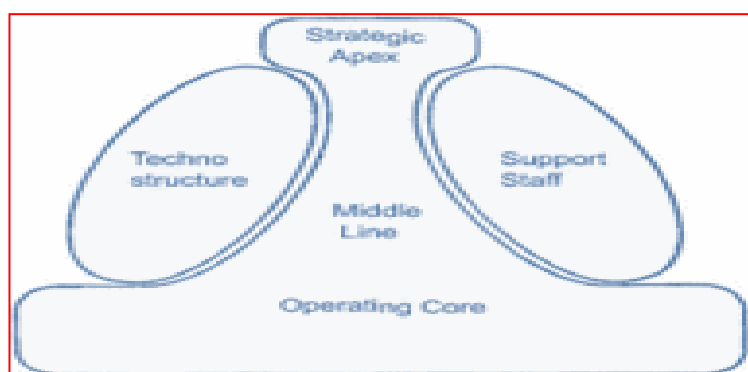
Metodeteorien omfatter en gennemgang af konventionerne for udfærdigelse og rapportering af spørgeskemaundersøgelser med udgangspunkt i den samfundsvidenskabeligmetode-litteratur. Omdrejningspunktet er her M. Watt Boolsen: "Spørgeskemaundersøgelser fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene" og "Kvalitative analyser - At finde årsager og sammenhænge". Fokus ligger på at kombinere det positivistiske paradigme, som er mest velegnet til at håndtere baggrundsvariable og handlingsparametre, med det kvalitative, der er mest velegnet til holdningsparametre. Der er visse krav til en spørgeskemaundersøgelse og set med den teori, der præsenteres ved (Boolsen 2006), er en begrebsparring af stor vigtighed for at kunne finde årsag og sammenhæng, eftersom halvåbne og åbne spørgsmål eller interviews ikke er anvendelige i så store undersøgelser. Det giver god mening at præsentere LUP som en kvantitativ undersøgelse overfor sundhedspersonale, men det er en metodologisk tilsnigelse at afrapportere efter det kvantitative paradigme, hvis man vil beskrive holdninger uden, at de hviler på udsagn fra de

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

adspurgte.

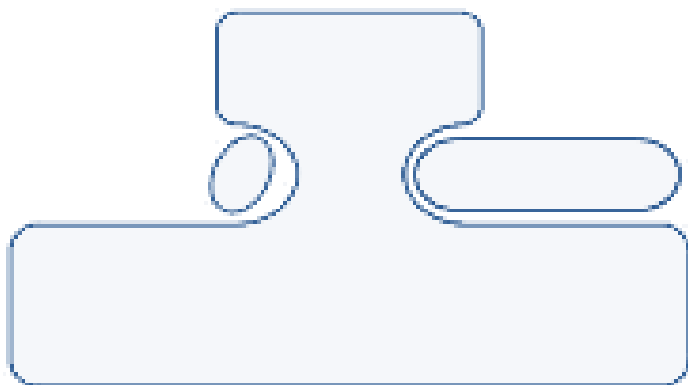
III.3 Ledelsesteori

LUP er en præstationsmåling med adfærdsregulerende sigte. Den anvendes af principalen (Regionerne) som led i incitamentsstrukturen gennem offentliggørelse, ved tildeling af *smileys* og som led i akkreditering forankret i DDKM. Indirekte kan den have betydning for tildeling af behandlingstyper, samt direkte gennem patienters adgang til det frie valg. Afdelingerne bliver så at sige agenterne og de forhold, der er omkring ”kontrakten” og forståelse og tolkning af denne, belyses gennem overvejelserne omkring komplethedsgraden og de afledte konsekvenser (Ivar Friis 2010/11), særligt hvad betydningen af den ikke-komplette kontrakt, som en del af incitamentsstrukturen, har for vidensarbejderens motivation i Sundhedsvæsenet, som det fagprofessionelle system det er (Sørensen om Mintzberg 2000). Motivation er vanskelig at definere og kan forklares på forskellige måder afhængigt af, om det drejer sig om forhold i individet, virksomheden eller samfundet (Larsen B 2005). I det efterfølgende vil jeg overvejende beskæftige mig med motivationsbegrebet i forhold til individet, hvor det defineres ud fra, at den pågældende bevæges til at fortage sig noget (Ryan and Deci 2000). Når sundhedsvæsenet beskrives som en fagprofessionel organisation, skal det ses i relation til Mintzbergs organisationsstruktur (Sørensen om Mintzberg 2000), som er beskrevet ud fra den simple organisation, hvor jeg opfatter et hospital som en blanding mellem den fagprofessionelle organisation, som den er opbygget på afdelingsniveau, og den divisionelle organisation, som kan beskrive hospitals/regions-niveauet. Figur 4. Mintzberg simple struktur; strategic apex = øverste ledelse, support staff = støttestab, Techno structure = teknostruktur, Middle line = mellemlidelse, Operating core = produktionskernen. Dette ligger indlejret i ideologien markeret med rød streg.



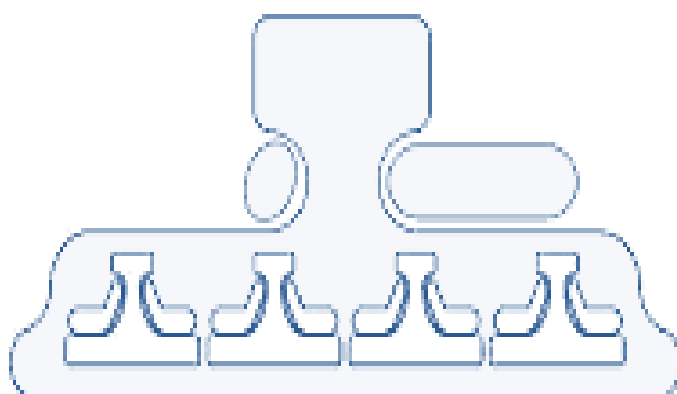
Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Figur 5. Mintzbergs fagprofessionelle struktur



Den fagprofessionelle struktur er kendetegnet ved en lille teknostruktur og en stor støttestruktur. Hierakiet er vertikalt i støttestrukturen og den har til formål at understøtte produktionskernen (sygeplejersker), den professionelle (kirurgen), som fungerer både markeds- og funktionsbaseret. Hvor det markedsbaserede er reguleret gennem blandt andet præstationsmålinger og økonomiske incitamenter. Det funktionsbaserede (kvalitet) er reguleret specialeplaner fra Sundhedsstyrelsen (SST) og fungerer inden for figuren *bottom up*, idet de i meget høj grad påvirker mellemlederen gennem deres fælles faglighed, fordi pågældende ofte også vil have en faglig profil.

Figur 6. Mintzberg den divisionaliserede form, som udtryk for den overordnede organisering af afdelinger i hospitalet i regionen med opgaver også fordelt på landsplan. Hvor divisionerne ses som "små" fagprofessionelle strukturer.



Præstationsmålingerne gennemføres således at både makro- og mikroniveau (stat/region, region/hospital, hospital/afdeling) monitoreres og sammenlignes.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Den inkomplette præstationsmåling giver anledning til en adfærd, som måske ikke ligefrem gavner det fælles mål, hvilket måske yderligere forstærkes af den institutionalisering, der danner rammen omkring incitamentsstrukturen, som den indgår i DDKM, hvor akkrediteringsprocessen udgør et vigtigt element. Akkrediteringsprocessen anvendes til at godkende og kontrollere forholdene omkring sygdomsspecifikke- og forløbsstandarder, samt organisatoriske standarder, der er synonym med kvalitetsorganisationen, der har til formål at foranledige interne evalueringer, samt at medvirke til implementering og overvågning af de øvrige standarder.

Præstationsmålinger udgør en del af incitamentsstrukturen ved de afledte konsekvenser gennem direkte eller mere indirekte belønninger (*rewards*). Ser man på dette i organisations designmæssigt perspektiv med anvendelse af Galbraith's "*Star model*", beskrives fem indbyrdes afhængige design kategorier. Strategien er retningsangivende for organisationen, strukturen angiver, hvor beslutningerne træffes, processerne angiver arbejdsflowet (vertikalt for ressourcer og lateralt for flow), belønninger "*aligner*" den ansattes og organisationens mål og endeligt afgør folkene, hvad der er af talent til rådighed for at gennemføre den strategiske målsætning (figur 7).

Figur 7. Gallbraith's starmodel (2002).



Belønninger skal sikre motivation til en given adfærd med det formål at "*alligne*" medarbejderen og organisationens mål. Præstationsmålingers direkte eller indirekte effekt gennem incitamentsstrukturen påvirker medarbejderens motivation. I det offentlige, hvor det økonomiske incitament for individet er forsvindende lille, er det derfor ekstra vigtigt at fokusere på medarbejdernes motivation i relation det at være offentligt ansat (Beck Jørgensen og Bøgh Andersen 2010, Hodginson1996), som individ (Hein 2010, Ryan and Deci 2000, Osterloh and Frey 2002), samt hvordan sundhedsvæsenet og i særdeleshed hospitaler som ramme påvirker denne

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

(Mintzberg efter Sørensen 2011). Derudover vil der på agent og principal niveau være en række mekanismer, som gør sig gældende for anvendelse af og håndtering af udfaldet af præstationsmålingerne (Meyer and Rowan 1977, Kaplan and Atkinson 1998, Osteloh and Frey 2002), hvor baggrunden kan være forskellig, mens håndteringen kan være yderst ensartet. Organisationer kan i moderne forstand ses som rationelle mekanismer med formål at opfylde en given funktion eller producere en given ydelse. Hvor rationalitet er defineret i relation til beslutningssammenhæng, hvor der kan være varierende overlap mellem individet og organisationens ønsker (Meyer & Rowan 1977), idet ingen i organisations øjemed antages at handle bevidst irrationelt (Jensen SH 2010). Grundet den voksende mistro til Sundhedsvæsenet i løbet af 90-erne skulle legitimiteten genetableres, og dette valgte man at håndtere ved at synliggøre arbejdet med kvalitet, hvor kvalitet blev defineret som: *"De samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger"* (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003). Som led i den danske strategi for kvalitetsudvikling, hvor man som led i regeringsgrundlaget fra 2005 garanterede patienterne åbenhed og gennemsigtighed i Sundhedsvæsenet blandt andet for at understøtte det frie valg og som led i kvalitetsreformen i øvrigt, oprettedes DDKM. Grundlaget for dette er en antagelse om at det er meningsfyldt at tale om kvalitet i Sundhedsvæsenet som en målelig ydelse. Hermed er der dannet grundlaget for en institutionel myte (Meyer and Rowan 1977), hvor man i samme åndedrag har skabt en institution der mere eller mindre erstatter bureaukratiet for at ensrette organisationen i Sundhedsvæsenet uden egentligt at fokusere på effektivitet (DiMaggio and Powell 1983). DDKM som led i ny-institutionalismen og set med Scott 1995 operationalisering af institutionaliseringsbegrebet relateres til medarbejder motivationen, ensretning (DiMaggio and Powell 1983) og effekten på linjeledelse i forhold til de foretagne målinger.

IV Empiri

IV Materiale og Metode

LUP er en spørgeskemaundersøgelse, der årligt udsendes til indlagte og ambulante patienter, hvis behandling har været finansieret af det offentlige. Som supplement til selve LUP er der udarbejdet en pjece om Baggrund og Metode for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

(http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2011/Metode_LUP_2011.pdf). Pjecen relaterer sammenhængen til DDKM, der har til formål at fremme det gode patientforløb. DDKM anvendes som akkrediterings standard, og LUP understøtter den del, der omhandler den patientoplevede kvalitet ved at måle på de indikatorer, der beskriver de generelle patientforløbs standarder, og de indgår i akkrediteringen af det enkelte sygehus og den enkelte afdeling. De øvrige standarder er organisatoriske og sygdomsspecifikke.

Vi vil i det efterfølgende fokusere på LUP for indlagte patienter 2010. Skemaet blev udsendt 75.121 patienter fordelt på 340 afdelinger i perioden fra 23. august til 3. oktober. 44.033 (59 %) af de adspurgte besvarede spørgeskemaet

(http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2010/Revideret/LUP2010_revideret_aug_2011.pdf). Den afdelingsspecifikke del af dette havde en besvarelse omkring 71 % for kirurgisk afdeling C og resultaterne fremgår af bilag 1 (bilag 1 skematisk oversigt af hensyn til bilagenes størrelse). Der er 15 nationale spørgsmål som på baggrund af nationale og internationale undersøgelser er defineret som de vigtigste temaer for patienter i et sundhedsvæsen, der ønsker at sætte patienten i centrum (Gerteis M 1993):

- Inden indlæggelsen (dit første besøg) og modtagelsen på afdelingen (i ambulatoriet).
- Personale.
- Behandlingsforløb (undersøgelses-/behandlingsforløb).
- Information.
- Udskrivelse (efter dit/mellem dine besøg i ambulatoriet).
- Samlet indtryk.

Vi ændrede vores behandlingsforløb for patienter, der fik foretaget leverkirurgi. Denne ny behandlingsmodalitet, det optimerede forløb, har været afprøvet i andre sammenhænge, og her er det vist, at det forbedrer kvaliteten set ud fra det lægevidenskabelige paradigme. Vi ønskede derfor en samtidig afprøvning af det hermeneutiske og naturvidenskabelige paradigme, hvorfor vi ville se, hvilken indflydelse behandlingsændringen havde på vores patienters tilfredshed, når vi sammenlignede dem med de historiske kontroller fra den nationale LUP. Vi udleverede derfor et reduceret LUP (herefter benævnt mini-LUP, bilag 2) spørgeskema med nøjagtigt de samme spørgsmål fra LUP, som vi mente var af betydning for vores patienter. I arbejdet med mini-LUP fandt vi en del metodologiske problemer, som fik os til at udfærdige vores eget spørgeskema

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

(herefter benævnt SKEMA-NYT, bilag 3) og afprøve dette på en sammenlignelig patientgruppe.

Som bekendt ”Som man spørger så får man svar”.

Mini-LUP blev udleveret til 80 konsekutive patienter, efter at de havde fået foretaget lever kirurgi i optimeret forløb, i forbindelse med det planlagte ambulante besøg 7 til 10 dage efter operationen i sygeplejeambulatoriet. Vi sendte skemaet til patienten med posten, såfremt suturfjernelse var planlagt hos egen læge, og patienten blev informeret telefonisk 7-10 dag efter operationen. De patienter, der blev set i afdelingen, fik udleveret skemaet der og informeret ved samme lejlighed. Patienterne opfordredes til at udfylde spørgeskemaet indenfor ca. en uge efter den telefoniske kontakt, der gennemførtes 3 uger postoperativt, og blev eventuelt rykket telefonisk 1 gang og ved manglende svar ca. 1 måned senere. Dette gennemførtes først med mini-LUP (bilag 2) og dernæst med SKEMA-NYT (bilag 3), til 80 nye patienter, således at 160 konsekutive patienter blev adspurgt. Vi anvendte spørgsmål fra LUP uændret i den første del af undersøgelsen for at se, om vi kunne måle en ændring ved at optimere forløbene, så den afdelingsspecifikke LUP fungerede som en historisk kontrol. SKEMA-NYT udfærdigedes som en slags metodologisk kontrol af LUP spørgsmålene og som grundlag for et dynamisk arbejde med patienttilfredshed.

Der blev medgivet frankeret svarkuvert og et informationsbrev, hvoraf det fremgik, at tilsagn om deltagelse i undersøgelsen var implicit, hvis skemaet returneredes i udfyldt stand.

Der blev indsamlet data vedrørende diagnose, type af operationsforløb, komplikationer, køn, alder og indlæggelseslængde i patientjournalen. Der gennemførtes frafaldsanalyse.

Der er foretaget supplerende validering af LUP hos specifikke patienter i denne gruppe (bilag 4) af Enheden for Brugerundersøgelser 2011.

Ved gennemgangen af de reducerede LUP spørgsmål fandt vi, at følgende var betænkeligt for så vidt angår formuleringen af spørgsmålene:

1. Der var ikke mulighed for at svare neutralt i spørgsmålene: 3, 6 til 12.
2. Holdningsspørgsmål skulle besvares med handlingsformuleringer.
3. I spørgsmål 7, 10 og 11 var flere spørgsmål indeholdt i et spørgsmål (en rubrik).
4. Information i spørgsmål 7 og 8 kan misforstås.
5. I 6 af 11 spørgsmål var der ikke mulighed for at undlade at besvare spørgsmålet.

For så vidt angår præsentationen

1. Alle besvarelser rapporteres til 100 % - ubesvarede opgøres ikke.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

2. Andel der ikke har ønsket at besvare opgives ikke.
3. Midtergruppen tæller til de positive besvarelser.

IV.2 Resultater

Resultaterne omfatter først en sammenligning af mini-LUP med den historiske LUP. Dernæst sammenlignes handlingsspørgsmålene mellem mini-LUP og SKEMA-NYT inkluderende andelen af ubesvarede. Herefter præsenteres SKEMA-NYT inkluderende en neutral kategori og til sidst præsenteres en oversigt over anvendelsesmulighederne for SKEMA-NYT, hvor holdnings-delen inddrages og muligheden for at arbejde kritisk og dynamisk med patienternes besvarelser berøres. Baggrunds data etc. er ikke inddraget i afhandlingens tekst, men fremgår af bilagene 6-7. Patientgrupperne er fuldt sammenlignelige, hvad angår, alder, køn, indgreb komplikationer etc. Først vil jeg lige berøre et par begreber relateret til spørgeskema konstruktion og analyse (Boolsen 2008):

Handlingsspørgsmål: Faktuelle spørgsmål, der trækker på respondentens erfaringer (oplevelse).

Respondenten tager stilling til om det passer på den aktuelle tilstand.

Holdningsspørgsmål: Spørgsmål om respondenters holdning til en given aktivitet. De er typisk mere følsomme spørgsmål for respondenterne at besvare (forventning). Respondenten tager stilling til den betydning, som udsagnet har for den pågældende.

Krav til formulering af holdningsspørgsmål:

Skala der balancerer, respondenterne kan forholde sig neutralt

Svarmulighederne skal være formuleret som udsagn ikke spørgsmål

Udsagnene skal relateres til samme emne

Udsagnene skal være indbyrdes forbundne.

Skalaen bør vendes i ca. ½ af udsagnene.

Likert-skala anvendes til at belyse adfærdsmønstre og holdninger (gengivet af Boolsen 2008) og udgøres oftest af en fempunkts skala med neutral midtpunkt på skalaen.

Den første del af opgørelsen drejede sig om at klarlægge, om der var en ændret patienttilfredshed, efter at vi ændrede behandlingsregimet, indførte plejeplaner og blandt andet afkortede indlæggelserne med ca. 50 %. Her anvendte vi et helt uændret sæt spørgsmål i mini-LUP, for at LUP kunne tjene som historisk kontrol. Der foregår her en sideløbende publikation, der

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

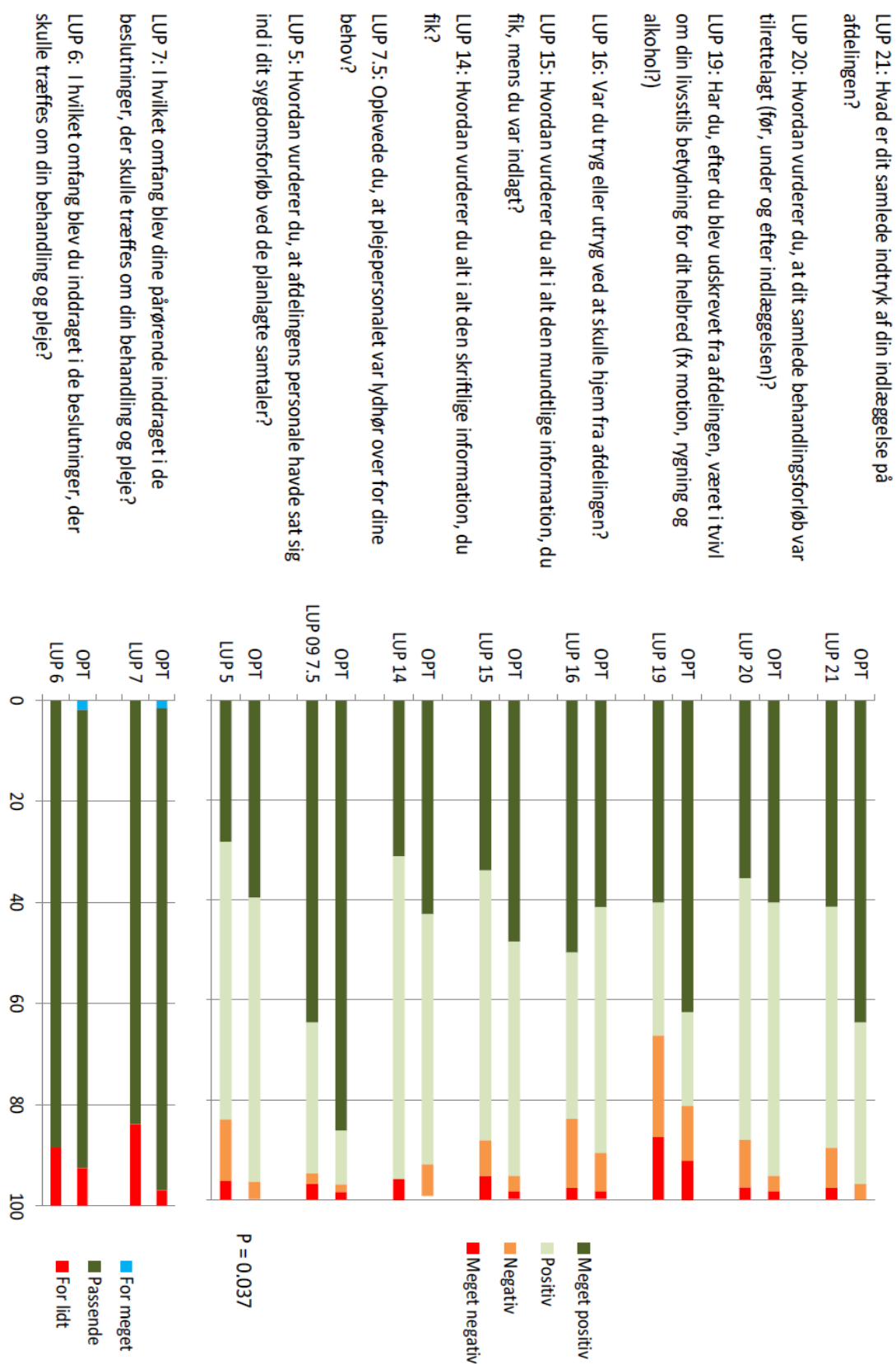
viser, at det heller ikke er gået ud over den sygdomsspecifikke kvalitet (Schultz et al. under udarbejdelse). Resultaterne fremgår af fig. 8. Her fremgår det, at der ikke skete en forringelse i den patient oplevede kvalitet. Tallene blev opgjort efter en omregningsfaktor og rapporteret ligesom i LUP jf. bilag 7. Spørgsmål 5: ”Hvordan opfatter du, at afdelingens personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb” var statistisk signifikant bedre med den nye behandlingsform, hvilket formentligt skyldtes projektorganisationen, som dannede den organisatoriske ramme for introduktionen af behandlingsændringen.

Sammenlignes vores mini-LUP med handlings spørgsmålene i SKEMA-NYT fremgår det, at andelen af positiv og negative i figur 9. var stort set ensartet, mens at der var en øget andel med manglende besvarelser. Blandt andet i spørgsmål 16, hvor der blev spurgt om det samlede behandlingsforløb på afdelingen har været ”forbilledligt”, kan være et eksempel på et spørgsmål, der kan være vanskeligt at forstå.

Et af spørgsmålene drejede sig om livsstilens betydning. Der var i LUP spørgsmålet indeholdt flere spørgsmål i dette, hvilket vi havde forsøgt at bryde op i vores undersøgelse (SKEMA-NYT). Figur 10. illustrerer, hvordan svarene fordelte sig sammenlignet med det ene LUP spørgsmål, der dækkede alle livsstilsfaktorerne.

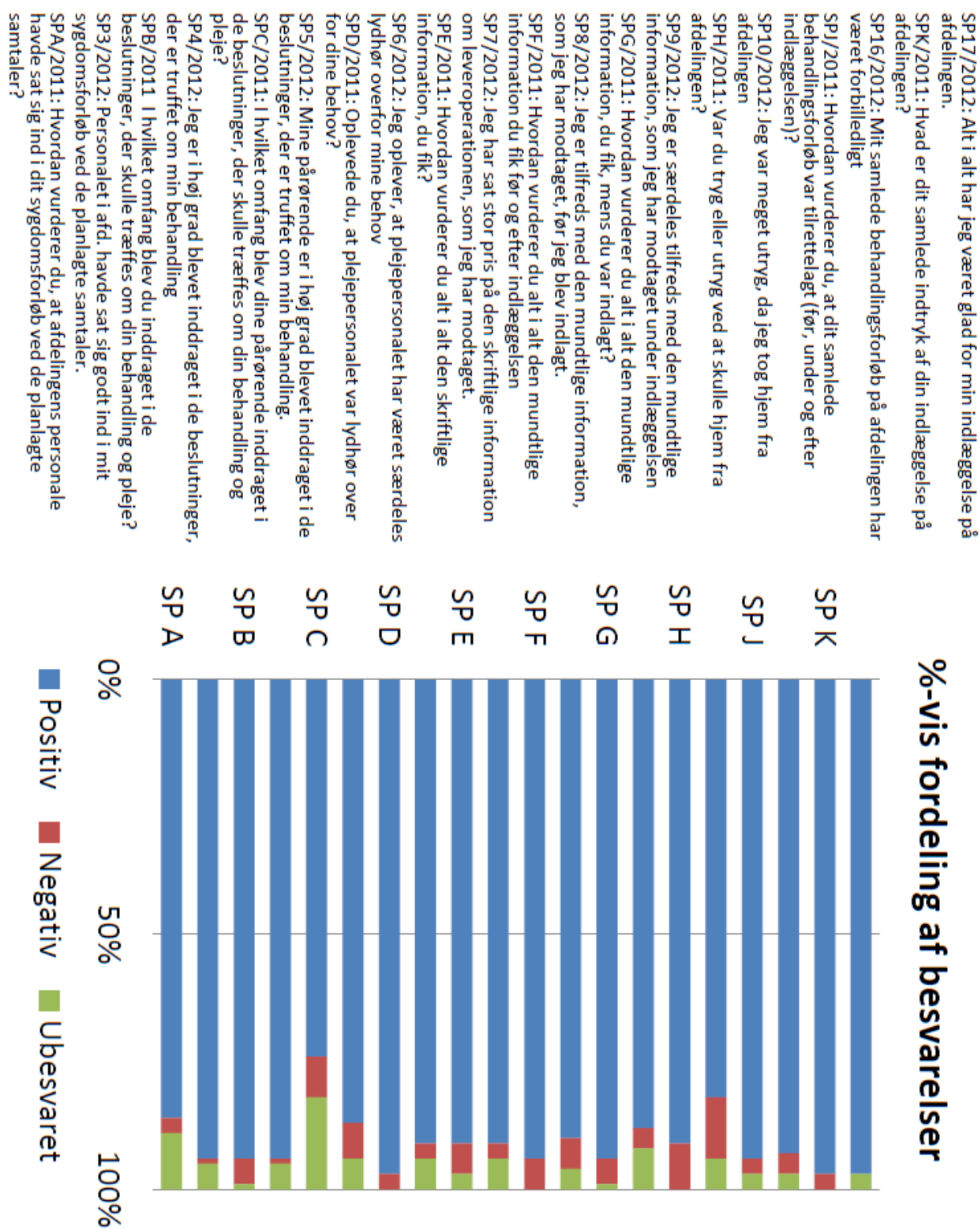
Patienttilfredshed efter leverresektion i optimeret forløb foråret 2011 sammenlignet med LUP 2010

Figur 8. Sammenligning mellem LUP og mini-LUP (OPT)



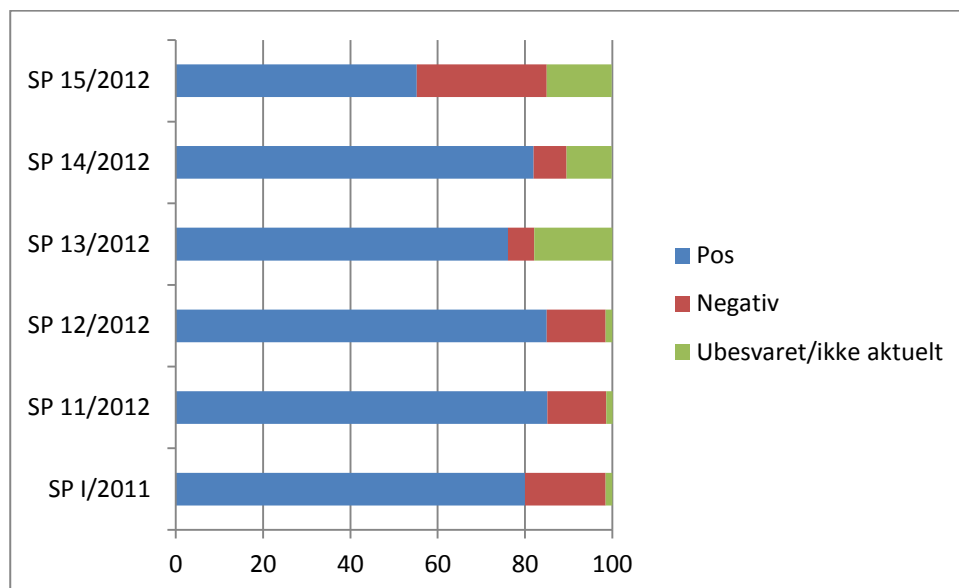
Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Figur 9. Sammenligning mellem mini-LUP (bogstaver) og handlingsspørgsmål i SKEMA-NYT (tal).



Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Figur 10. Livsstilsfaktorerne opdelt i SKEMA-NYT (tal) sammenlignet med mini-LUP (bogstaver).



SP I/2011 Har du efter din udskrivelse fra afdelingen været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred (f.eks. motion, ernæring, alkohol og rygning).

SP 11/2012: Jeg er meget i tvivl om, hvor meget motion betyder for mit helbred, efter jeg er blevet udskrevet.

SP 12/2012: Jeg er meget i tvivl om, hvor meget det, jeg spiser, betyder for mit helbred, efter jeg er blevet udskrevet.

SP 13/2012: Jeg er meget i tvivl om, hvor meget rygning betyder for mit helbred, efter jeg er blevet udskrevet.

SP 14/2012: Jeg er meget i tvivl om, hvor meget alkohol betyder for mit helbred, efter jeg er blevet udskrevet.

SP 15/2012: Mit sexliv er lige så godt, efter at jeg er blevet udskrevet som før.

SP I (mini-LUP): "Har du efter din udskrivelse fra afdelingen været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred (f.eks. motion, ernæring, alkohol og rygning)?" havde en relativt stor andel af negative besvarelser, hvilket i terminologien i forhold til akkrediteringsmodellen vil medføre en intervention. Imidlertid er det vanskeligt at vide, hvordan denne besvarelse skal tolkes. For det første var der mange spørgsmål i ét, og patienterne havde måske forskellige svar afhængigt af livsstilsfaktoren. Det var måske også vanskeligt at svare på disse spørgsmål, hvis man fx ikke ryger eller drikker. Imidlertid var det en kategori, der sammenlignet med mange andre havde en ret stor

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

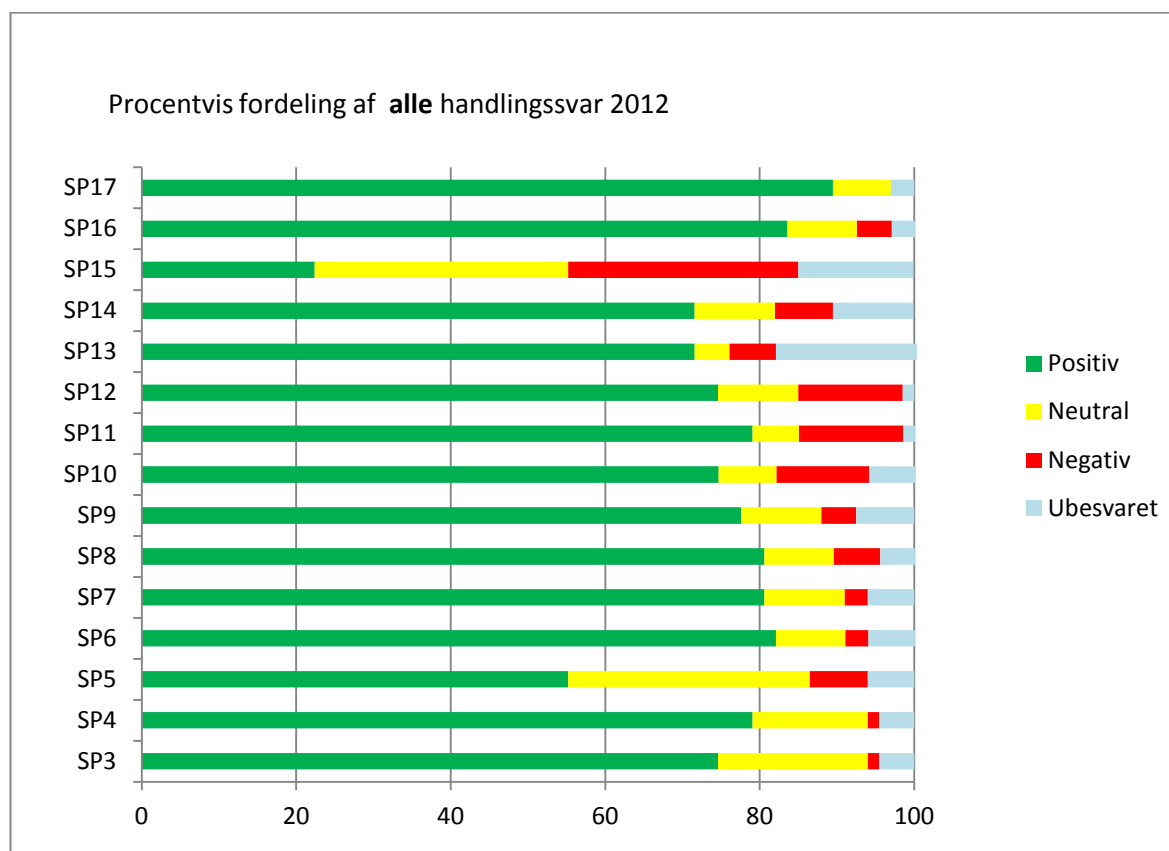
andel af negative besvarelser. Opsplitningen af SPI/2011, som det fremgår af fig. 10 gav et mere nuanceret billede. Svagheden i spørgsmålet er måske netop demonstreret ved, at der stort set var lige så mange, der ikke besvarede spørgsmålet om rygning og alkohol som spørgsmålet om sexlivet, hvor vi i forvejen ville forvente en lav besvarelses andel. Muligvis var det uden betydning for patienterne, eller de kendte konsekvensen af rygning og ikke agerede derpå, eller er fuldt bekendte med det gennem deres lange sygdoms forløb.

Tolkningen af begge skemaer (LUP og mini-LUP) var vanskelig, når man ikke havde kendskab til de forskellige faktoreres betydning for patienten både hvad angik livsstilsfaktorer og pårørendeinddragelse. Uden en afklaring af betydningen af disse faktorer for patienten var det faktorer, der var vanskelige at forholde sig til. Dette var der ikke rigtigt mulighed for, med mindre man i fortolkningen af holdningsspørgsmålene anvendte en Likert-skala. Man kunne muligvis kompensere herfor ved at stille "halv-åbne" spørgsmål med mulighed for kommentarer.

Et andet væsentligt kritikpunkt ved LUP spørgeskemaet var, at der ikke var rapporteret nogen neutral kategori udover spørgsmålene om inddragelse (6 og 7), hvor de 3 svarkategorier var grupperet omkring passende 6 og 7. Imidlertid blev disse svarmuligheder af rapporteret ligesom de andre spørgsmål, hvor man må antage, at den neutrale kategori blev inkluderet under en "positiv" besvarelse. Det er meget centralt, at man forstår, at de patienter, der besvarede disse spørgeskemaer, ofte var i et behandlingsforløb og dermed i et klart afhængighedsforhold til os. Der var og er derfor behov for en ventil i form af en neutral kategori for at opnå det rette nuancerede billede af tilfredsheden. Man kan godt tvinge folk til en positiv eller en negativ holdning, hvis man skal have dem til at vælge mellem 2 kaffemærker, men i en sammenhæng, hvor man vil have et overblik over sammenhængen mellem oplevelse og forventning, er det meningsløst.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Figur 11. Fordeling af handlingssvar med neutral kategori og manglende besvarelser i SKEMA-NYT.



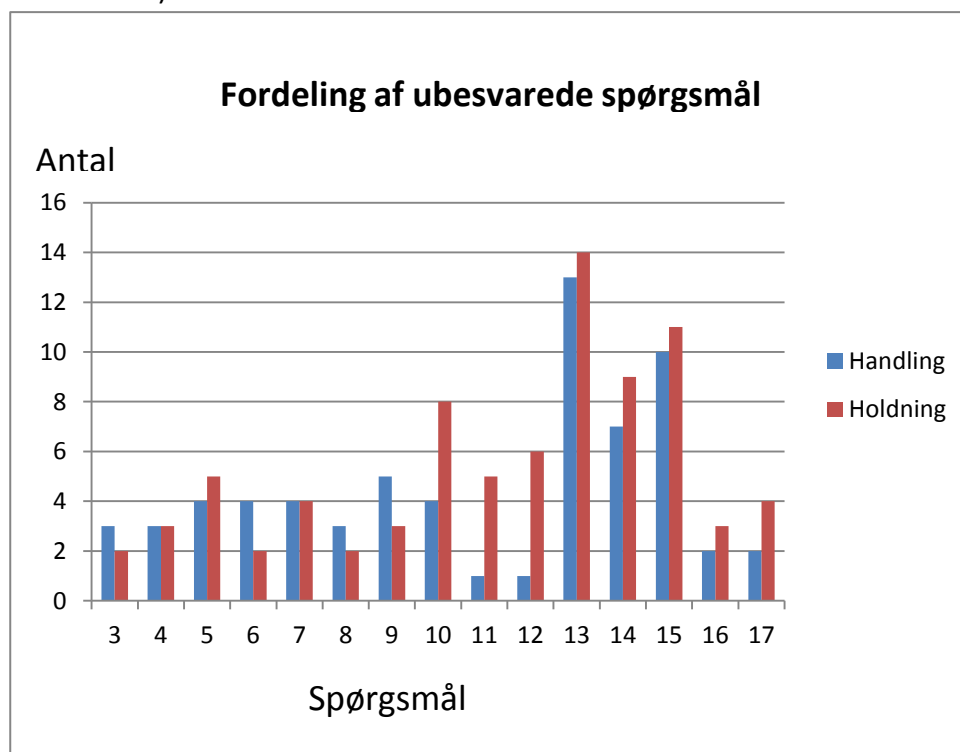
Spørgsmålene er gengivet i de 2 foregående figurer samt i bilag.

Med ovenstående oversigt dannede der sig et betydeligt mere nuanceret billede af patientoplevelserne på afdelingen. Overvejelserne om at spørge til patienternes sexliv var vanskeligt i og med, at det er et følsomt emne, og vores patientgruppe var patienter med livstruende sygdom, hvilket også afspejledes i svarene. Der kunne også være grund til at genoverveje relevansen af spørgsmålet om pårørende inddragelsen (SP 5), om det nu også var så centralt hos patienter med livstruende sygdom og en gennemsnitsalder på 67 år, selvom de tilgrundliggende amerikanske undersøgelser har vist, at det var en vigtig faktor. Den neutrale besvarelse er også en vigtig faktor, hvis man vil måle sande forbedringer. Med udsendelsen af LUP 2012 er der fra Region H bebudet, at man forventer sig en 5 % fremgang i alle kategorier og som det fremgår af opgørelsen uden manglende besvarelser og neutrale svar, at 5 % forbedring i en positiv besvarelse, der ligger over 90 % er meningsløs både fornuftsmæssigt og statistisk. Endvidere bør man i forbindelse med spørgeskemaundersøgelser overveje om spørgsmålet er relevant ved positive besvarelser over 90 %.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Andelen af manglende besvarelser giver også et godt fingerpeg om spørgeskemaets kvalitet. Vores spørgeskema var ikke afprøvet, havde jo kun en ganske lille organisation bag sig, og havde måske også derfor visse svagheder. Imidlertid er det velkendt, at holdningsudsagn er mere følsomme for de involverede og at spørgeskemaet i sin grundstruktur med 2 kategorier, der skulle besvares, var mere vanskeligt at forstå og besvare. I figur 12 er en oversigt over fordelingen af manglende besvarelser. Vi fik også enkelte kommentarer, om at spørgeskemaet var vanskeligt at besvare, i modsætning til hvad vi gjorde ved mini-LUP skemaet, som måske også var kendt af patienterne i forvejen. Vi hæfter os igen ved, at det var livsstilsfaktorerne, som patienterne i størst omfang afstod fra at besvare.

Figur 12. Fordeling af ubesvarede spørgsmål i SKEMA-NYT på handling og holdning (antal ubesvarede).



Med baggrund i Likert-skalaen udarbejdedes masker (bilag 9) til tolkning af besvarelserne.

Maskerne gav en mulighed for i en 5+5 tabel at holde udsagnene (holdningerne) over for spørgsmålene (handlingerne), således at man kunne tage stilling til, om der var tale om en tilbagemelding, som man skulle reagere på. En negativ besvarelse på noget betydningsløst var i sagens natur ligegyldig sammenholdt med negativ udtalelse på et vigtigt område. En oversigt over en fortolkningsmulighed fremgår af figur 13.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Figur 13. Fortolkningsmuligheder ved kombination af handlings og holdningssvar i SKEMA-NYT. Handlinger vertikalt og holdninger horisontalt.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning
1: passer ikke					
2: passer mindre godt					
3: passer nogenlunde					
4: passer i høj grad					
5: passer i meget høj grad					

Her har vi området med **høj tilfredshed** – dvs. stor betydning og passer i høj grad (4+5 på begge dimensioner)

Her har vi **neutral-området; hverken – eller**. I mange undersøgelser vil dette område lægges sammen med de positive kategorier.

Her har vi de **'utilfredse'**; her kan sættes ind, hvis dimensionerne er af stor vigtighed (vigtigheden er et definitionsområde).

Her har vi det **'betydningsløse område'**; det passer ikke og det har ingen betydning.

Her har vi et område, hvor patienterne fortæller, at afdelingen gør en del – men det har overhovedet ingen betydning for dem. Man kan kalde det feltet med de **overflødige handlinger**. Hvis der skal findes besparelser, ligger nogle af dem her.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Figur 14. Antallet af besvarelser fordelt på fortolkningsområde i SKEMA-NYT.

	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
høj tilfredshed	49	50	34	50	51	53	50	30	33	32	11	20	12	53	56
neutral-området; hverken – eller	13	11	23	10	8	6	9	10	11	11	7	10	23	7	6
'utilfredse'	1	1	1	2	0	4	2	6	7	7	1	3	9	3	0
betydningsløse område'	0	0	3	0	2	0	0	1	1	1	1	0	5	0	0
overflødige handlinger	0	0	0	0	0	0	0	10	10	10	30	24	3	0	0
I ALT	63	62	61	62	61	63	61	57	62	61	50	57	52	63	62
Ubesvaret	4	5	6	5	6	4	6	10	5	6	17	10	15	4	5
HELE POLULATIONEN	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67

Ad sp. 5: Mine pårørende er i høj grad blevet inddraget i de beslutninger, der er blevet truffet om min behandling. Det var på baggrund af ovenstående tolkningsmodel usikkert i hvilket omfang patienterne i virkeligheden ønskede deres pårørende inddraget afspejlet ved den store andel af neutrale besvarelser.

Ad sp. 10: Var du utryg, da du skulle hjem fra afdelingen? Her 'vendte vi skalaen', hvilket vil sige at besvarelsen gik fra et overvejende positivt spørgsmål/udsagn til et negativt. Antallet af besvarelser, der faldt i kategorien "overflødige" handlinger, var nok et udtryk for den vanlige 'underrapportering' på dette spørgsmål, men det afspejlede måske alligevel et indsatsområde for vedligeholdelse af det den sygdomsspecifikke del af projektet, idet vi som udskrivningskriterium, blandt andet havde tryghed. I og med at de optimerede forløb var blevet en del af afdelingens rutine, skal det ikke underkendes, at den tidlige udskrivelse var og er vanskelig, selvom der har fundet en forventningsafstemning sted. En oplysning som denne ville vi bruge til at lægge større vægt på forventningsafstemningen og måske gennemføre en stikprøvekontrol på om udskrivelsen var forberedt godt nok i hjemmet.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Ad sp. 10, 13, 14 og 15: Her var en stor andel ubesvarede, hvilket gav anledning til overvejelser om formuleringen af spørgsmålet var god nok. Spørgsmål 15, der omhandlede patienternes sexliv var nok vanskeligt for patienterne. De havde en livstruende sygdom og netop gennemgået (endnu) en operation. Spørgsmålet var også følsomt, da det jo i udtalt grad var i privatsfæren. Derimod undrede det, at svarene på spørgsmålene 14 og 15 ikke var mere entydige, som tidligere nævnt, men her kom vores tolknings skabelon os til hjælp, og vi kan konkludere, at det for en patientgruppe med livstruende sygdom og en gennemsnitsalder på 67 år var uvæsentligt, på det tidspunkt de kom til os, at kende til konsekvenserne af rygning og alkohol. Alternativt kunne det være et udtryk for at patienterne ikke røg og drak, og derfor var i tvivl om, hvad de skulle svare. Endeligt kunne det være, at deres viden om området var for spinkel, og der var et væsentligt indsatsområde for at uddanne dem i deres sygdomsforløb. Her burde det være særligt væsentligt, at der blev taget højde for diagnosen og afdelingen, fordi så stor en del af vores patienter (84 %) havde fået fjernet deres primære cancer (modersvulsten) indenfor uger eller år før de kom til os. Med andre ord, at hvis vi tolkede det som manglende information, burde det ikke relateres til vores afdeling, men derimod til andre afdelinger. Hvis vi kunne bruge spørgeskemaet dynamisk skulle vi teste livsstilsfaktorerne overfor en anden gruppe af vores patienter, der havde det primære forløb hos os, men på det foreliggende kunne det konstateres at spørgeskemaet i dette tilfælde ikke var henførbart til vores afdeling.

Mens det for rygning og alkohols vedkommende var rimeligt entydigt, at vi enten havde med et spørgsmål at gøre, hvor det var uklart, hvad man skulle svare, hvis ikke man røg eller drak, eller et område, hvor man ikke behøve at gøre yderligere, kunne der herske tvivl om indsatsen var god nok på motions- og ernæringsområdet. Her var der en del "utilfredse" besvarelser, og opsplitningen af spørgsmålet gav den information, at vores patienter ikke skulle have rygestopkurser, men derimod bedre information om ernæring og kost, hvilket for de patienter, der kom med metastaserende sygdom, burde være adresseret længe inden de kom til vores afdeling. Ernærings- og genoptræningsindsatsen på hospitaler har desværre mange steder været udsat for besparelser og netop opgaver som genoptræning og ernæring er i som led i Sundhedsreformen i stort omfang overgået til kommunerne, og måske pegede det på, at det igen er i overgangene, at tyngden for forløbsindsatsen skal lægges. Dette er vanskeligt, også fordi disse overgange kun kan monitoreres retrospektivt, nemlig når forløbet er gennemført, med de IT systemer, der er til

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

rådighed. Endeligt viser det også en konsekvens af besparelserne, fordi KRAM faktorerne ikke er en del af selve den faglige kerneydelse, som er behandling og helbredelse eller symptomlindring, hvorfor de ved en faglig prioritering udløst af politiske krævede besparelser formentligt er noget af det første der rammes.

Som konklusion på nærværende gennemgang, mener jeg, at man kan sige at resultaterne i besvarelserne lignede hinanden en del. De steder, hvor der var mange spørgsmål i ét har gennemgangen klart vist, at det ikke kunne anvendes overhovedet, som det var tilfældet for livsstilsfaktorerne. Likert-skalaen gav en mulighed for at rationalisere og dermed foretage prioriteringer på baggrund af spørgsmålene. Endvidere ville man ud over formodninger og besvarelser der typisk havde en meget høj samlet score få et bedre grundlag for at udvikle og anvende spørgeskemaet dynamisk, idet formålet med historiske kontroller ikke opvejede anvendelsen af dårligt formulerede spørgsmål. Endeligt ville man ved at have en neutral kategori give en udvej til patienter, der ikke nødvendigvis var afklarede, samt at have nogle flere grader at måle udvikling på, idet det som sagt ikke gav mening at øge tilfredsheden med 5 %, hvis den allerede var over 80-90 %. Dernæst skulle manglende besvarelser naturligvis fremgå i en præsentation af et datamateriale.

V Analyse

V.1 Præstationsmålinger og incitamentsstruktur

LUP er en måling af patientoplevelser. Den er en præstationsmåling, der indgår i DDKM, hvor man på baggrund af en række indikatorer i patientforløbsstandarder vurderer den patientoplevede kvalitet. Præstationsmålinger anvendes til økonomistyring af hele sektorer. De anvendes til at allokere ressourcer og regulere adfærd. De skal gerne fremme en adfærd til gavn for forretningen, men for at de skal virke efter hensigten, skal de være komplette, og der skal være en fælles forståelse for præstationsmålet mellem principal (Regionen/hospital/afdeling) og agenten (sygehuset/afdeling/individ)(Friis 2011). Det mest kendte eksempel er vel bonusordninger og medejerskab, hvilket gør den, der ikke ejer virksomheden, men som er administrerende direktør, til pseudoprincipal, idet principal begrebet omfatter et medejerskab. Præstationsmålinger er primært beskrevet som adfærdsregulerende i relation til økonomiske incitamenter og

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

takststyringen via de Diagnose Relaterede Grupperinger (DRG), hvilket er velkendt for Sundhedsvæsenet. Imidlertid kan det efter min mening direkte overføres på præstationsmålinger, som måske ikke giver agenten et direkte økonomisk incitament eller gevinst, men derimod gennem offentliggørelsen, hvor man i terminologien hele tiden henviser til kvalitet, giver medarbejderen en følelse af professionel stolthed, og dermed får det naturligvis direkte konsekvenser for den engagerede fagprofessionelle medarbejder.

I pjecen, der rapporterer LUP resultaterne (Enhed for Brugerundersøgelser 2010), angives det, ”afgørende for formålet med akkreditering er i sidste instans at give patienterne ydelser af høj kvalitet”. Herudover skriver Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen, og Indenrigs- og Sundhedsminister, Bertel Harder i indledningen til pjecen (LUP 2010), hvordan LUP er et vigtigt bidrag til kvalitetsudvikling. I denne introduktion skiftes tvangfrit mellem oplevelser og kvalitet. Denne form for offentliggørelse har naturligvis til hensigt at virke adfærdsregulerende. Der er ingen direkte belønning ved at klare sig godt, men den indirekte belønning er at øge prestigen og den sociale anseelse (Miller 2002). Endvidere får en høj score afsmittende virkning på patienters frie valg, og politisk kan den naturligvis også få konsekvenser i forbindelse med tildeling af behandlinger og rationaliseringer (Friis 2011). Naturligvis er det en nødvendighed, at Sundhedsvæsenet har bevæget sig fra, at patienter, der spurgte professoren om noget, blev udskrevet på grund af frækhed, til at vi fokuserer på den patient oplevede kvalitet. Kvalitetsbegrebet er defineret i indledningen, og LUP beskæftiger sig kun med et perspektiv af dette, nemlig patientperspektivet. Dette skal naturligvis på ingen måde bagatelliseres, men at sidestille undersøgelsen med kvalitet gør, at det meget hurtigt udvikler sig til en kamp om diskurser, og set fra mit ståsted må jeg fastholde, at det er en undersøgelse af patienttilfredshed. Tilfredshed er et spørgsmål om patientens forventninger og faktiske oplevelse. Med andre ord foreligger der her en klar forvrængning af præstationsmålene. Lige så vel som ”som man spørger så får man svar” (Boolsen), så får man hvad man måler (Kaplan Norton 1992). Det er klart, at man ønsker, at patient tilfredsheden er handlingsanvisende for personalet, men ”kontrakten” er uklar, fordi man sammenblander begreberne kvalitet og tilfredshed ved at forsimple førstnævnte. Selvom man har defineret begrebet kvalitet som *”De samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger”*, og forventning indgår i definitionen, skal man holde sig

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

for øje, at der som led i denne definition er beskrevet dimensionerne (struktur, proces og resultat), aspekterne (medicinsk teknisk, interpersonelle og organisatoriske) og perspektiver (patient, sundhedsfagligt og organisatorisk), men i LUP er der alene målt på et perspektiv – nemlig patientens, og det er målt med reference til forløbene, hvilket klart er relateret til dimensionen struktur, samt det organisatoriske aspekt og perspektiv, alle elementer man kun i ringe grad har indflydelse på afdelings og medarbejder niveau.

DDKM beskriver standarder for både sygdomsspecifikke og generelle forløb, og LUP er central i de sidste. De sygdomsspecifikke forløb har indikatorer, der måler på dødelighed og sygelighed, men med den massive offentliggørelse af LUP foretages der fra politisk hånd ingen vægtning mellem de to opgaver, og dermed sætter man det sundhedsfaglige personale i et dilemma, hvis de skulle foretage en prioritering af deres ressourcer. Væsenet som helhed vil gerne levere behandling og pleje i international klasse, så derfor kan man sige, at hvis tilfredshed sidestilles med kvalitet er det vanskeligt at benchmarke internationalt, idet patient tilfredshed, hvor forventning er central og meget vekslende og selv indenfor Danmarks grænser er der meget forskelligartede forventninger (Schulze 2006). Det vil sige at de høje procenter af tilfredse alene bliver et politisk sammenligningsinstrument a la lykkelighed undersøgelserne, hvilket giver anledning til et koordinationsproblem, fordi Sundhedsvæsenet altid har anvendt det klassiske naturvidenskabelige sammenligningsgrundlag for sygelighed, dødelighed indlæggelsesdøgn, genindlæggelser med mere for at benchmarke behandlings kvaliteten internationalt. Dette giver ud fra det positivistiske paradigme nogen gode "objektive og kvantificerbare" data, i det omfang man kan enes om definitionerne og er åbn og ærlig om sine resultater. Endvidere bliver det af betydning hvis ikke skalaen balancerer og de ubesvarede ikke medtages, da procenten så blive unaturlig høj. Med en tilfredshed på 93 % for det samlede forløb ved indlæggelse giver det blandt andet anledning til nøje overvejelser for de højt specialiserede enheder, fordi vi ikke ved om det er forløbet i vores regi patienten refererer til, da vi oftest vil være anden eller tredje afdeling patienten er henvist til, men for patienten er det naturligvis stadig et forløb. Yderligere vil det give store problemer, hvis en så høj procentsats skal forbedres. Set fra vores side er der derfor tale om en bevidst manipulation, der tilgodeser små enheder med "lette" behandlingstilbud, som for den sags skyld også indgår i hovedparten af forløbene, hvilket giver et udtalt motivationsproblem hos personalet og på ledelsesniveau til at træffe måske rimelige beslutninger på baggrund af undersøgelser af

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

denne karakter. De højt specialiserede enheder kan endvidere ofte ikke deltage i målingerne for de sygdomsspecifikke forløb eller har her netop en langt højere sygelighed og dødelighed, fordi patienterne er langt mere syge, hvilket alt andet lige vil føre til en ringere score ved måling på indikatorer som sygelighed, dødelighed og indlæggelsesvarighed. I LUP 2010 rapporteres fremgang i næsten alle parametre, og en direkte sammenligning mellem Regionerne foretages også. Udover dette åbenbare koordinationsproblem opstår der også et motivationsproblem hos den fagprofessionelle, fordi de er uden reel indflydelse på målingerne, fordi kvaliteten af spørgeskemaet er diskutabel (se empiri afsnit), der manipuleres, og tilfredshed sidestilles med kvalitet efter, at der kun er målt på et af 3 perspektiver uden at inddrage de øvrige elementer i form af dimensioner og aspekter. Agenten, i dette tilfælde afdelingen, er uden indflydelse på resultatet (ukontrollerbare forhold), fordi patienterne svarer på noget andet, end det de er spurgt om, eller det er antal toiletter, den udliciterede rengøring eller maden der tæller. Endeligt vil jeg anføre, at en dårlig score på tilfredshedsparametrene lige så vel kan afspejle, at der er en forkert dimension i form af en dårlig struktur, organisering og ressourcetildeling, samt et dårligt aspekt i forløbene både mellem afdelinger og sektorer, samt endvidere et dårligt perspektiv, fordi personel og ressourcer ikke anvendes effektivt. Alle begreber som kan relateres til kvalitet i forløbene, som principalen i princippet bør håndtere, men som føres tilbage på afdelingerne, fordi de har den koordinerende rolle for behandlingsforløbene. Rimeligheden i dette kan diskuteres, og det udgør et problem, når man ikke har indflydelse på den grundlæggende struktur, hvilket begrænser ledelsesrummet betydeligt også set i lyset af Galbraith's stjernemodel figur 7 (Galbraith 2002). Præstationsmålingerne er en del af incitamentsstrukturen både på det overordnede niveau og helt ned til afdelingsniveauet. Der er så at sige lavet en kobling fra makro- til mikro-niveauet, selvom der er massive problemer med dette, fordi det viser sig, at patienterne ikke ved, hvad de svarer på, når det drejer sig om afdelinger, der er højt specialiserede og ligger sent i sygdomsforløbet (jf. validerings spørgsmål bilag 4). Ydermere foretages der fra principalens side en prioritering i midlerne til fordel for en tilfredshedsundersøgelse frem for sygdomsspecifikke målinger, og mange kliniske databaser, der registrerer behandlings kvalitet, står overfor en reel risiko for at blive lukket ned på grund af manglende ressourcer (eksempelvis Dansk Hernie database).

Galbraith's (2002) stjernemodel beskriver de elementer i et organisatorisk design, som kan kontrolleres af ledelsen, figur 7. Strukturerne er indbyrdes relaterede, og siden modellen, som

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

oprindeligt blev beskrevet i 1995, er der foretaget tilpasninger til forskellige anvendelsesmuligheder i CEO modellen og samklangsmodellen.

Belønningssystemet eller incitamentsstrukturen har flere niveauer, som i sidste ende skal motivere afdelingen/medarbejderen til gavn for *performance* (Galbraith 2002). På afdelingsniveauet drejer det sig om at opnå de rette budgetter i den out-put orienterede monitorering gennem de Diagnose Relaterede Grupper (DRG takster). Dette er et led i, at man hensigtsmæssigt nok, lader "pengene følge patienterne" (Petersen KM 2005), således at produktivitet (mange behandlede patienter) ikke straffes. Sundhedsstyrelsen afgør efter specialeplanen, hvilke afdelinger, der kan tildeles de forskellige behandlinger på hovedfunktions-, regions- og højtspecialiseret niveau. Regionerne afgør så indbyrdes, hvordan funktionerne fordeles og om man vil acceptere grundlaget. Her er særligt Region Sjælland og Region Nord udsatte, da der traditionelt ikke har været universiteter her og dermed været en tradition til at henvise til "universitetshospitalerne". Forskellige offentliggørelser af præstationsmålinger kan blandt andet påvirke politikeres valg, hvor behandlingerne udføres eller eventuelt skal ophøre, og de har dermed en væsentligt sammenhæng med den økonomiske del af incitamentsstrukturen. Kvalitetsmålinger på udvalgte diagnoser og behandlinger ved det Nationale Indikator Projekt gennemføres for, at måle kvaliteten på udvalgte behandlinger på afdelingerne/hospitalerne. Dette kan naturligvis også få indflydelse på, om hospitaler eller afdelinger kan opretholde eller opnå tilladelse til at gennemføre visse behandlinger.

For at understøtte denne incitamentsstruktur gennemføres patienttilfredshedsundersøgelser kombineret med ventetidsoversigter for at sikre det frie valg (Sundhed.dk) og dermed yderligere understøtte de out-put rettede DRG budgetter. Denne udvikling har fulgt en reformsporet fra planøkonomi, over tiltro til planlægning, til incitamenter, hvor særligt det sidstnævnte har været tolket vekslende fra øgede frihedsgrader til økonomisk belønning (Petersen KM 2006). Belønning medfører motivation, som skal fremme en bestemt adfærd, som øger *performance*. Langt de fleste erfaringer hviler her på økonomiske incitamenter, og den enkelte afdelings- eller sygehusledelse kan naturligvis påvirkes gennem de økonomiske mekanismer, men de udgør ikke en reel faktor på individ niveau i Sundhedsvæsenet, derfor bliver den sociale anseelse og den selvopfattede kvalitet af udtalt stor betydning for medarbejderens motivation, hvorfor præstationsmålinger som LUP får ganske vidtrækkende konsekvenser.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

V.3 Motivation

På det personaleledelsesmæssige niveau drejer det sig om et belønningssystem, som kan spænde fra ny løn over øget ansvar til anerkendelse, hvilket i virkeligheden spænder over de samme elementer, som har udgjort udviklingen for afdelingsniveauet. På hospitals- og afdelingsniveauet er det langt overvejende prestige (DiMaggio & Powell 1983) og økonomi, mens det på personaleniveauet er meget vigtigt, hvordan incitamenterne opfattes.

Den oprindelige motivation for individer til at uddanne sig til et job i sundhedssektoren har i overvejende grad været altruistisk (Beck Jørgensen 2010) og langt overvejende knyttet til dimensionen "compassion" (Perry 1996). Derimod giver Vandenaabeele's dimension "user orientation" ikke så meget mening i den sektor, fordi "compassion"-delen er så altoverskyggende, så relateret til sundhedsvæsenet giver Perry's oprindelige dimensioner; "public interest", "compassion", "attraction to policy making", "self sacrifice", mest mening. Det har endvidere hidtil ligget i kortene, at man, når man har uddannet sig til et job i sundhedsvæsenet, også ville blive offentligt ansat. Sektor tilhørsforholdet har måske betydet noget for mere end 20 år siden, hvor man fik et godt fast job (tjenestemand) i det offentlige med sikkerhed i ansættelsen og en god pension. I dag er tilhørsforholdet til det offentlige i sig selv ikke nogen drivkraft blandt andet fordi sikkerhedsnettet er væk, men derimod er der formentlig en indbygget motivation for at levere en ydelse (Public Service Motivation (PSM)) (Beck Jørgensen og Bøgh Andersen 2010), og jeg vil endda påstå, at den er mere udtalt i Sundhedsvæsenet end i mange andre offentlige organisationer. Den er også relativt dybt forankret i det værdiunivers, hvor almen nytten er central, hvilket understøttes af, at de fremmeste modstandere mod privathospitaler fandtes i den offentlige sundhedssektor, hvor man traditionelt har fokuseret på lige adgang til helbredsytelser for alle. Endvidere er der en udtalt grad af fagprofessionalisme, hvor ansvarlighed og integritet spiller væsentlige roller. Et stærkt værdiunivers med mange type I værdier (Hodgkinson 1996) giver tilsvarende ledelsesmæssige udfordringer, da kernen netop er at operationalisere værdierne til fordel for en mere "public interest" dimension. Det vil sige, at det ikke nytter, at den service, der leveres, ikke er efficient. Det kan være i modstrid med den meget fagligt engagerede medarbejders opfattelse af, hvordan man bedst servicerer borgeren. Helle Hein (Hein 2009) beskriver vidensarbejderens arketyper og giver et bud på, hvordan man kan motivere dem ud fra

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

et kendskab til de regulerbare mekanismer, der ligger implicit i de forskellige arketyper, således at de kan udøve deres faglighed til gavn for forretningen. Dette kombineret med Ryan og Deci's (2000) taxanomi-trin til beskrivelse af motivation, der udgør en skala fra amotivation til intrinsik motivation, hvor man kan flytte fra den eksterne motivation hos lønmodtageren (Hein 2009) til en grad af ekstrinsik motivation, der er integreret med et overordnet mål hos primadonnaen (Hein 2009). Det er blandt vidensarbejdere nogle af de mest fundamentale modstandere af ny-løn har været. Det økonomiske incitament i denne gruppe skal tildeles efter gennemsigtige og retfærdige principper (Beck Jørgensen og Bøgh Andersen 2010) for ikke at virke demotiverende eller at "crowde out" den intrinsiske motivation (Osterloh and Frey 2000).

Med Rennysons (2005) undersøgelse af argumentationen for tildeling af ny løn, hvor det fremgik, at den tildeltes af legale, økonomiske, pædagogiske og intime årsager viser, at kommunikationen omkring tildelingen er af allerstørste betydning ikke kun til den, der bliver tildelt ny løn, men måske i særdeleshed til hele medarbejderstaben. Men om det øger motivationen til gavn for efficiens har vel karakter af en rationel myte (Meyer and Rowan 1973), når man ser på beløbenes størrelse, som ofte ligger mellem 1000 og 2000 kr. om måneden. Det er derfor vanskeligt at se det som andet, end det Herzberg kalder en hygiejnefaktor, altså en faktor der modvirker arbejdsutilfredshed og ikke nødvendigvis bidrager til arbejdstilfredsheden. Centralt for vidensarbejderen eller den professionelle er værdier som faglighed, ansvar, tilhørsforhold og autonomi. Netop autonomien er central, da dennes modpol er kontrol, der ikke alene virker demotiverende (Mintzberg 1998), men også virker bremsende for innovation og inspiration (Hanke 2008).

Præstationsmålingerne og akkrediteringsprocesser bidrager til en homogenisering af de forskellige organisationer i det offentlige (DiMaggio og Powell, 1983). De understøtter i udtalt grad den normative isomorfisme (DiMaggio og Powell 1983), som er relateret til det professionelle (fagprofessionelle, vidensarbejderne (Hein 2009)). Dette giver naturligvis en mulighed for lettere at kontrollere en meget kompleks organisation som sundhedsvæsenet (Perrow 1976). Netop i lyset af de motivationsfaktorer og værdier, der er fremherskende i sundhedssektoren, bliver præstationsmålingernes kvalitet af enorm vigtighed.

I dag har alle danske hospitaler som led i DDKM en kvalitetsenhed. Denne er ligger organisatorisk side om side med ledelsesniveauet, er frigjort fra den daglige drift, skal implementere standarder

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

og sikre, at de overholdes både ud fra et akkrediterings og patientsikkerhedsmæssige formål. Dette giver i sagens natur et øget krav til dokumentationen, hvilket for nyligt afstedkom en underskriftsindsamling blandt de ansatte i sundhedssektoren (Dagens Medicin 04.11.2011). Underskriftsindsamlingen fik en af hospitalsledelserne til at indkalde samtlige underskrivere til "en kammeratlig samtale". Det skal understreges, at der med stigende dokumentationskrav ikke er fulgt ressourcer til at foretage disse ude på afdelingsniveauerne, om midlerne har været anvendt på de centrale kvalitetsenheder eller om der har været tildelt nogen kan jeg ikke redegøre for. Hermed forvrænges kontrakten og komplethed, fælles forståelse for kontrollerbarhed og præcision ophører med at eksistere, hvilket medfører den direkte modsatte effekt af præstationsmålingssystemerne som tidligere nævnt (Ivar Friis 2010/2011).

Det er også interessant, at der, når det gælder det offentlige vil være interessenter i form af forskellige medier, der kan opnå pseudoprincipal lignende karakter, som Dagens Medicin fx gør i "Kåringen af Danmarks bedste Hospitaler" (Dagens Medicin, 08.12.2011), hvor en række af de tidligere nævnte præstationsmålinger anvendes, og det erklærede udgangspunkt er, at "Stjernesystemet ikke er seriøst". Udover målingerne indsender sundhedspersoner et spørgeskema, som medvirker til kåringen. PR-værdien af at klare sig godt i denne "kåring" er stor, da den offentliggøres under stor fanfare og løbende citeres i dagbladene (BT 28.04.2012, s. 24-5), mens effekten af udebleven kåring kan diskuteres. En kåring som led i en afstemning er en god gimmick, men at forstille sig, at man for så mange afdelinger og specialer kan vurdere kvaliteten på baggrund af simple udtræk er "useriøst", og flere afdelinger har scoret dårligt, fordi de ikke har indberettet til kvalitetsdatabaser, som de har været fritaget for deltagelse eller sekvensen for indberetning ikke har været forstået. Det kan godt være, at det har en stor PR værdi for tidsskriftet at udføre målingen, men det er også en vanskelig rolle at påtage sig, da systemet er meget komplekst, og kravene til upartiskhed og præcision bør være enorme for at undgå manipulation. En stor del af manipulationen ligger i at gøre målinger semi-populistiske, fordi det på et forkert eller unøjagtigt grundlag kan påvirke patienternes og for den sags skyld politikernes valg og lede til selvpromovering og "cream-skimming" (Kaplan og Atkinson 1998) fra de kårede afdelingers side. Til den første præsentation af Smiley ordningen i 2008 kommenterede Vibeke Storm Rasmussen (S) blandt andet *at det også var vigtigt, at Sundhedsstyrelsen og ministeriet arbejder på at fjerne de skævheder, der er i den nuværende opgørelse. For eksempel kan man som hospital redde sig en*

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

højere score ved at opsætte nogle flere håndvaske. Eller endnu værre at det giver flere point, hvis man undlader at passe de alvorligt syge patienter, hvor risikoen for dødsfald er større, frem for at tage sig af de mere lette sygdomstilfælde.

Her anvender VSR netop punkter som agenterne i hendes eget system vil gøre gældende overfor de præstationsmålinger, som VSR i sin egenskab af principal vil anvende til kapacitetsstyring i sit eget system og dermed stille skarpt på den kommunikative effektivitet og gensidige forventninger. VSR beskriver også "cream skimming" nok mest med reference til privat hospitalerne, hvilket skal forstås i det forhold, at man her overvejende behandler de patienter uden følgesygdomme stort set til samme takst. Det giver måske også et billede på, hvordan man på linjeledelsesniveau kan være nødt til at forholde sig til tolkningen af præstationsmålingerne i forhold til ledelsen af sit personale. Det giver også et fingerpeg om den coping strategi de fagprofessionelle vil anvende, som kan få karakter af at være en dekoblingsmekanisme jævnfør citatet. Alternativt kan målingerne håndteres ved "the logic of confidence and good faith" (Meyer and Rowan 1977), hvor man anvender accept og tolerance fordi handlingerne er institutionaliserede i en sådan grad, at man ikke tager den påtænkte konsekvens af de adfærdsregulerende tiltag, blandt andet fordi de ikke fagligt giver mening. Denne fare er altid til stede ved at tage en undersøgelse fra makro til mikro-niveau, samtidigt med at en bagudrettet undersøgelse anvendes til at give fremadrettede anvisninger i et væsen i stadig accelererende forandring.

V.3 Institutionalisering

LUP er en del af DDKM, og anvendes som en præstationsfremmende måling samtidigt med at den indgår som kvalitetsudviklingselement relateret til de generelle patientforløb, som tidligere beskrevet. Disse målinger har en indflydelse og en vægt, som langt overstiger den, man kan forvente af en tilfredshedsundersøgelse, hvilket ikke alene kan tilskrives et politisk ledelsesmæssigt ønske herom, men også det faktum, at der har fundet en institutionalisering sted. For det første er der lavet en organisation omkring akkrediteringsprocessen og kvalitetsudviklingsbegrebet, som har en eksistensberettigelse, der ikke har et økonomisk rationale. Endvidere har de medvirket til at give Sundhedsvæsenet den fornødne legitimitet, der var påkrævet efter den stigende kritik i 90-erne, som tidligere nævnt, hvor legitimitet ikke skal opfattes som en ressource, men som betingelse, der afspejler kulturel alignment, normativ støtte

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

eller efterleven af relevante regler og love (Scott 1995). Legitimitet er ligesom rationalitet nøglebegreber i institutionel teori og med Scott's operationalisering af institutionsbegrebet kan effekten på medarbejderens motivation af institutionaliseringen af akkrediteringsprocessens yderligere perspektiveres.

Som oplæg til operationaliseringen kan det selvfølgelig anføres, at Sundhedsvæsenet eller i mit tilfælde, den kirurgiske afdeling, er en institution i sig selv, hvis man ser på den som organisation yderst resistent mod forandring og med stor indflydelse på sin kontekst. Det er måske netop af den årsag at tiltagene og diskursen har udviklet sig som den har også i denne opgave.

Figur 15 . Scott's institutionelle perspektiver (1995).

	Regulative	Normative	Cognitive
Basis of compliance	Expedience	Social obligation	Taken for granted
Mechanisms	Coercive	Normative	Mimetic
Logic	Instrumentality	Appropriateness	Orthodoxy
Indicators	Rules, laws, sanctions	Certification, accreditation	Prevalence, isomorfism
Basis of legitimacy	Legally sanctioned	Morally governed	Culturally supported, conceptually correct

Scott's operationelle perspektiv er inddelt i arketyper, der som mange andre ikke skal opfattes som "rene", og der forekommer naturligvis overlap. På en hospitalsafdeling er der mange rutiner. Disse kræver ikke ordination eller ordre og gør medarbejderen i stand til at fortage en handling uden nødvendigvis at få tilladelse til det og kan i mange tilfælde give en glat afvikling, men det har ikke altid været veldokumenteret og en akkrediteringsproces i et overvejende normativt/kognitivt system giver det anledning til dilemmaer. I kvalitetssikringsøjemed skal sådanne standarder nedfældes som protokoller, vejledninger eller politikker og dernæst også dokumenteres i relation til hver enkelt gang de har været anvendt. Man kan diskutere, hvor den anden institution – kvalitetsorganisationen - hører hjemme i Scott's operationalisering (1995), men den er langt overvejende regulativ. På tværs af perspektiverne går kultur, sociale strukturer og rutiner igen. Det

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

normative system er bygget meget op omkring værdier, hierarki og pligtfølelse, mens for det kognitive er type, identitet og performance der kendetegner de institutionelle bærere. Dette er elementer som er meget gennemgående i relation til sundhedsvæsenet, man kan måske sige at det normative er meget fremherskende i den vertikale del, mens det kognitive overvejende er i de horisontale processer og måske mest indenfor de forskellige personalegrupper. Dermed er der et sammenstød mellem institutionerne, da regler, love, governance, magt systemer, protokoller og standardprocedurer er de primære institutionelle mekanismer i et kvalitetsudviklingssystem, som det implementeres i sundhedssektoren. Man kan måske sige, at systemet selv havde forspildt chancen for at sikre sin egen legitimitet, og dermed var det en nødvendighed at oprette en kvalitetsorganisation. Det er vel en institutionaliseret myte (Meyer and Rowan 1973), at en sådan og dermed også at dokumentation giver øget kvalitet, men i alle tilfælde giver det den tidligere nævnte isomorfi og dermed kontrollerbarhed (DiMaggio og Powell 1983). Men det har afledte konsekvenser, og man kan diskutere, om der ligger en dekobling i, at kvalitetsorganisationen netop er placeret udenfor linjeledelsen, og det dermed bliver lettere at ceremonialisere inspektions- og akkrediteringsprocesser, fordi disse processer netop ikke må påvirke aktiviteten og dermed effektiviteten og efficiensen. Udviklerne af systemet i DK har formentligt været af den holdning, at for at trænge gennem "institutionen" var det nødvendigt med en "top down" proces. Selvom akkrediteringsprocesser og certificering er udtryk for en normativ retorik, bliver de af personalet opfattet som regulative og kommer til at virke som "direkte kontrol" (Mintzberg 1998). Kontrol er i mange sammenhænge motivationens modpol, og det er meget vigtigt for linjelederen at kunne vægte kontrollen, således at den giver faglig mening til gavn for motivationen, men også for at kunne inspirere til udvikling og innovation, som jo også kræves. Hvem kan forestille sig en innovationsproces fra gennemkontrollerede, isomorfe medarbejdere (Hanke 2008).

Med kvalitetsorganisationen har man dannet en institution, der har til formål at monitorere og implementere kvalitetsmålene. Kvalitetsenhederne skal iværksætte og monitorere effekterne af LUP og NIP, samt andre forhold omkring dokumentation og sikkerhed, og hvem kan i dag forestille sig et hospital uden kvalitetsenhed (institutionel myte). Det er indlysende, at vi skal have kvalitet på sygehusene – for hvem kan sige nej til kvalitet? Set i lyset af at hospitaler er meget veludviklede fagbureaukratier (Mintzberg efter Sørensen 2011) baseret på normative værdier, ligger der her en indbygget konflikt i tilfælde af at parterne er uenige om, hvad kvalitet i denne

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

sammenhæng er. For den fagprofessionelle vil det som tidligere beskrevet dreje sig om faktorer, som man kan måle og benchmarke sine faglige præstationer på nationalt og internationalt niveau. For sygehusejerne ligger der naturligvis en vis form for prestige i at kunne tilbyde avancerede behandlinger på et højt internationalt niveau. Denne er inter-regionalt også understøttet af DRG systemet, hvilket alt andet lige giver mulighed for at sælge behandlinger. Regionerne kan også vælge at udbyde deres patienter i til behandling til lavest bydende, hvilket understøtter markedsmekanismen, som det også er hensigten ved at "pengene følger patienterne". Imidlertid ligger der for sygehusejeren også en forpligtelse til at til- og udbyde behandlinger i henhold til økonomiske og politiske rammer. Hertil kommer i henhold til DDKM forpligtelsen til at oprette en kvalitetsenhed. Dette er også et led i den benchmarking, der foregår gennem akkrediteringsprocessen både nationalt og internationalt, hvor RH eksempelvis er akkrediteret både efter "Joint Commission" og DDKM. Min personlige erfaring fra disse processer er, at de giver anledning til en ensretning af visse procedurer, der på punkter som hindring af forvekslingskirurgi er til gavn for patientsikkerheden. Der er som led i dette også etableret retningslinjer for politikker og vejledninger. En central del af akkrediteringen er naturligvis dokumentation. De oplysninger, som der i virkeligheden altid har dannet grundlaget for den fælles forståelse for behandlingen, skal dokumenteres og i tiltagende detaljeringsgrad. Dokumentationen har et patientrelateret sikkerhedsmæssigt aspekt, men også et aspekt til forebyggelse af klager og erstatninger. De 2 sidstnævnte er medvirkende til at øge detaljeringsgraden massivt, hvilket primært er i arbejdsgivers interesse for at mindske omkostningerne, der i 2010 udgjorde ca. 160.000.000 Kr. og udviser en progredierende stigning (patientforsikring årsrapport 2010). Incitamentet for denne udvikling hos den enkelte professionelle ligger i, at man naturligvis gerne vil undgå at få en næse eller anden påtale på baggrund af et skøn, man har foretaget, der bliver bedømt retrospektivt, når alle facts foreligger. Måden man kan bedømme det på, er så naturligvis gennem det dokumenterede i journalen, men det kan lede til defensiv medicin i form af overdreven dokumentation. Imidlertid er der, som led i den nye lov om patientombuddet skabt en mulighed for patienten at rette klager både over forløb og sundhedsperson, hvilket kan gavne sikkerheden, idet der ikke altid skal placeres et ansvar hos den behandlende eller plejende sundhedsperson.

Som led i opfølgningen på LUP er der netop udgivet en politik og vejledning for de såkaldte KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol, motion). På baggrund af den spørgeskemaundersøgelse vi

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

gennemførte, har vi anskueliggjort, at det er højest tvivlsomt at vores patienter har brug for initiativer på alle disse områder, blandt andet fordi det var vanskeligt for ikke-rygere og folk med normale alkoholvaner at besvare spørgsmålene. Vi kan ikke helt udelukke at patienterne kunne have gavn af forstærket information om motion og kost. Imidlertid er der nu den nævnte politik, hvis implementering skal kontrolleres gennem audits på dokumentation i journaler. Denne dokumentation er isoleret set overkommelig, bortset fra at den som demonstreret, hviler på en forkert empiri, men den ledsages af megen anden dokumentation med ligeså specifikke krav, og som følge af dette øgede krav til dokumentation og dens detaljeringsgrad kræver disse enkeltvis fornuftige tiltag et enormt ressourceforbrug. Dette sker samtidigt med at stadig flere sekretærer opsiges eller anvendes til andre funktioner, hvilket har afstedkommet en enorm ekstra registreringsbyrde på det kliniske personale, der herved anvender stadig mindre tid hos patienterne. Dette har været kommenteret i en kronik i Politiken af Staberg i 2011 og i Ugeskrift for Læger af formanden for Foreningen af Yngre Læger (Ugeskrift for Læger 2012).

Ledelsesmæssigt drejer det sig fra den fagprofessionelle leders side om at anvende fagpersoners spidskompetencer størst mulig andel af tiden. Det vil i vores tilfælde sige til gavn for behandling og pleje. Derfor betyder den institutionalisering af kvalitetsbegrebet i øvrigt løsrevet fra linjeledelsen og med en uenighed om definitionen af kvalitet, at der er en indbygget konflikt, idet dokumentationskravet til kvaliteten bliver så omfangsrigt, at det fratager de fagprofessionelle ledere muligheden for at foretage de fagligt relevante prioriteringer.

Kvalitet og ressourcer er forbundet, så når den regionale kvalitetsorganisation sender et forslag i høring om Early Warning System, der kræver, at alle indlagte patienter på et givent afsnit skal have målt og dokumenteret blodtryk, puls temperatur, iltmætning, bevidsthedsniveau og vejrtrækningsfrekvens en gang i hver vagt, er det isoleret betragtet en god ide og kan måske bidrage til, at man opdager, at der er en forværring under opsejling tidligere end, hvis man ikke foretog målingen. Imidlertid tager denne simple procedure ca. 8 minutter pr patient, hvis man i øvrigt renser den for at tilgodese patientens evt. øvrige behov, der opstår ved kontakten med plejepersonalet. Dette vil på en afdeling med 50 senge medføre et tidsforbrug for en person på 400 minutter. Naturligvis var der en andel af patienterne, der på baggrund af det kliniske skøn i forvejen ville få foretaget denne måling, men da der pr. plejeperson er ca. 500 minutter til rådighed i en vagt, bliver en sådan prioritering indlysende umulig at gennemføre med mindre der

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

følger betydelige ressourcer med. Udover at denne slags tiltag fratager os retten til fagligt at skønne, hvor behovet er størst og prioritere ressourcerne, udgør det en decideret sikkerhedsrisiko, fordi tiden anvendes på de forkerte patienter, hvilket forstærkes af, at der heller ikke følger ressourcer med til implementering af tiltaget. Forslaget virker yderligere demotiverende for staben, da det ikke giver faglig mening, dels fordi det ikke er dokumenteret, at der er en effekt (MCgaughey 2008), dels fordi kvaliteten sikres ved en monitorering af, om der er foretaget den relevante registrering, som udtryk for kvaliteten af behandlingen.

Opfølgningen på LUP 2011 har fået det regionale kvalitetsråd til at udgive en kvalitetshandleplan, som har angivet følgende handlingsanvisning:

Kvalitetsmålene "Patienten i centrum" er en 5 % stigning fra 2009-2013 i andelen af positive LUP-svar på følgende spørgsmål (Frederiksen 2012):

- Patienten angiver at have haft en kontaktperson
- Patienten oplever ingen fejl
- Patienter, der oplever fejl, er tilfredse med personalets håndtering heraf
- Patienterne oplever ingen eller kort ventetid (ambulante patienter)
- Patienterne oplever at blive medinddraget i planlægning af egen behandling
- Patienterne oplever, at de pårørende blev inddraget i beslutninger vedrørende behandlingen i passende grad.

Ovenstående giver naturligvis overhovedet ikke nogen mening ud fra den beskrevne empiri, idet vi jo på langt de fleste områder ligger over 90 % i disse målinger. Vi ved ikke, hvor mange ubesvarede spørgsmål der er i opgørelsen, men der er en tradition for at ca. 15 % ubesvarede vil påvirke svarmønsteret. Høje procentvis positive besvarelser kan med samfundsvidenskabelige øjne tyde på, at der er spurgt om noget alle har en mening om eller er enige i, eller også er der spurgt på en sådan måde, at alle bliver enige. Alternativt kan analysen ikke have taget hensyn til der ikke har besvaret eller forstået spørgsmålet. Uanset forklaringsmodel kan det anføres, at hvis der er stillet et spørgsmål, alle er enige i, er det muligvis et overflødigt spørgsmål.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Endeligt skal det understreges at meningsløsheden af de mange registreringer i det kliniske system forstærkes, fordi dokumentationen håndteres i forældede IT systemer, der ikke muliggør et dataudtræk, som kan anvendes forskningsmæssigt. Hvilket gør at audits og dataresultater til forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerheds audits skal håndteres manuelt. Netop det IT-mæssige grundlag har af stort set samtlige, der deltog i reformprocessen udpeget til at være et centralt grundlag for kvalitetsudviklingen som beskrevet af Erik Juhl i Regeringens oplæg i pjeceform fra 2005.

VI Konklusion

VI.1 Konklusion

Barrieren for god ledelse i sundhedsvæsenet ligger i høj grad i incitamentsstrukturen.

Undersøgelser som LUP anvendes til adfærdsregulering, og elementer som tilfredshed sidestilles med kvalitet. Undersøgelserne understøtter de andre dele af incitamentsstrukturen og anvendes direkte gennem patienters frie valg eller indirekte gennem deres indpakt på den offentlige debat og de politiske beslutningstageres tildeling af ressourcer i form af budgetter og behandlinger eller når der skal foretages rationalliseringer. De er institutionaliseret i et netværk med kvalitet og akkreditering forankret i en kvalitetsorganisationen, som ligger uden for ledelsesstrukturen som en selvstændig struktur, der skal implementere og kontrollere de handlinger, der skal gennemføres afledt af undersøgelserne. Sammenhængen til ledelsesorganisationen er tilgodeset ved at hver "division" har kvalitetsmedarbejdere, der formidler og implementerer organisationens beslutninger til linjeleder niveauet og efterfølgende kontrollerer gennemførelsen. Der er ikke sammenhæng mellem de ting, der undersøges, og de konklusioner, der drages, og da kvaliteten af undersøgelserne er diskutabel, svækkes deres vægt, samtidigt med at de får en enorm indflydelse på grund af institutionaliseringsgraden. For at forbedre ledelsespotentialet i dem skal kvaliteten af undersøgelserne forbedres, og resultaterne skal underbygge de tiltag der gennemføres. Endvidere bør ønsket om at følge en historisk udvikling ikke være en hindring for, at undersøgelserne udvikles og forbedres. Endeligt skal institutionen i institutionen i form af kvalitetsorganisationen enten afskaffes eller undersøge kvalitet efter hensigten i definitionen inddragende alle dimensioner, aspekter og perspektiver, således at der kan opnås samklang om forståelsen for kvalitet mellem den politiske ledelse, den ledelsesfaglige ledelse og de fagprofessionelle, da undersøgelserne ellers vil skabe splitting mellem personalegrupper på grund af blandt andet uklare magtrelationer. Det kan naturligvis lyde ambitiøst, men alternativet var, at man anvendte god samfundsvidenskabelig metode, og i sin afrapportering foretog den nødvendige afgrænsning. Herudover kan præstationsmålingerne virke direkte demotiverende og modsat af intentionerne, fordi mekanismerne til håndtering af resultaterne enten vil være dekobling eller en overgang til "the logic of confidence and good faith" (ceremonilaisering), og dermed vil vi være tilbage, hvor vi startede, i det ekskluderende selvtilstrækkelige fagbureaukrati, inden vi begyndte at diskutere, hvordan sundhedsvæsenet skaber kvalitet og værdi for brugerne. Til sidst er den tiltagende

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

anvendelse af dobbelt budskaber (rationaliser (spar) uden ændring af kvalitet, afskaf bureaukratiet, men dokumenter alt) som styringinstrument yderligere en faktor, der forstærker den ovenstående copingstrategi og demotiveringsproces.

VII Perspektivering

VII.1 Perspektivering

Som led i en større aktivitetsudvidelse uden mulighed for udvidelse på sengeafsnittet måtte en optimering af indlæggelsesforløbene ledsages af en effektivisering. Som et minimum måtte dette ikke forringe behandlingen og helst også ledsages af uændret patienttilfredshed. Kendskabet til LUP blandt læger har været begrænset, mens det blandt sygeplejersker har været et velanvendt ledelsesredskab. Et af formålene med LUP er at skabe et grundlag for arbejdet med kvalitetsforbedringer. Forståelsen for at kvaliteten også skal relateres til andet end det somatiske er central for udviklingen af forståelsen af incitamentsstrukturen. Derfor er de samfundsvidenskabelige metodologiske overvejelser vigtige for at underbygge præcisionen af målingen. Selvom målingerne har opnået en institutionel karakter, handles der på resultaterne. Stringensen burde være den samme ved anvendelse af denne metodeform som ved den naturvidenskabelige metode.

Jeg har opnået et dybere kendskab til samfundsvidenskabelig metode og konstruktion af spørgeskemaer og forholde mig kritisk til incitamentsstrukturen for at kunne håndtere konsekvenserne af målingerne som linjeleder. Mulighederne for at yde indflydelse på udformningen af undersøgelserne og omfanget af registreringerne er begrænset, men at konkretisere problemer omkring præcision, kontrol og tolkning er vigtige, om ikke andet for at kunne understøtte begrundelser for afvigelser som del af at lede opad i systemet. Endvidere må personalet forsøges skærmet overfor forkerte konklusioner og motiveret for de relevante dele af opgørelserne.

Masteruddannelsen er med til at gøre de offentlige ledere mere ensartede, hvilket selvfølgelig letter kontrollen, men isomorfien (DiMaggio and Powell 1983) breder sig ikke kun gennem det ledelsesmæssige, men også i alle aspekter af Galbraith's stjernemodel, og hvorledes vil dette

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

påvirke muligheden for at skabe værdi og ikke mindst innovation? Det offentlige vil være fuldstændigt ligeså påvirkeligt som private organisationer af en akademiker masse og frihedsgraderne er måske endda mindre her, hvorfor risikoen for isomorfi er så meget desto større.

Gennemførelsen af projektet har fået mig til at se bredere på værdi og kvalitet og skærpet min mulighed for at gennemføre tværfaglig ledelse og dermed forene plejen (sygeplejerskerne) og behandlingen (lægerne) i en fælles forståelse for kvalitet og værdier med særligt henblik på at vurdere forløb. I processen med bearbejdelsen af svarene har vi oprettet et forløbssekretariat, som forener dedikerede projektsygeplejersker og forløbskoordinatorer i et kombineret sekretariat og kontor, der arbejder med livskvalitet og sorgbearbejdning. Traditionelt har vi uden problemer kunne håndtere de patienter, som vi har færdig behandlet og helbredt, idet de stort set alle har fået tilbudt opfølgende onkologisk behandling og jo i bund og grund fået en ny start, fordi de er blevet kureret. Men her har de typisk været afsluttet uden hensyntagen til de kirurgiske senfølger, der måtte være med stor indflydelse på livskvaliteten. Disse patienter har ikke med den naturvidenskabelige vinkel været tilbudt opfølgende behandling, fordi der ikke var noget behandlingstilbud ved tilbagefald. Dette er der et stort psykosocialt behov for. Den gruppe patienter, som ikke er blevet kurativt opereret (fået fjernet al sygdom), men alene fået konstateret at sygdommen har spredt sig for meget til operation, og som derfor skal have lindrende og livsforlængende (ikke helbredende) medicinsk behandling har traditionelt heller ikke haft noget tilbud. Det skylder vi dem, således at forløbet ikke stopper brat, bare fordi man ikke kan tilbyde helbredende behandling. Her er der ligeledes et stort behov, som vil kunne håndteres med samtaler med fokus på livskvalitet og praktiske retningslinjer for genoptræning, ernæring, emotionelle og sociale forhold ved livets afslutning også for de pårørende. Disse kvalitative processer med bløde værdier koster naturligvis, men da de ikke er kerneydelser i form af operation og fysisk lindring, kræver det opbakning til kvalitetsudviklingen også, når den foregår i de kliniske enheder.

VIII. Summary

In surgical department C an enhanced recovery program for patients having undergone liverresections was started. The aims of enhanced recovery are to make the patient able to receive adjuvant therapy and/or resume daily activities. Over the last decade the Danish Healthcare system has been constantly criticized for being closed and nontransparent. In the gradual evolution from medical fixation to being patient centered demands arose not only in terms of legislation, but also medical training and quality development to meet this new era.

The Danish accreditation Model was inspired by the previous work in Institute for Health Care Improvement and Deming's cycle served inspiration for quality improvement. This was done in order to reestablish the legitimacy of the Health authorities. It was implemented in 2005 and consisted of Standards, Evaluation and Reporting. Standards were patient pathway, disease specific and organizational. The evaluation processes were internal and external. Reporting consisted of feed-back, accreditation and publication. Every year since 2000 a nationwide survey of patient satisfaction (LUP) has been published to describe patient experiences in connection with the patient pathway. In the introduction to this publication the Danish Minister of Internal Affairs and Health together with the political leader of the Danish Regions stated, that the satisfaction of admitted patients was 93 %, and that there were several areas in which the quality could be improved. Quality is difficult to evaluate for medical services and was defined as "the properties of a service or a product, which is related to its ability to fulfill specified or general needs and expectations". This is related to different dimensions, aspects and perspectives. Satisfaction was defined as "the sensation built on experience and expectations". LUP is part of the reward structure through its publication and indirectly affects the budgets of the departments because it supports the free choice of the patients, which is part of the New Public Management philosophy of letting the money follow the patients.

The purpose of this thesis was to determine the most essential barriers to good governance in the Danish Health Care system. Where good governance was defined as governance aligned with reward structure and measurement of performance to support the general strategy. The barriers are that the reward system and performance measurement do not support good governance, because they

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

do not support the right behavior to increase performance, do not motivate, are institutionalized.

LUP was sent out to 140.000 patients, who had been admitted more than 24 hours to a department. We wanted to check if the patients were equally satisfied with our enhanced recovery program, and therefore we sent out a reduced LUP questionnaire to a selected group of patients, where we could use the previous LUP as a historical control and found no difference. In this process it became apparent, that there were several methodological problems in LUP, why we made our own questionnaire to address these. The problems were methodological and related both to the phrasing and the reporting. We then sent our newly developed questionnaire to a matching group of patients in which we made a paired analysis of attitudes and experience, which made us able to define causal relations, which was the purpose of the LUP, but which could not be done due its composition. The fact that LUP is used as direction for action renders it an enormous impact on health care professionals' motivation. Because the contract is not clear, a manipulation takes place, and cream-skimming is favored by the survey, because it only examines one perspective of quality, which is patient perceived quality, whereas the rest of the criteria, concerning pathway are related to organization and structure which is attributable to the principal, and therefore is not controllable for the professionals. It is part of the accreditation process, which is regulative, and does not make professional sense in the way it is implemented, due to an excess registration, that is not evidence based. Quality has become an institutional myth and isomorphism is prevailing due to the institutionalization of the quality improvement organization. This fact is further underlined by the lack of an efficient electronic patient paper to support registration and research.

In a political environment with a lot of double communication like "remove all bureaucracy, but register everything, save but it must not affect quality", it is increasingly hard for the line leader to motivate the healthcare professionals, also due to the fact that the registration is beyond meaningfulness, and their primary motivation factors professional pride, social recognition, and autonomy are not respected through the publication of surveys and they are further subdued to control by the accreditation structure that does not make professional sense, because it is only a benchmark of perceived quality to be used politically and not a reliable instrument for quality improvement or related to treatment specific indicators.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

IX. Litteratur

Boolsen, MW (2008). Spørgeskemaundersøgelser fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svar. Hans Reitzels Forlag.

Boolsen, MW (2006). Kvantitative analyser. At finde årsager og sammenhæng. Hans Reitzels Forlag.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2003). Terminologigruppen. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner. www.sst.dk

Dimaggio PJ and Powell WW (1983) The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. American Sociological Review, 48:147-69

Enheden for Brugerundersøgelser (2010). Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed. København
(http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2010/Revideret/LUP2010_revideret_aug_2011.pdf)

Enheden for Brugerundersøgelser (2010). Baggrund og metode for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed. København.
http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2011/Metode_LUP_2011.pdf

Finansministeriet (2002). Vejledning i brugerundersøgelser. www.fm.dk

Frederiksen L 2012. Kvalitetshandleplan sætter patienten i centrum. Elektronisk udgave. RegionH.

Friis, I (2010/11) Komplette præstationsmålinger: om at fremme fælles forståelse. Økonomistyring & Informatik.

Galbraith JR (2002) Designing Organizations. An executive guide to strategy, structure and process. John Wiley and sons.

Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, (eds) (1993). Through The Patient's Eyes. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Hanke P (2008). Performance og lederskab - Passionen som drivkraft. Børsens Forlag, København.

Hein HH (2010). Motivation. Motivationsteori og praktisk anvendelse. Hans Reitzels Forlag.

Hodgkinson, C (1996). Administrative Philosophy. Values and Motivation in Administrative Life. Pergamon, Oxford.

Jensen SH (2003). Arbejds miljø som organiserende projekt: En sund strategi for busbranchen. PhD afhandling København.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Jørgensen TB og Andersen LB (2010). Værdier og motivation i den offentlige sektor. Økonomi & Politik, 83; 34-46.

Kaplan RS, Atkinson A (1998). Advanced Management Accounting. Prentice Hall, New Jersey, USA.

Kaplan RS, Norton DP (1992) The balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. Harvard Business Review; jan,feb: 71-92.

Larsen B, Pedersen KM, Aagaard P (2005). Begejstring og distance. Om unge videnarbejderes motivation. Jurist og Økonmiforbundets Forlag.

MCgaughey et al., (2008) Outreach and early warning system for the prevention of intensive care admission and death of critically ill, adult patients in a general hospital ward. Cochrane Library.

Mead N, Bower P (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science and Medicine, 51; 1087-1110.

Meyer JW & Rowan B (1977). Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony. American Journal of Sociology, 83; 340-62.

Miller G (2002/1992). Managerial Dilemmas: The Political Economy of Hierarchy. Sambride University Press.

Mintzberg H (1998). Covert leadership: Notes on Managing Professionals. Harvard Business Review, November, December.

Møller Petersen, K et al. (2006) Incitamentsstyring i Sygehusvæsenet: Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter. Syddansk Universitetsforlag.

Osterloh, M & Frey BS (2002). Does pay performance really motivate employees? Business Performance measurement – Theory and Practice, A Neely ed., Cambridge, Cambridge University Press.

Perrow C (1976). Control in Organizations. Paper presented at American Sociological Association annual meeting, New York, USA

Rennyson MB (2005). From cool cash to coded chaos. New adventures in the public management of payscales. MPP Working Paper No. 17.

Ryan, RM & Deci, EL (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. Contemporary educational psychology, 25, 54-67.

Scott WR (1995). Institutions and organizations. Sage, Californien, USA.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Schulze BS et al. (2006). Patienters indstilling til sygehusvæsenet i Østdanmark og Vestdanmark. Medinddragelse og autoritetstro og informationssøgning. Ugeskrift for læger, 1968;3:279-82.

Sundhedsstyrelsen 2004. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse. Elektronisk udgave.

Sørensen NB (2011). Organisationers form og funktion – Om Mintzbergs teori i en dansk sammenhæng. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Zeithami & Bittner (2003). Services Marketing. McGraw- Hill.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

X. Forkortelser

DDKM	Den danske kvalitetsmodel
EWS	Early Warning System - overvågningsredskab
KRAM	Kost, rygning, alkohol og motion - livsstilsfaktorer
LUP	Landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed
Mini-LUP	Forkortet spørgeskema indeholdende uændrede LUP spørgsmål
SKEMA-NYT	Selv-konstrueret skema med metodemæssigt korrekte spørgsmål
SST	Sundhedsstyrelsen

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

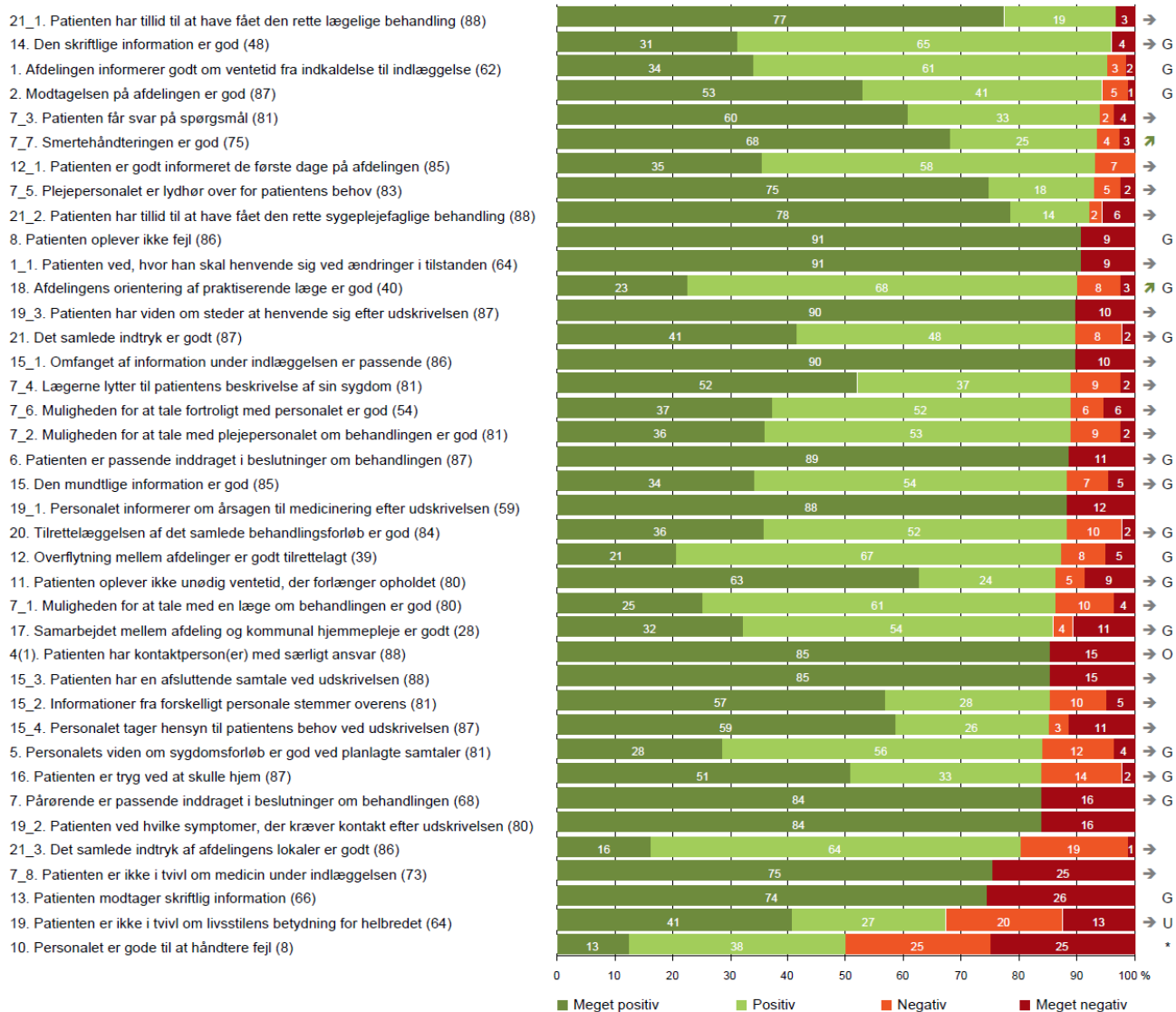
XI. Bilagsoversigt

- Bilag 1: Skematisk over LUP besvarelser for indlæggelser Kirurgisk afdeling C.
- Bilag 2: Mini-LUP – Reduceret LUP spørgeskema.
- Bilag 3: SKEMANYT – Selvkonstrueret spørgeskema.
- Bilag 4: Validering af LUP målrettet afdelingens patienter gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser 2011.
- Bilag 5: Baggrundsdata Mini-LUP Excell fil på cd-ROM.
- Bilag 6: Baggrundsdata SKEMA-NYT Excell fil på cd-ROM.
- Bilag 7: Omregningsfaktor for kvantificering af data.
- Bilag 8: Masker til tolkning af begrebsparringen i SKEMA-NYT.

Bilag 1: Skematisk over LUP besvarelser for indlæggelser Kirurgisk afdeling
C.

LUP 2010 - Indlagte

OVERSIGTSFIGUR



Antal svar på det enkelte spørgsmål er vist i en parentes efter spørgsmålsteksten. To stjerner ved siden af hinanden (**) helt til højre i figuren betyder, at hverken sammenligning over tid (første *) eller placering i forhold til specialeresultatet (anden *) kan foretages, da datagrundlaget er for spinkelt i begge analyser.

Bilag 2: Mini-LUP – Reduceret LUP spørgeskema

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed



Rigshospitalet

Kirurgisk klinik C

Spørgeskema efter leveroperation

Nr.

Hvor længe er der gået siden operationen?	2 uger ☐	3 uger ☐	4 uger ☐	Længere ☐
Får du efterbehandling efter leveroperationen i øjeblikket?	Ja ☐	Nej ☐	Ikke aktuelt for mig ☐	
Hvordan vurderer du, at afdelingens personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐
I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?	For meget ☐	Passende ☐	For lidt ☐	Det kan jeg ikke vurdere ☐
I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?	For meget ☐	Passende ☐	For lidt ☐	Ikke aktuelt for mig ☐
Oplevede du at plejepersonalet var lydhør over for dine behov?	Ja, i høj grad ☐	Ja, i nogen grad ☐	Nej, kun i mindre grad ☐	Nej, slet ikke ☐
Hvordan vurderer du alt i alt den skriftlige information, du fik?	Virkelig god ☐	God ☐	Dårlig ☐	Virkelig dårlig ☐
Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information, du fik <u>før og efter</u> indlæggelsen?	Virkelig god ☐	God ☐	Dårlig ☐	Virkelig dårlig ☐
Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information, du fik <u>under</u> indlæggelsen?	Virkelig god ☐	God ☐	Dårlig ☐	Virkelig dårlig ☐
Var du utryg ved at skulle hjem fra afdelingen?	Meget tryk ☐	Tryk ☐	Utryk ☐	Meget utryk ☐
Har du, efter du blev udskrevet fra afdelingen, været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred? (f.eks motion, ernæring, rygning og alkohol?)	Ja, i høj grad ☐	Ja, i nogen grad ☐	Nej, kun i mindre grad ☐	Nej, slet ikke ☐
Hvordan vurderer du alt i alt dit <u>samlede</u> behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter indlæggelse til leveroperation)?	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐
Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på afdelingen?	Virkelig god ☐	God ☐	Dårlig ☐	Virkelig dårlig ☐
Skriv her, hvis du synes afdelingen kunne gøre noget bedre og/eller hvis afdelingen gjorde noget særligt godt.				

Returner venligst skemaet i svarkuerten. Portoen er betalt.
Tak for din medvirken

Bilag 3: SKEMANYT – Selvkonstrueret spørgeskema

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed



Kirurgisk klinik C

Spørgeskema efter leveroperation

1. Hvornår blev du opereret?	Skriv dato:		
2. Får du efterbehandling efter leveroperationen i øjeblikket? (sæt kryds)	Ja ☐	Nej ☐	Ikke aktuelt for mig ☐

Besvar venligst spørgsmålene neden for ved at sætte en ring om et tal i den venstre kolonne og en ring i den højre kolonne ved hvert udsagn. *Der skal således sætte to ringe ved hvert spørgsmål.*

Den venstre søjle handler om, hvilken betydning det pågældende udsagn har for dig. I den højre kolonne skal du angive, i hvilket omfang udsagnet passer på din aktuelle situation.

Betydning for mig 1: har ingen betydning 2: har mindre betydning 3: har nogen betydning 4: har stor betydning 5: har overordentlig stor betydning	UDSAGN	Passer på aktuel tilstand 1: passer ikke 2: passer mindre godt 3: passer nogenlunde 4: passer i høj grad 5: passer i meget høj grad
1 2 3 4 5	3. Personalet på afdelingen havde sat sig godt ind i mit sygdomsforløb	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	4. Jeg er i høj grad blevet inddraget i de beslutninger, der er truffet om min behandling.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	5. Mine pårørende er i høj grad blevet inddraget i de beslutninger, der er truffet om min behandling.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	6. Jeg oplever, at plejepersonalet har været særdeles lydhør over for mine behov.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	7. Jeg har sat stor pris på den skriftlige information om leveroperationen, som jeg har modtaget.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	8. Jeg er særdeles tilfreds med den mundtlige information, som jeg har modtaget, <u>før</u> jeg blev indlagt.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	9. Jeg er særdeles tilfreds med den mundtlige information, som jeg har modtaget, <u>under</u> indlæggelsen.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	10. Jeg var meget utryk, da jeg tog hjem fra afdelingen.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	11. Jeg er meget i tvivl om, hvor meget <u>motion</u> betyder for mit helbred efter jeg er blevet udskrevet.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	12. Jeg er meget i tvivl om, hvor meget det, jeg <u>spiser</u> , betyder for mit helbred efter jeg er blevet udskrevet.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	13. Jeg er meget i tvivl om, hvor meget <u>rygning</u> betyder for mit helbred efter jeg er blevet udskrevet.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	14. Jeg er meget i tvivl om, hvor meget <u>alkohol</u> betyder for mit helbred efter jeg er blevet udskrevet.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	15. Mit <u>sexliv</u> er lige så godt efter jeg er blevet udskrevet som før.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	16. Mit <u>samlede behandlingsforløb</u> på afdelingen har været forbilledligt.	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	17. Alt i alt har jeg været meget glad for min indlæggelse på afdelingen.	1 2 3 4 5

Brug bagsiden af papiret til at skrive, hvis du synes, at afdelingen kunne gøre noget bedre – eller hvis du synes, at den har gjort noget særlig godt.

Bilag 4: Validering af LUP målrettet afdelingens patienter gennemført af
Enheden for Brugerundersøgelser 2011.

Validering af spørgsmål fra LUP på Kirurgisk Klinik C på Rigshospitalet

Selve valideringen

Der er udført valideringsinterview med fire patienter på to forskellige dage. Formålet med denne validering er at afklare, om patienterne forstår spørgsmålene, som de er tiltænkt, og om spørgsmålene er formuleret på en for patienterne letforståelig måde (konstruktvaliditet). Derudover er formålet at undersøge, om spørgeskemaet ud fra patienternes opfattelse indeholder relevante aspekter af de udvalgte temaer (indholdsvaliditet).

Valideringen foregår ved kognitive enkeltpersoninterview af ca. 15-30 minutters varighed med leveropererede patienter. Der er udført i alt fire interview med patienter, som var til en opfølgende samtale ca. ti dage efter indlæggelse på afdelingen.

Ved interviewene bliver patienterne spurgt om, hvordan de forstår udvalgte spørgsmål i spørgeskemaet. De bliver bedt om med egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i spørgsmålene. Patienterne bliver endvidere spurgt, om svarmulighederne er passende, om nogle spørgsmål er svære at forstå, samt om rækkefølgen er logisk. Ved flere spørgsmål bliver patienterne bedt om at forklare, hvilken betydning de tillægger specifikke ord. Derudover bliver de spurgt, om der er nogen emner eller spørgsmål, som de savner. Endelig får patienterne mulighed for at kommentere på længde og udseende af spørgeskemaet.

Får du efterbehandling efter leveroperation i øjeblikket?

Der er forskel på, hvordan de interviewede patienter forstår spørgsmålet vedrørende efterbehandling. Nogle tænker udelukkende på efterbehandling i forbindelse med selve operationen – idet deres svar på, hvad efterbehandling dækker over eksempelvis er: "restriktioner i forbindelse med operationen" og "smertestillende medicin efter operation". Modsat tænker andre på den efterfølgende kemobehandling, som det er planlagt, at de skal i gang med.

Hvordan vurderer du, at afdelingens personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?

Det er entydigt, hvordan patienterne forstår spørgsmålet. De nævner alle, at spørgsmålet omhandler, hvorvidt personalet ved, hvad deres sygdomssituation drejer sig om, samt at personalet ved, hvad der er vigtigt for patienten at vide.

I hvilket omfang blev du inddraget i beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Inddragelse i beslutninger er for flere patienters vedkommende lig med, at de føler sig informeret om, hvilken behandling personalet anbefaler dem. Herunder at de som patient bliver informeret om, at de har mulighed for at sige fra overfor behandlingen. Én patient mener også at være blevet informeret, men siger, at det ikke er det samme som at være blevet inddraget uden dog at definere inddragelse yderligere. Flere af patienterne mener, at pleje og behandling er to sider af samme sag, og at de godt kan svare meningsfuldt på spørgsmålet, mens én siger, at hun gerne ville have differentieret svarene på de to aspekter, hvis der havde været mulighed for det.

Oplevede du at plejepersonale var lydhør over for dine behov

At personalet er lydhør forstås blandt patienterne som, at "personalet er opmærksom på, hvad patienten vil have at drikke", eller at "personalet kommer med smertestillende medicin, hvis patienten beder herom". Desuden handler det om, at personalet er "søde til at tage hensyn", at personalet "spørger ind til patienten" samt "hører, hvad der bliver sagt, og er til stede hele tiden".

"Hvordan vurderer du alt i alt den skriftlige information du fik"

Den skriftlige information forstås af de fleste patienter, som de foldere de har fået udleveret omkring selve sygdommen og operationen. En enkelt patient nævner dog, at hun også tænker på indkaldelsesbrevet, når hun vurderer spørgsmålet.

Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information du fik før og efter indlæggelsen

Den mundtlige information, som patienterne har fået før de blev indlagt afgrænser halvdelen til at være den kommunikation de havde til forundersøgelsen, mens de resterende patienter ikke mener at have fået mundtlig information før indlæggelsen, da de ikke talte med nogen på afdelingen før de blev indlagt.

Mundtlig information efter indlæggelsen vurderes ud fra den telefonsamtale patienterne har kort efter udskrivelsen, samt den samtale de har med sygeplejersken på samme dag, som valideringsinterviewet finder sted.

Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information du fik under indlæggelsen

Når patienterne vurderer den mundtlige information de får under indlæggelsen omtaler de både samtaler under stuegang med læge og sygeplejersker samt den daglige uformelle snak.

Var du utryg ved at skulle hjem fra afdelingen?

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Utryghed ved at skulle hjem beskriver en patient, som "ikke at turde blive udskrevet". Ingen af patienterne har været utrygge, men i flere tilfælde forestiller patienterne sig, at årsager hertil kunne være, at de ikke ved, hvad der skal ske, når de kommer hjem, usikkerhed omkring de kan overkomme det, samt usikkerhed i forhold til egen fysiske formåen ved hjemkomsten. Det nævnes, at det at have en klar aftale om, hvem de kan kontakte efter udskrivelsen giver tryghed.

Har du, efter du blev udskrevet fra afdelingen, været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred (fx motion, ernæring, rygning og alkohol)?"

Der er divergerende opfattelser af, hvordan patienterne forstår spørgsmålet vedrørende deres livsstils betydning for helbredet. To af de interviewede svarer, at de ikke har været i tvivl, da de af afdelingen er blevet informeret om, hvordan de skal forholde sig med kost og motion i forhold til selve operationen. Dette er modsat én patient, der i stedet kobler livsstilen til udviklingen af hendes kræftsygdom. Én patient ønsker ikke at besvare spørgsmålet, da hun synes, det er et personligt anliggende.

Hvordan vurderer du alt i alt dit samlede behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter indlæggelse til leveroperation)?

Når patienterne vurderer tilrettelæggelsen af deres samlede behandlingsforløb er vurderingen afgrænset tidsmæssigt forskelligt. To af patienterne tænker udelukkende på den del af deres behandlingsforløb, som er tilknyttet Rigshospitalet (indkaldelse, forundersøgelse, operation, indlæggelse og hjemsendelse). De øvrige patienter tænker også på deres tidligere undersøgelser på andre hospitaler og koordinationen mellem disse, når de besvarer spørgsmålet.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Af rapportering af validering af spørgeskema
på Kirurgisk Klinik C, Rigshospitalet

Bilag 1: Interviewguide til validering på Rigshospitalet, kirurgisk klinik C

Formålet med at lave interviewet:

"Jeg hedder X og jeg kommer fra Efb i Region H. I samarbejde med kirurgisk Klinik C er vi i gang med en spørgeskemaundersøgelse af patienters oplevelser under deres indlæggelse her på afdelingen. Men inden vi går i gang vil vi gerne finde ud af, om det spørgeskemaer vi skal bruge er forståelige og om emnerne er relevante. Vi vil derfor spørge, om du vil hjælpe os med at teste spørgeskemaet ved at udfylde det, og bagefter vil jeg/vi gerne stille dig nogle spørgsmål om spørgeskemaet. Det tager ca 20 -25 minutter i alt."

"Jeg vil snakke med dig om, hvordan du har forstået spørgsmålene i spørgeskemaet. Det er for at finde ud af, om du forstår spørgsmålene på samme måde, som de er tiltænkt. Jeg vil gerne bede dig om, at du med dine egne ord prøver at fortælle, hvad det er, der bliver spurgt om i spørgsmålene. Til sidst vil jeg stille dig nogle spørgsmål om dit overordnede indtryk af spørgeskemaet."

Patientnr.:	
Køn:	
Alder:	
Tid anvendt på udfyldelse af spørgeskema	min.
Dato:	

Bemærkninger ift. patienten og interviewsituationen: Skriv efter hvert interview nogle stikord til dig selv, så du kan huske netop dette interview (fx ældre kvinde med kraftig make-up – har været indlagt over 25 gange). Skriv hvordan patienten virkede under interviewet (fx grundig, relevant, ekstremt kritisk, forvirret, sikker, usikker, flagernde, psykotisk og lign.), da det kan have betydning, når vi senere skal tolke resultaterne.

Observationer under udfyldelse af spørgeskema

Her noteres det, hvis patienten under udfyldelsen kommenterer på spørgsmål, som vi ikke validerer, eller hvis patienten fx giver udtryk for undren eller forvirring eller holder pauser ved enkelte spørgsmål under udfyldelsen.

"Får du efterbehandling efter leveroperationen i øjeblikket?"

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål?

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Hvad forstår du ved ordet "efterbehandling"?

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Af rapportering af validering af spørgeskema
på Kirurgisk Klinik C, Rigshospitalet

"Hvordan vurderer du, at afdelingens personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?"

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål?

[Bemærk hvad patienten forstår ved formuleringen "planlagte samtaler"]

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

"I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?"

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Hvad forstår du ved "inddraget i beslutninger"?

Hvad forstår du ved "behandling og pleje"?

"I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?"

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

"Oplevede du at plejepersonale var lydhør over for dine behov?"

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Hvad forstår du ved "lydhør overfor behov"?

"Hvordan vurderer du alt i alt den skriftlige information du fik?"

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Kan du nævne eksempler på den skriftlige information du har fået?

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Af rapportering af validering af spørgeskema
på Kirurgisk Klinik C, Rigshospitalet

Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information du fik før og efter indlæggelsen

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Hvordan forstår du før og efter indlæggelsen? – Kan du beskrive det tidsrum?

Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information du fik under indlæggelsen

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Hvordan forstår du under indlæggelsen? – Kan du beskrive det tidsrum?

”Var du utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?”

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

”Har du, efter du blev udskrevet fra afdelingen, været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred (fx motion, ernæring, rygning og alkohol)?”

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

”Hvordan vurderer du alt i alt dit samlede behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter indlæggelse til leveroperation)?

Prøv med dine egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål.

Hvilke overvejelser gjorde du dig, inden du svarede? (Hvordan kom du frem til det svar, du har givet?)

Hvad forstår du ved dit samlede behandlingsforløb (før, under og efter indlæggelse til leveroperation)?

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Afrapportering af validering af spørgeskema
på Kirurgisk Klinik C, Rigshospitalet

Overordnede spørgsmål [Hvis patienten i løbet af interviewet har kommet ind på nedenstående, så behøves der ikke slavisk at spørge ind til det her].

O1. Synes du, at du er blevet spurgt om alle væsentlige emner i skemaet – eller synes du, vi mangler at spørge om noget vigtigt i forhold til dine oplevelser, mens du var indlagt?

O2. Var der nogle af spørgsmålene, du havde svært ved at forstå?

O3. Var der nogle spørgsmål, som du ikke svarede på?

O4. Var der nogle af spørgsmålene, som du synes mindede meget om hinanden?

O5. Synes du, at spørgsmålene kom i en logisk rækkefølge?

O6. Synes du, at der altid var svarmuligheder, der passede til det, du gerne ville svare?

O7. Hvad synes du om spørgeskemaets længde?

O8. Hvad synes du om spørgeskemaets udseende? (layout)

O9. Har du andre kommentarer til spørgeskemaet?

O10. Intervieweren spørger desuden ind til ting, vedkommende har observeret under udfyldelse af spørgeskemaet. Eksempelvis manglende udfyldelse af spørgsmål, steder hvor patienten tøvede, tog lang tid, bladrede i skemaet, læser noget flere gange mm.

Øvrige bemærkninger:

Bilag 5: Baggrundsdata Mini-LUP Excell fil på cd-ROM.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Beskrivelse af alle deltagere i undersøgelse af patienttilfredshed efter leverkirurgi 2012 fordelt på respondenter og ikke-respondenter

	Respondenter N= 63		Ikke-respondenter N = 15	
	Antal	%	Antal	%
Mænd	44	70	10	66,7
Alder år Median(range)	66 (17 - 93)		65 (41 - 71)	
Diagnose CRM HCC Andet				
Operationstype Lap. = GRØN < 3 segm. = GUL ≥ 3 segm = RØD				
LOS * median (range) Lap. = GRØN < 3 segm. = GUL ≥ 3 segm = RØD				
Udskrevet efter plan - alle Lap. = GRØN < 3 segm. = GUL ≥ 3 segm = RØD	38	60,3	8	53,3
Præsamtale i sygeplejeambulatoriet	32	50,8	12	80

* Antal nætter efter operation tilbragt på hospitalet

Bilag 6: Baggrundsdata SKEMA-NYT Excell fil på cd-ROM.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Beskrivelse af alle deltagere i undersøgelse af patienttilfredshed efter leverkirurgi 2012 fordelt på respondenter og ikke-respondenter

	Respondenter N= 66		Ikke-respondenter N = 22	
	Antal	%	Antal	%
Mænd	38	57,6	14	63,6
Alder år Median(range)	67 (21-85)		67,5 (27-77)	
Diagnose				
CRM	56	84,8	15	68,2
HCC	3	4,5	3	13,6
Andet	7	10,6	4	18,1
Operationstype				
Lap. = GRØN	5	7,6	1	4,5
< 3 segm. = GUL	42	63,6	16	72,7
≥ 3 segm = RØD	19	28,8	5	22,7
LOS * median (range)				
Lap. = GRØN	2 (1-5)		2 (2)	
< 3 segm. = GUL	4 (3 – 9)		4 (3-14)	
≥ 3 segm = RØD	5 (4 – 50)		6 (5 – 28)	
Udskrevet efter plan - alle	50	75,6	14	63,6
Lap. = GRØN	3	60	1	100
< 3 segm. = GUL	36	85,7	12	75
≥ 3 segm = RØD	11	57,9	1	25
Præsamtale i sygeplejeambulatoriet	39	59,1	14	63,6

* Antal nætter efter operation tilbragt på hospitalet

Bilag 7: Omregningsfaktor for kvantificering af data.

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed



Rigshospitalet

Kirurgisk klinik C

Spørgeskema efter leveroperation

Nr.

Hvor længe er der gået siden operationen?	2 uger 2 ☐	3 uger 3 ☐	4 uger 4 ☐	Længere 5 ☐
Får du efterbehandling efter leveroperationen i øjeblikket?	Ja J ☐	Nej N ☐	Ikke aktuelt for mig 0 ☐	

Hvordan vurderer du, at afdelingens personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?	Virkelig godt 1 ☐	Godt 2 ☐	Dårligt 3 ☐	Virkelig dårligt 4 ☐	Det kan jeg ikke vurdere 5 ☐
I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?	For meget 1 ☐ Passende 2 ☐ For lidt 3 ☐				
I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?	For meget 1 ☐ Passende 2 ☐ For lidt 3 ☐ Ikke aktuelt for mig 4 ☐				
Oplevede du at plejepersonalet var lydhør over for dine behov?	Ja, i høj grad 1 ☐	Ja, i nogen grad 2 ☐	Nej, kun i mindre grad 3 ☐	Nej, slet ikke 4 ☐	

Hvordan vurderer du alt i alt den skriftlige information, du fik?	Virkelig god 1 ☐	God 2 ☐	Dårlig 3 ☐	Virkelig dårlig 4 ☐	Jeg læste den ikke 5 ☐
Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information, du fik <u>før og efter</u> indlæggelsen?	Virkelig god 1 ☐	God 2 ☐	Dårlig 3 ☐	Virkelig dårlig 4 ☐	
Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information, du fik <u>under</u> indlæggelsen?	Virkelig god 1 ☐	God 2 ☐	Dårlig 3 ☐	Virkelig dårlig 4 ☐	

Var du utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?	Meget tryk 1 ☐	Tryk 2 ☐	Utryk 3 ☐	Meget utryk 4 ☐
Har du, efter du blev udskrevet fra afdelingen, været i tvivl om din livsstils betydning for dit helbred? (f.eks motion, ernæring, rygning og alkohol?)	Ja, i høj grad 1 ☐	Ja, i nogen grad 2 ☐	Nej, kun i mindre grad 3 ☐	Nej, slet ikke 4 ☐

Hvordan vurderer du alt i alt dit samlede behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter indlæggelse til leveroperation)?	Virkelig godt 1 ☐	Godt 2 ☐	Dårligt 3 ☐	Virkelig dårligt 4 ☐	Det kan jeg ikke vurdere 5 ☐
Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på afdelingen?	Virkelig god 1 ☐	God 2 ☐	Dårlig 3 ☐	Virkelig dårlig 4 ☐	

Skriv her, hvis du synes afdelingen kunne gøre noget bedre og/eller hvis afdelingen gjorde noget særligt godt.

Patienter i grønt forløb nummereres fra: 1 – 100

Patienter i gult forløb nummereres fra : 101 - 200

Patienter i rødt forløb nummereres fra 201 - 300

Alle forløb testes efter "intention to treat" princippet således at det planlagte operative forløb er styrende for kategoriseringen.

Returner venligst skemaet i svarkuerten. Portoen er betalt.

Tak for din medvirken

Bilag 8: Masker til tolkning af begrebsparringen i SKEMA-NYT

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

UDSAGN 3. Personalet på afdelingen havde sat sig godt ind i mit sygdomsforløb

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke							
2: passer mindre godt				1		1	
3: passer nogenlunde			2	7	4	13	
4: passer i høj grad				17	8	25	
5: passer i meget høj grad				4	20	24	
I alt			2	29	32	63	4

Positive handlingssvar (4-5) i alt: 49 Neutrale (3) i alt: 13 Negative (1-2) i alt: 1

UDSAGN 4. Jeg er i høj grad blevet inddraget i de beslutninger, der er truffet om min behandling.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke							
2: passer mindre godt				1		1	
3: passer nogenlunde			1	7	1	9	
4: passer i høj grad			2	12	12	26	
5: passer i meget høj grad				4	22	26	
I alt			3	24	35	62	5

Positive handlingssvar (4-5) i alt: 52 Neutrale (3) i alt: 9 Negative (1-2) i alt: 1

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

UDSAGN 5. Mine pårørende er i høj grad blevet inddraget i de beslutninger, der er truffet om min behandling.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke	2		1			3	
2: passer mindre godt		1			1	2	
3: passer nogenlunde	1	3	9	4	2	19	
4: passer i høj grad			2	8	6	16	
5: passer i meget høj grad	1			2	18	21	
I alt	4	4	12	14	27	61	6

Positive handlingssvar (4-5) i alt: 37 Neutrale (3) i alt: 19 Negative (1-2) i alt: 5

UDSAGN 6. Jeg oplever, at plejepersonalet har været særdeles lydhør over for mine behov.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke				1		1	
2: passer mindre godt				1		1	
3: passer nogenlunde			1	5		6	
4: passer i høj grad			4	13	6	23	
5: passer i meget høj grad				2	29	31	
I alt			5	22	35	62	5

Positive handlingssvar (4-5) i alt: 54 Neutrale (3) i alt: 6 Negative (1-2) i alt: 2

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

UDSAGN 7. Jeg har sat stor pris på den skriftlige information om leveroperationen, som jeg har modtaget.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke	2					2	
2: passer mindre godt							
3: passer nogenlunde		1	4	2		7	
4: passer i høj grad			1	22	5	28	
5: passer i meget høj grad				1	23	24	
I alt	2	1	5	25	28	61	6

Positive handlingssvar (4-5) i alt: 52 Neutrale (3) i alt: 7 Negative (1-2) i alt: 2

UDSAGN 8. Jeg er særdeles tilfreds med den mundtlige information, som jeg har modtaget, før jeg blev indlagt.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke					1	1	
2: passer mindre godt				3		3	
3: passer nogenlunde			1	3	2	6	
4: passer i høj grad				16	5	21	
5: passer i meget høj grad					32	32	
I alt			1	22	40	63	4

Positive handlingssvar (4-5) i alt: 53 Neutrale (3) i alt: 6 Negative (1-2) i alt: 4

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

UDSAGN 9. Jeg er særdeles tilfreds med den mundtlige information, som jeg har modtaget, under indlæggelsen

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke							
2: passer mindre godt			1		2	3	
3: passer nogenlunde				2	5	7	
4: passer i høj grad			1	17	7	25	
5: passer i meget høj grad				1	25	25	
I alt			2	20	39	61	6

Positive handlingssvar (3-4-5) i alt: 51 Neutrale (3) i alt: 7

Negative (1-2) i alt: 3

UDSAGN 10. Jeg var meget utryg, da jeg tog hjem fra afdelingen

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke	7	2	5	8	18	40	
2: passer mindre godt		1		2	2	5	
3: passer nogenlunde			2	2		4	
4: passer i høj grad			1	1	2	4	
5: passer i meget høj grad	1				3	4	
I alt	8	3	8	13	25	57	10

Positive handlingssvar (1-2) i alt: 45

Neutrale (3) i alt: 4

Negative (4-5) i alt: 8

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

UDSAGN 11. Jeg er meget i tvivl om, hvor meget motion betyder for mit helbred efter jeg er blevet udskrevet.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke	7	1	4	12	17	41	
2: passer mindre godt		2	3	2	2	9	
3: passer nogenlunde			1	3		4	
4: passer i høj grad				2	1	3	
5: passer i meget høj grad	1				4	5	
I alt	8	3	8	19	24	62	5

Positive (1-2) i alt: 50

Neutrale (3) i alt: 4

Negative (4-5) i alt: 8

UDSAGN 12. Jeg er meget i tvivl om, hvor meget det, jeg spiser, betyder for mit helbred efter jeg er blevet udskrevet.

Betydning for mig: Passer på aktuel tilstand:	1: har ingen betydning	2: har mindre betydning	3: har nogen betydning	4: har stor betydning	5: har overordentlig stor betydning	I alt	Uden svar
1: passer ikke	6	3	1	12	15	37	
2: passer mindre godt		1	2	2	3	8	
3: passer nogenlunde			4	3		7	
4: passer i høj grad			1	5		6	
5: passer i meget høj grad	1			2		3	
I alt	7	4	8	24	18	61	6

Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser – kvalitet eller tilfredshed

Positive handlingssvar (1-2) i alt: 45 Neutrale (3) i alt: 7

Negative (4-5) i alt: 9