

# Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger

– hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an?

Enheden for Brugerundersøgelser



KØBENHAVNS AMT

# Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? Materiale om proces og metode i brugerundersøgelser

Udarbejdet af:  
Morten Freil  
Rikke Gut  
Anders Jørgen Jensen

Sekretær:  
Christina Rasmussen

© Enheden for Brugerundersøgelser, Sundhedsforvaltningen,  
Københavns Amt, maj 2005

ISBN: 8791520-08-8

Uddrag, herunder figurer og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.  
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende  
publikation, bedes tilsendt.

Materialet findes på Enheden for Brugerundersøgelsers hjemmeside  
[www.efb.kbhamt.dk](http://www.efb.kbhamt.dk)

Henvendelser vedrørende publikationen til:  
Enheden for Brugerundersøgelser  
Amtssygehuset i Glostrup  
Afsnit 87  
Nordre Ringvej  
2600 Glostrup  
[efb.mail@glostruphosp.kbhamt.dk](mailto:efb.mail@glostruphosp.kbhamt.dk)  
Telefon 43 23 32 82

Grafisk produktion:  
Peter Dyrvig Grafisk Design &  
PJ Schmidt Grafisk Produktion



Trykt med vegetabiliske farver uden opløsningsmidler  
på miljøgodkendt papir.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b>	7
1.1. Erfaringer fra Københavns Amt	8
1.2. Bogens indhold	9
<b>2. Definition af brugerne</b>	10
<b>3. Brugerundersøgelser nationalt og lokalt</b>	11
3.1. Nationale målinger	11
3.2. Lokale undersøgelser	12
3.3. Målinger nationalt og handlinger lokalt	13
<b>4. Forskellige metoderetninger</b>	15
4.1. Kvantitative undersøgelser (spørgeskema)	15
4.2. Kvalitative undersøgelser	16
4.3. Kombination af kvalitativ og kvantitativ metode	17
<b>5. Forberedelse af undersøgelsen</b>	19
5.1. Ledelsesmæssig forankring	19
5.2. Inddragelse af relevante personer	20
5.3. Formål	21
5.4. Temaer og problemstillinger	21
5.5. Mål	23
5.6. Målgruppe	23
5.7. Tidsplan og ressourcebehov	24
<b>6. Systematisk målopfølgning</b>	26
6.1. Overordnet målsætning	28
6.2. Valg af indikatorer	28
6.3. Fastlæggelse af delmål	30
6.4. Test af målopfølgning (Spørgeskemaundersøgelse)	30
6.5. Opfølgning	31

<b>7. Spørgeskemaet</b>	33
7.1. Design	33
7.2. Opbygning	36
7.3. Spørgeskemaets længde og antal spørgsmål	36
7.4. Varierede spørgsmål og svarkategorier	37
<b>8. Spørgsmålstyper</b>	39
8.1. Evalueringsspørgsmål	40
8.2. Informant spørgsmål (faktuelle spørgsmål)	42
8.3. Prioriteringsspørgsmål	43
8.4. Behovsspørgsmål	44
8.5. Andre spørgsmålstyper	45
<b>9. Valg af skala og skalatype</b>	47
9.1. Dikotom skala	47
9.2. Ordinalskala	48
9.3. Nominalskala	50
9.4. Ratio- og intervalskala	51
<b>10. Kriterier for spørgsmålsformulering og svaralternativer</b>	52
10.1. Spørgsmålene	52
10.2. Forholdet mellem spørgsmål og svarkategorier	55
10.3. Svarkategorier	55
<b>11. Følgeskrivelse</b>	59
<b>12. Validering</b>	61
12.1. Validitet	62
12.2. Validering ved interviews	62
<b>13. Dataindsamling</b>	65
13.1. Dataindsamlingsmetoder	65
Systematisk udlevering af skema	65
Postomdelt	66
Telefoninterviews	66
13.2. Antal svarpersoner (stikprøvestørrelse)	67
13.3. Afgrænsning af undersøgelsespopulation	67
13.4. Stikprøve	68

Systematisk udvalg	68
Tilfældigt udvalg	68
Stratificeret udvalg	68
13.5. Tidspunkt for dataindsamling	69
13.6. Svarprocent og bortfald	69
<b>14. Rykkerskrivelse</b>	<b>71</b>
Til nonrespondere	71
Til samtlige	71
<b>15. Indlæsning af data</b>	<b>73</b>
<b>16. Analyse</b>	<b>74</b>
16.1. Præsentation af resultater	75
Frekvenstabeller	75
Krydstabeller	76
Prioriteringsdiagram	78
16.2. Bivariate analyser (sammenhængen mellem 2 spørgsmål)	80
<b>17. Formidling</b>	<b>84</b>
17.1. Løbende formidling	84
17.2. Afrapportering	84
17.3. Ekstern formidling (rapport)	84
17.4. Intern formidling (resultat og handlingsplan)	88
<b>18. Opfølgning og implementering</b>	<b>92</b>
<b>Bilag 1. Følgeskrivelse</b>	<b>94</b>
<b>Bilag 2. Sikkerhedsintervaller</b>	<b>95</b>
<b>Bilag 3. Checkliste til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser</b>	<b>96</b>



# Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger

– hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an?



**Enheden for Brugerundersøgelser**



**KØBENHAVNS AMT**

# 1. Indledning

I de senere år har der været et stadig stigende ønske om at dokumentere kvaliteten af sygehusenes ydelser, blandt andet ved aktivt at inddrage patienternes holdninger, vurderinger og oplevelser i tilrettelæggelsen af patienternes indlæggelsesforløb. Også fra politisk niveau har denne interesse været mærkbar. Dette fremgår blandt andet af økonomaftalen for år 2000 mellem regeringen og amterne/H:S, hvor det er aftalt, at der skal iværksættes brugerundersøgelser med en kerne af fælles spørgsmål, som anvendes nationalt, og suppleres med lokale spørgsmål. Dette resulterede blandt andet i beslutningen om at gennemføre Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), som Enheden for Brugerundersøgelser gennemfører hvert andet år på vegne af landets amter, H:S og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Amterne forbereder sig til akkreditering og deltagelse i Den Danske Kvalitetsmodel, hvor der hvert tredje år foretages en ekstern vurdering og i de mellemliggende år skal gennemføres selvevaluering. Brugernes vurderinger, holdninger og oplevelser kan blandt andet belyses ved gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger. Når sygehusafdelingen anvender spørgeskemametoden, har afdelingen mulighed for at spørge mange brugere, således at resultaterne kan anvendes repræsentativt for afdelingens samlede brugergruppe. Spørgeskemaundersøgelsen er derfor et velegnet redskab i forbindelse med selvevalueringen til løbende og systematisk at fastholde eller forbedre kvaliteten af afdelingens aktiviteter.

Denne bog er led i en serie af metodevejledninger fra Enheden for Brugerundersøgelser. Bogen giver en vejledning i gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger. Formålet med vejledningen er at give afdelingerne nogle grundlæggende forudsætninger for at tilrettelægge og gennemføre alle faser af en spørgeskemaundersøgelse. Vejledningen henvender sig primært til de medarbejdere, der konkret skal gennemføre spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger.

En metodevejledning i kvalitative metoder “Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an?” kan rekvireres hos Enheden for Brugerundersøgelser

## 1.1 ERFARINGER FRA KØBENHAVNS AMT

Bogen er skrevet med udgangspunkt i erfaringer fra gennemførelse af landsdækkende og amtslige spørgeskemaundersøgelser og fra rådgivning og hjælp til en række brugerundersøgelser, som er gennemført på sygehusafdelinger i Københavns Amt. I 1998 blev det besluttet, at alle patientbærende sygehusafdelinger i Københavns Amt skal gennemføre mindst én brugerundersøgelse årligt. Baggrunden for beslutningen er, at patienternes erfaringer og vurderinger skal være et synligt og virksomt element i afdelingernes arbejde. Afdelingerne skal blive endnu bedre til at tænke og handle med udgangspunkt i patienternes ønsker og vurderinger, således at patienterne får indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlings- og plejetilbuddene.

For at støtte sygehusafdelingerne i arbejdet med brugerundersøgelser, blev *Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amts Sygehushvæsen* etableret i 1998. Enhedens funktion er blandt andet at yde hjælp og vejledning til sygehusafdelingerne i alle faser af gennemførelsen af brugerundersøgelser, blandt andet til metodevalg, afgrænsning af problemstilling, valg af temaer, formulering af spørgsmål, indscanning af spørgeskemaer, analyser, afrapportering og implementering af undersøgelsens resultater.

Herudover medvirker enheden ved koordinering af indsatsen, således at afdelingerne anvender de samme spørgsmål for sammenlignelige temaer.

Erfaringerne har vist, at sygehusafdelinger kan gennemføre brugerundersøgelser, forudsat at der gives den nødvendige rådgivning og hjælp. Hovedparten af de undersøgelser, der gennemføres, peger på områder, hvor der kan iværksættes handlinger med henblik på forbedringer af den patientoplevede kvalitet på afdelingerne.

Det samarbejde, som Enheden for Brugerundersøgelser har haft med afdelingerne, har vist et behov for at udvikle redskaber, som kan styrke afdelingernes forudsætninger for at arbejde med brugerundersøgelser. Derfor denne vejledning i proces og metode til spørgeskemaundersøgelser. Det er håbet, at bogen vil give sygehusafdelinger en støtte til tilrettelæggelse og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser, således at undersøgelserne bliver et virksomt element i sygehusafdelingernes kvalitetsudvikling/-sikring.

## 1.2 BOGENS INDHOLD

Bogen indledes med en kort definition af brugerbegrebet og nogle overordnede betragtninger om metoder. Kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser bygger på forskellige metoderetninger og valget af metode er betinget af undersøgelsens formål. Der gives desuden en kort redegørelse for forskelle i anvendelsesmuligheder for hhv. tværgående nationale/regionale og lokale brugerundersøgelser.

Efter de indledende betragtninger redegøres for spørgeskemaundersøgelsens faser. I den indledende og afsluttende fase af processen lægges der vægt på ledelsens rolle, som er væsentlig med henblik på at sikre, at der stilles de nødvendige ressourcer til rådighed for projektgruppen, at undersøgelsen gennemføres i overensstemmelse med afdelingens mål, og at afdelingen er indstillet på at handle i forhold til undersøgelsens resultater.

Som supplement til vejledningen er der udarbejdet en checkliste til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger (bilag 3). Anvendelse af checklisten skal medvirke til at sikre, at afdelingen gør de nødvendige overvejelser i forbindelse med gennemførelse af brugerundersøgelsen.

## 2. Definition af brugerne

En sygehusafdelings brugere kan opdeles i 3 hovedkategorier:

- Brugere
- Indirekte brugere
- Øvrige interessenter

Når sygehusafdelingen gennemfører en brugerundersøgelse, er det afgørende, at de svarpersoner, der indgår i undersøgelsen, er de personer, som direkte eller indirekte er målgruppe for afdelingens aktiviteter.

Brugerne på sygehuse er primært de personer, der – for eksempel på grund af sygdom eller fødsel – direkte har været målgruppen for afdelingens aktiviteter. I brugerundersøgelser på sygehusene er det derfor oftest patienterne, der spørges.

Indirekte brugere er de personer, som ikke direkte er målgruppe for afdelingens aktiviteter, men som alligevel har en tæt kontakt til og interesse i afdelingens aktiviteter. Indirekte brugere er for eksempel forældre eller andre pårørende, som er berørt af aktiviteterne gennem patientens brug af afdelingens ydelser. De pårørende kan være væsentlige høringspartnere med henblik på at opnå viden om kvaliteten af afdelingens aktiviteter.

Øvrige interessenter er for eksempel samarbejdsafdelinger på sygehuset eller eksterne samarbejdspartnere (praktiserende læger, hjemmeplejen mv.). Disse interessenter kan ligeledes være relevante som målgruppe i brugerundersøgelser, for eksempel med henblik på at effektivisere og forbedre det samlede patientforløb.

Det er afgørende for valget af svarpersoner, at svarpersonerne med deres oplevelser og erfaringer kan bidrage til at forbedre kvaliteten af afdelingens behandlingstilbud.

Når patienterne omtales som målgruppe i denne vejledning, er det underforstået, at målgruppen kan være andre relevante brugere af afdelingens aktiviteter.

## 3. Brugerundersøgelser nationalt og lokalt

Bogen tager udgangspunkt i, at sygehusafdelingerne selv planlægger og gennemfører egne brugerundersøgelser – eventuelt med hjælp og vejledning fra eksterne konsulenter.

Arbejdet med at inddrage patienterne i forbedringen af sundhedsvæsenets ydelser bør imidlertid foregå på flere niveauer.

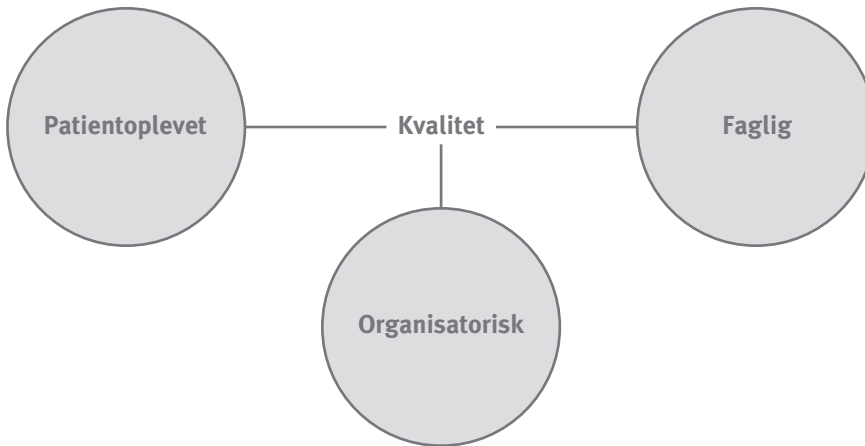
### 3.1 NATIONALE MÅLINGER

Den Danske Kvalitetsmodel er en del af økonomiaftalerne imellem regeringen og Amtsrådsforeningen/Hovedstadens Sygehusfællesskab. Formålet med Kvalitetsmodellen er at sikre gode, sammenhængende patientforløb af høj klinisk og organisatorisk kvalitet. Til det formål udarbejdes der standarder og indikatorer for, hvad der er god kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Som bidrag til udarbejdelsen af disse standarder og indikatorer er LUP og de øvrige nationale kvalitetsprojekter inddraget, idet modellen baseres på en kontinuerlig selvevaluering samt periodevise eksterne evalueringer ([www.arf.dk](http://www.arf.dk) og [www.sst.dk](http://www.sst.dk)).

I modellen arbejdes der med tre typer af standarder: Sygdomsspecifikke forløbsstandarder, organisatoriske standarder og generelle forløbsstandarder. I modellen er det forudsat, at der til hver standard skal knyttes én eller flere indikatorer for faglig- såvel som patientoplevet kvalitet. Ved at sammenholde faglige/organisatoriske mål for kvalitet med mål for patientoplevet kvalitet, opnås der et samlet billede af kvaliteten på sygehusene.

LUP indeholder spørgsmål, som er valgt ud fra erfaringer om patientprioriteringer og valgt med udgangspunkt i temaer, der forventes at blive centrale temaer i Kvalitetsmodellen. Dette er eksempelvis patientsikkerhed, patientinddragelse, kommunikation og kontinuitet. LUP 2004 kan derfor anvendes som en førmåling i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

**Figur 3.1.**  
**Tre mål for kvalitet**



Kilde: Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004 – Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter, Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af amterne, H:S og Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2005

De nationale målinger er med til at give amterne og sygehusene pejling om, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med for at forbedre patienternes oplevelser. Pga. kravet om sammenlignelighed beskæftiger sådanne undersøgelser sig oftest med nogle generelle spørgsmål, som på et overordnet plan er relevante for hovedparten af indlagte patienter, uanset hvilken sygdom patienten er indlagt for. Den landsdækkende undersøgelse skal ses som et vigtigt redskab til, at der regionalt og lokalt kan tilvejebringes et grundlag for at udpege, hvor der er behov for at iværksætte opfølgende undersøgelser og forbedringsinitiativer.

### **3.2 LOKALE UNDERSØGELSER**

Når afdelingerne selv gennemfører opfølgende brugerundersøgelser, kan undersøgelserne beskæftige sig med specifikke emner, som er relevante for netop den pågældende afdeling. Herved sikres der en dybde i undersøgelserne i forhold til store tværgående undersøgelser. Netop fordi undersøgelserne bliver relevante for afdelingens aktiviteter, vil der ofte være stor motivation på sygehusafdelingen for at følge op på undersøgelsens resultater. Undersøgelserne bliver et ledelsesredskab for den enkelte sygehusafdeling

til at gå i dybden med væsentlige problemstillinger, og brugerundersøgelserne kan inddrages aktivt i tilrettelæggelsen af patientforløbene.

### 3.3 MÅLINGER NATIONALT OG HANDLINGER LOKALT

Ofte diskuteres det, om brugerundersøgelser skal gennemføres som store tværgående undersøgelser, hvor resultaterne kan sammenlignes på tværs af sygehuse (og eventuelt sygehusafdelinger), eller om arbejdet med brugerundersøgelser skal decentraliseres, således at undersøgelserne planlægges og gennemføres lokalt på sygehusene og på afdelingsniveau. Som figur 3.2 illustrerer, kan de to typer brugerundersøgelser anvendes til forskellige formål, og diskussionen om de to undersøgelsesformer er derfor ikke et spørgsmål om enten eller.

Figur 3.2

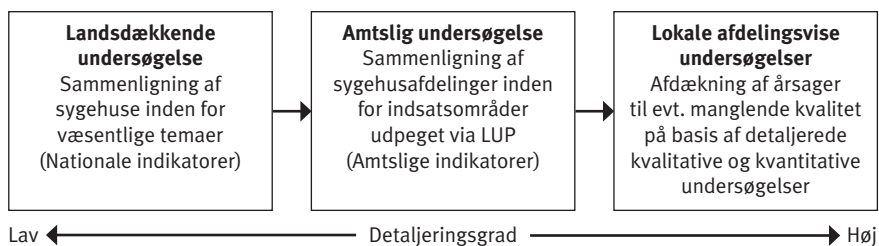
**Nogle forskelle mellem tværgående brugerundersøgelser og brugerundersøgelser på afdelingsniveau**

	<b>Tværgående undersøgelser Centralt niveau</b>	<b>Undersøgelser på sygehusafdelinger Decentralt niveau</b>
<b>Anvendelsesområde</b>	Tværgående sammenligning af kvalitet (Benchmarking)	Løbende monitorering af kvalitet
<b>Hovedformål</b>	Tværgående sammenligning Identificering af indsatsområder	Kvalitetsudvikling Detaljeret opfølgning på indsatsområder
<b>Samlet dokumentation for kvaliteten på sygehusene</b>	Stor (ens spørgsmål for alle patienter)	Lille (problem- og specialerelaterede spørgsmål)
<b>Undersøgelsesnes detaljeringsgrad</b>	Lav	Høj
<b>Metodens validitet</b>	Oftest høj	Oftest lav
<b>Afstand mellem spørgsmål, resultat og handling</b>	Stor	Lille
<b>Motivation på afdelingen (afdelingernes ejerskab)</b>	Lav	Stor

Kilde: Freil M. Patienters oplevelser – fra målinger nationalt til handlinger lokalt. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, 2003, 7:226-230.

Afdelingernes egne brugerundersøgelser kan eventuelt tage udgangspunkt i de temaer, som LUP eller amtslige undersøgelser af patientoplevelser udpeger som indsatsområder for henholdsvis sygehuset og den pågældende afdeling. Figur 3.3 viser hvordan brugerundersøgelserne nationalt, amtsligt og lokalt med fordel kan supplere hinanden. LUP kan opfattes som en screening. Den amtslige undersøgelse er ligeledes en screening, men undersøgelsen går i dybden med nogle få temaer. I de lokale brugerundersøgelser beslutter afdelingerne selv, hvilke spørgsmål der skal stilles, og der er mulighed for at spørge patienterne om forhold, som er vigtige for netop den pågældende afdeling og dens patienter og derved sikre en dybde i undersøgelsen. Brugerundersøgelserne kan således anvendes af den enkelte sygehusafdeling til at afdække årsager til eventuelt manglende kvalitet og iværksætte aktiviteter med henblik på at forbedre den patientoplevede kvalitet.

**Figur 3.3**  
**Fra målinger nationalt til handlinger lokalt**



Kilde: Freil M. Patienters oplevelser – fra målinger nationalt til handlinger lokalt. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, 2003, 7:226-230.

## 4. Forskellige metoderetninger

Kvantitative brugerundersøgelser (spørgeskemaundersøgelser) og kvalitative brugerundersøgelser (typisk interviewundersøgelser) er forskellige metoderetninger, som kan anvendes til at undersøge patienternes oplevelser, vurderinger, holdninger og behov. Valget af metode afhænger af, hvilken problemstilling afdelingen ønsker undersøgt. Afhængig af, hvilken problemstilling der ønskes belyst, kan afdelingen anvende kvantitative eller kvalitative metoder eller kombinere disse.

En grundlæggende forskel på metoderne er, at spørgeskemaundersøgelsen er konstaterende (*opnås de fastsatte mål?*) mens de kvalitative brugerundersøgelser lidt forenklet kan betegnes som enten undersøgende (*hvad er væsentligt?*) eller forklarende (*hvad er årsagen?*).

Nedenfor beskrives nogle væsentlige hovedtræk ved de forskellige metoderetninger, og der gives et forslag til, hvordan en brugerundersøgelse kan gennemføres med en kombination af metoderne, således at brugerundersøgelsen både kan bidrage til afdelingens kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.

### 4.1 KVANTITATIVE UNDERSØGELSER (SPØRGESKEMA)

Spørgeskemaundersøgelsen anvendes typisk, når afdelingen ønsker en systematisk opfølgning på nogle på forhånd fastsatte mål, og når afdelingen ønsker viden om **udbredelsen** af en given holdning, vurdering eller lignende blandt brugerne. Metoden anvendes, når formålet er at indsamle oplysninger fra en større gruppe patienter med henblik på at kunne opnå generel og repræsentativ viden om kendte problemstillinger.

Spørgeskemaundersøgelser er velegnede som en integreret del af afdelingernes løbende målsætningsarbejde. Metoden anvendes blandt andet til at undersøge, om afdelingen lever op til nogle på forhånd fastsatte mål for den service, som afdelingen leverer og de processer og arbejdsgange, som er væsentlige for at sikre en god kvalitet af afdelingens arbejde.

## 4.2 KVALITATIVE UNDERSØGELSER

De kvalitative metoder er overvejende kendetegnet ved at være interview-baserede. De mest udbredte former for kvalitative metoder er individuelle interviews og fokusgrupeinterviews.

Ved kvalitative undersøgelser indsamles der individuelle beskrivelser af patienternes oplevelser med henblik på at forstå, hvilke betydninger den enkelte patient tillægger et område. Kvalitative brugerundersøgelser indtager normalt kun få brugere i undersøgelsen. Resultaterne er derfor ikke umiddelbart repræsentative for den samlede brugergruppe.

Kvalitative undersøgelser anvendes for eksempel, når der ikke på forhånd er tilstrækkelig viden om, hvilke forhold der ud fra patienternes perspektiv er væsentlige for at beskrive en given aktivitet. Formålet kan for eksempel være at udpege områder, som er væsentlige for patienterne i forbindelse med den behandling og pleje, de modtager. Undersøgelsen kan således anvendes til at udpege kvalitetsindikatorer.

**Figur 4.1**  
**Forskelle mellem kvalitative og kvantitative metoder**

Kvalitative metoder	Kvantitative metoder
Måler kvalitet (natur, art, væsen)	Måler kvantitet (hvor mange, hvor meget)
Grundig beskrivelse af egenskaber/karakteristika og årsager til for eksempel handlinger	Beskrivelse af udbredelsen, repræsentativitet/generaliserbarhed
Teoriudviklende	Teoriafprøvende
Afsøger problemstillinger (eksplorativt)	Tester hypoteser
Konstruerer social virkelighed, kulturel mening	Måler objektive fakta
Udvalget er lille, ikke-tilfældigt og teoretisk	Udvalget er stort, tilfældigt og repræsentativt
Interview, observationer	Spørgeskemaer, dataoppgørelse
Fokuserer på interaktive processer, begivenheder	Fokuserer på variable
Værdier forekommer og er eksplicite	Værdifrihed tilstræbes
Høj gyldighed/autenticitet	Høj pålidelighed
Bundet til situationer	Uafhængig af konteksten
Resultater som alsidige, holistiske, udviklende	Resultater som præcise, detaljerede, reduktionistiske
Tematisk analyse	Statistisk analyse
Forskeren involveret	Forskeren er distanceret

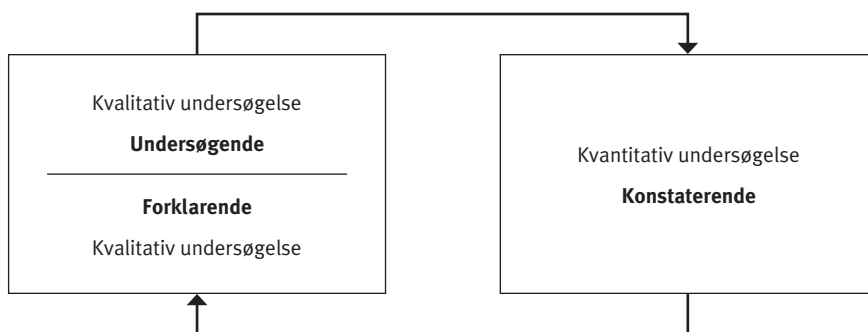
Kilde: Gut R, Gothen I, Freil M.: Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Metoden anvendes også, når afdelingen ønsker at gå i dybden og få et mere nuanceret billede af en problemstilling. Formålet kan således være at søge uddybende forklaringer på holdninger eller adfærd, som afdelingen har kunnet konstatere blandt patienterne, for eksempel i forbindelse med gennemførelse af en spørgeskemaundersøgelse. En yderligere vejledning i kvalitative metoder findes i “Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til og hvordan gribes de an?”, som er udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser.

### 4.3 KOMBINATION AF KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE

Netop fordi de kvalitative og kvantitative metoder er forskellige og anvendes til forskellige formål, kan der opnås fordelagtige resultater ved at kombinere metoderne (Metodetriangulering). Kombinationen skal sikre, at de forhold, som patienterne finder væsentlige, og de forklaringer, som patienterne fremkommer med i kvalitative undersøgelser, testes repræsentativt i en spørgeskemaundersøgelse. I figur 4.2 nedenfor er det illustreret, hvordan metoderne systematisk kan anvendes sammen med henblik på at udvikle og sikre kvaliteten af afdelingens ydelser.

**Figur 4.2**  
**Kombination af kvantitativ og kvalitativ metode**



Kilde: Gut R, Gothen I, Freil M.: Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Den systematiske brugerinddragelse kan med fordel tage afsæt i en kvalitativ undersøgelse, som har til formål at *undersøge*, hvilke emner/spørgsmål der for patienterne er væsentlige til at beskrive et eller flere udvalgte

emner. En brugerundersøgelse kunne for eksempel arbejde med det overordnede tema “personalekontakt”. En kvalitativ undersøgelse kan da medvirke til at kortlægge, hvad patienterne lægger vægt på i forbindelse med kontakten til personalet. Undersøgelsen er ikke repræsentativ, men resultaterne kan anvendes til at udpege kvalitetsindikatorer som grundlag for en spørgeskemaundersøgelse. Den kvalitative undersøgelse udpeger i dette tilfælde de relevante emner/spørgsmål til en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse, idet spørgeskemaet udarbejdes med udgangspunkt i den viden og inspiration, der er opnået fra den kvalitative undersøgelse.

Udbredelsen af de fundne udsagn *konstateres* ved gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen (kvantitativ undersøgelse). Spørgeskemaundersøgelsen giver afdelingen mulighed for at konstatere udbredelsen af en oplevelse/holdning. Det kan imidlertid ofte være vanskeligt ud fra en spørgeskemaundersøgelse at udlede årsager til de resultater, som findes i spørgeskemaundersøgelsen. Man kan for eksempel forestille sig en afdeling, som via en spørgeskemaundersøgelse kan konstatere en lav grad af tilfredshed med personalekontakten. Spørgeskemaundersøgelsen giver som regel ikke umiddelbart mulighed for at gå bag om resultaterne og søge forklaringer på dette. Som næste led i processen kan det derfor være fordelagtigt at gennemføre en kvalitativ undersøgelse – som opfølgning på spørgeskemaundersøgelsen – for derigennem at opnå uddybende *forklaringer* på den manglende tilfredshed med personalekontakten.

Såfremt denne kombination af kvalitative og kvantitative undersøgelser bliver anvendt systematisk i afdelingen med faste tidsintervaller, er der – som figuren illustrerer – tale om gentagelse af to undersøgelser, hvor den kvalitative undersøgelse både er undersøgende og forklarende, mens den kvantitative er konstaterende.

Generelt kan man tale om, at spørgeskemaundersøgelsen kan bidrage til sygehusafdelingens kvalitetssikring, mens de kvalitative undersøgelser kan bidrage til afdelingens kvalitetsudvikling gennem løbende udvælgelse af nye kvalitetsindikatorer. Kombinationen bidrager således både til udvikling og sikring af afdelingens aktiviteter.

## 5. Forberedelse af undersøgelsen

Forberedelsen af undersøgelsen bør have sit afsæt i det formål, som ledelsen har formuleret. En grundig forberedelse er væsentlig, eftersom det er her, at rammerne for undersøgelsen besluttet. Forberedelsen omfatter følgende trin:

- Ledelsesmæssig forankring
- Inddragelse af relevante personer
- Formål
- Fastlæggelse af temaer og problemstillinger
- Fastlæggelse af mål
- Fastlæggelse af målgruppe
- Udvalgelse og afgrænsning af deltagere
- Fastlæggelse af tidsplan og ressourcebehov

En veltilrettelagt undersøgelse er en væsentlig forudsætning for, at undersøgelsen gennemføres inden for en afgrænset tidsramme, og at undersøgelsen i sidste ende fører til kvalitetsforbedringer på afdelingen. I den forberedende fase tages der stilling til, hvorfor der er behov for en brugerundersøgelse, og hvilke temaer der skal undersøges. Der fastlægges rammer for undersøgelsen med hensyn til tids- og ressourcebehov. For at tilvejebringe et grundlag for at gennemføre ændringer og justeringer med henblik på kvalitetsforbedringer, formuleres der nogle overordnede og konkrete mål for undersøgelsens temaer og problemstillinger. Endelig tages der stilling til, hvordan brugerundersøgelsen konkret skal anvendes i afdelingen.

### 5.1 LEDELSESMÆSSIG FORANKRING

For at sikre, at brugerundersøgelsen har en værdi og fører til konkrete handlinger, der kan forbedre den patientoplevede kvalitet, er det nødvendigt, at brugerundersøgelsen er ledelsesmæssigt forankret. Det er nødvendigt, at ledelsen bakker projektet op, og sikrer projektgruppen de nødvendige rammer til gennemførelse af undersøgelsen.

Det bør på forhånd sikres, at ledelsen definerer rammerne for undersøgelsen, både hvad angår indhold og ressourcer. Uden et tilstrækkeligt ledelsesmæssigt engagement risikerer afdelingen, at de medarbejdere, som gennemfører brugerundersøgelsen, arbejder efter nogle mål, som er forskellige fra afdelingsledelsens mål for den pågældende problemstilling. Det risikeres, at afdelingsledelsen ikke har et tilstrækkeligt overblik over de ressourcer (personale og øvrige), der er nødvendige for at gennemføre projektet. Dette kan i sidste ende føre til, at projektet udskydes eller slet ikke gennemføres.

## **5.2 INDDRAGELSE AF RELEVANTE PERSONER**

Med henblik på at sikre medarbejdernes motivation og engagement i gennemførelse af undersøgelsen og implementering af de ændringer og justeringer, som findes nødvendige på baggrund af undersøgelsens resultater, er det nødvendigt, at medarbejdere fra alle relevante faggrupper gøres interesserede, er informerede, og føler en indflydelse på undersøgelsens tilrettelæggelse.

Det anbefales, at afdelingsledelsen uddelegerer arbejdet med gennemførelse af projektet. Der nedsættes en projektgruppe med 2-4 personer, som repræsenterer forskellige faggrupper i afdelingen. Den brede repræsentation af faggrupper skal medvirke til at sikre en høj faglig kvalitet, og sikre en sammenhæng i undersøgelsens emner på tværs af faggrupperne. Det er naturligvis u hensigtsmæssigt at lade alle relevante og interesserede medarbejdere deltage i projektgruppen, idet en stor projektgruppe vil være uarbejdsdygtig. Det kan i nogen tilfælde være hensigtsmæssigt at nedsætte følgegrupper fra de forskellige faggrupper, som løbende kan kommentere tilrettelæggelsen og delresultater af brugerundersøgelsen.

Tilrettelæggelse og gennemførelse af undersøgelsen bør ske i løbende dialog mellem projektgruppen og afdelingsledelsen. Afdelingsledelsen kan således sikre, at undersøgelsen tilrettelægges i overensstemmelse med ledelsens mål, og ledelsen kan sikre de nødvendige rammer for undersøgelsens gennemførelse (personale og øvrige).

## **5.3 FORMÅL**

I den indledende fase fastlægges formålet med undersøgelsen. Formålet med undersøgelsen er den motivation, der ligger til grund for beslutnin-

gen om at gennemføre undersøgelsen. Det er med andre ord nødvendigt at fastlægge, hvorfor undersøgelsen gennemføres, og hvilke hensigter man har med undersøgelsen.

Formålet med undersøgelsen kan være af generel karakter, for eksempel at undersøge i hvilken grad de fastsatte mål for afdelingens aktiviteter opnås med henblik på at forbedre kvaliteten af afdelingens arbejde. Formålet kan også være at belyse et specifikt problemområde med henblik på at skabe et beslutningsgrundlag for, om aktiviteten skal fortsætte uændret, ændres eller nedlægges.

#### **5.4 TEMAER OG PROBLEMSTILLINGER**

Fastlæggelse af de temaer og konkrete problemstillinger, som skal belyses i undersøgelsen, ligger i forlængelse af formålet med undersøgelsen, og er styrende for den resterende del af undersøgelsen. Undersøgelsens temaer er de overordnede emner, som skal belyses i undersøgelsen. Undersøgelsens problemstillinger er de konkrete spørgsmål, som skal belyses inden for hvert af undersøgelsens temaer. Undersøgelsens problemstillinger danner således direkte udgangspunkt for de spørgsmål, der stilles til patienterne.

Når sygehusafdelinger gennemfører spørgeskemaundersøgelser, som har til formål bredt at belyse afdelingens mål, er der ofte en tendens til, at man som udgangspunkt ønsker at undersøge alt. Projektgruppen vil dog erfare, at spørgeskemaet bliver meget omfattende, hvis der ikke på forhånd foretages en afgrænsning af de temaer og konkrete problemstillinger, som ønskes belyst. Det er derfor nødvendigt at vurdere, hvilke temaer og problemstillinger der er væsentlige/væsentligst for at belyse afdelingens aktiviteter.

Afgrænsning er desuden væsentlig for at opnå en tilfredsstillende svarprocent. Spørgeskemaet skal virke tidsmæssigt overskueligt.

Valg af temaer og afgrænsning af problemstillinger kræver overblik. Det anbefales derfor, at afdelingen foretager en struktureret kortlægning af alle de temaer, som er relevante for afdelingen. Dette kan for eksempel tage udgangspunkt i en kortlægning af de forskellige ydelsestyper, som leveres i forskellige faser af et behandlingsforløb.

Figur 5.1 giver et eksempel på et emnekatalog, som beskriver et "typisk" patientforløb. Der er naturligvis mange patienter, som ikke oplever et sådan typisk patientforløb, men oversigten er ment som inspiration til,

at afdelingen kan udvælge de faser og ydelsestyper, som er relevante for netop den pågældende afdeling<sup>1</sup>.

Et tema kunne for eksempel være afdelingens information i forskellige faser af behandlingsforløbet. Et andet tema kunne være udskrivningen, hvor forskellige ydelsestyper i forbindelse med udskrivningen belyses. Endelig kan temaet afgrænses yderligere til eksempelvis at belyse information i forbindelse med udskrivningen.

Det er vigtigt, at de temaer og konkrete problemstillinger, der arbejdes med, holdes op mod formålet med undersøgelsen. Det skal nøje vurderes, om disse kan medvirke til at belyse det overordnede formål med undersøgelsen.

**Figur 5.1**  
Faser og ydelser/handlinger i patientforløbet

		Patientforløb						
		Før første sygehuskontakt	Forundersøgelse/ Ambulant behandling	Første indlæggelsesdag	Tiden under indlæggelse	Udskrivning	Efter udskrivning/ Afslutning	Efterbehandling/ Kontrol
KERNEYDELSER	Behandling		●		●			●
	Pleje/Omsorg		●	●	●	●		●
	Effekt af behandling						●	
	Kommunikation	●	●	●	●	●	●	●
	Information	●	●	●	●	●	●	●
	Udredning		●	●				
	Personalkontakt		●	●	●	●	●	●
	Patientsikkerhed		●	●	●	●	●	●
PERIFIRYDELSER	Koordination	●	●	●	●	●	●	●
	Kontinuitet	●	●	●	●	●	●	●
	Ventetid	●	●	●	●			●
	Hygiejne		●	●	●			●
	Service/Omgivelser		●	●	●	●		●

1) Emnekataloget er udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amts Sygehusvæsen i samarbejde med sygehusafdelinger i Københavns Amt. Emnekataloget - som publiceres på internettet - indeholder desuden en række undermenuer og spørgsmål til hvert enkelt tema. Kilde: Freil M, Gothen I, Gut R, Hermann N. Spørg patienterne, Københavns Amt, 2002 (www.efb.kbhamt.dk).

Såfremt spørgeskemaundersøgelsen indarbejdes som en fast integreret del af afdelingens målsætningsarbejde – som beskrevet i kapitel 6 – anbefales det, at afdelingen bevarer en grundstamme af væsentlige emner i undersøgelsen fra år til år, så der kan foretages sammenligninger over tid. Derudover kan der skiftes fokus over tid på andre mindre væsentlige emner, således at afdelingens samlede aktiviteter på lang sigt bliver belyst.

Hvis formålet med undersøgelsen er at belyse et specifikt problem, foretager projektgruppen en struktureret kortlægning af de emner, som gruppen finder væsentlige for at belyse problemet. Det anbefales, at projektgruppen desuden søger inspiration hos kolleger, referencegruppe, litteratur mv.

## 5.5 MÅL

I kapitel 6 bliver det belyst, hvordan fastlæggelse af mål er en væsentlig del af en systematisk brugerinddragelse. For at sikre, at undersøgelsen fører til konkrete handlinger med henblik på at forbedre kvaliteten af afdelingens arbejde, er det vigtigt, at ledelsen opstiller nogle klare mål for de emner, der undersøges. De overordnede målsætninger for afdelingens aktiviteter er ofte vanskelige at måle direkte. Det er derfor nødvendigt at fastsætte konkrete mål for nogle målbare indikatorer, som indirekte kan medvirke til at belyse, om afdelingen opfylder de overordnede målsætninger for aktiviteterne.

Målsætningsarbejdet og brugen af spørgeskema til at teste de fastsatte mål er et væsentligt element i en systematisk brugerinddragelse. I kapitel 6 gives en grundig beskrivelse af, hvordan en systematisk opfølgning af mål kan tilrettelægges.

## 5.6 MÅLGRUPPE

Som led i problemformuleringen bør afdelingen gøre sig klart, hvem der er målgruppe for undersøgelsen, det vil sige, hvem der senere skal gøre brug af undersøgelsens resultater.

Ved fastlæggelsen af formålet med undersøgelsen og udvælgelsen af de problemstillinger og mål, der lægges til grund for undersøgelsen, er det væsentligt at vurdere, hvem der ønsker problemet belyst.

Patienternes mål for behandlingen kan være forskellige fra personalets, politikernes mv. Det kan naturligvis være ønskeligt, at problemet belyses

fra alle synsvinkler, men af hensyn til projektets omfang kan det være nødvendigt at begrænse fokus.

Udarbejdes undersøgelsen primært som en generel dokumentation for afdelingens aktiviteter overfor eksempelvis det politiske niveau, er det hensigtsmæssigt at belyse aktiviteterne bredt, det vil sige spørge patienterne om formodede problemområder og emner, som formodes at fungere godt.

Gennemføres undersøgelsen derimod udelukkende med henblik på at tilvejebringe et ledelsesredskab, som skal anvendes internt i afdelingen, er det væsentligt at indkredse problemområderne, mens det er mindre væsentligt at spørge patienterne om forhold, som afdelingen på forhånd er sikre på – eller kraftigt formoder – fungerer tilfredsstillende.

## **5.7 TIDSPLAN OG RESSOURCEBEHOV**

Fastlæggelse af tidsplan og vurdering af ressourcebehov er opgaver, som er tæt knyttet sammen. Erkendelsen af manglende ressourcer undervejs i forløbet er ofte årsag til, at brugerundersøgelser udskydes. Ofte er det vel sådan, at ledelsen prioriterer den direkte patientrettede indsats højere end kvalitetsudviklingsarbejdet i de perioder, hvor ressourcerne (personale og øvrige) er knappe. Det er derfor nødvendigt med en nøje planlægning af projektet, og nødvendigt, at projektgruppen bliver enig med ledelsen om tidsrammen og det forventede ressourceforbrug.

En fast tidsplan er væsentlig for at fastholde en høj prioritering af undersøgelsen, og for at sikre, at undersøgelsen gennemføres inden for en relativ kort tidsramme. Herved sikres det, at de emner, som på forhånd udvælges som udgangspunkt for undersøgelsen, og de holdninger, som patienterne fremkommer med, fortsat er interessante og aktuelle, når undersøgelsen afsluttes.

Vurderingen af tidsforbruget indebærer også nogle indledende overvejelser om hvem, hvornår og hvor mange patienter, der skal spørges. Dette afhænger blandt andet af afdelingens størrelse, patientflow og perioderelaterede ændringer i patient- og personalesammensætningen. I kapitel 13 gives en nærmere redegørelse for overvejelser omkring dataindsamlingsfasen.

Ressourceforbruget skal vurderes, både med hensyn til personalets tidsforbrug og med hensyn til andre væsentlige udgifter. Personalets tidsforbrug er blandt andet tidsforbrug forbundet med projektgruppens ar-

bejde, møder i følgegrupper, ledelsens indsats og tidsforbrug, der anvendes til formidling af resultater og dialog mellem personalet og ledelsen om planen for opfølgning. Øvrige udgifter er for eksempel porto og eventuel ekstern bistand til gennemførelse af undersøgelsen.

<b>Checkliste til forberedelse af undersøgelsen</b>	✓
Er de organisatoriske rammer afklaret med hensyn til ledelsens rolle i undersøgelsen, sammensætning af arbejdsgruppe, referencegruppe mm.?	
Er arbejdsfordelingen mellem ledelse og den nedsatte arbejdsgruppe afklaret og formidlet?	
Er der arbejdet med at involvere og engagere afdelingens personale i undersøgelsen?	
Er det afklaret, hvordan den gennemførte brugerundersøgelse skal bruges konkret i afdelingen, og hvilke konsekvenser afdelingen er villig til at drage af brugerundersøgelsens resultater?	
Er det besluttet, hvordan det kan sikres, at den nødvendige støtte gives til arbejdsgruppen under gennemførelse af undersøgelsen?	
Er formålet og det overordnede mål for brugerundersøgelsen gennemdrøftet og fastlagt?	
Er brugerundersøgelsens temaer og problemstillinger afgrænset, fastlagt og begrundet?	
Er der fastlagt en plan for, hvordan den erhvervede viden og erfaringer følges op i afdelingen?	
Er den tids- og ressourcemæssige ramme fastlagt?	
Er det afklaret, hvem der skal informeres om hvad og hvornår?	
Er der overvejet en samlet strategi for formidling og opfølgning?	

## 6. Systematisk målopfølgning

Når sygehusafdelingen anvender spørgeskemametoden, har afdelingen mulighed for at spørge mange brugere, således at resultaterne kan anvendes repræsentativt for afdelingens samlede brugergruppe. Spørgeskemaundersøgelser er derfor velegnede som redskab til en løbende og systematisk opfølgning på kvaliteten af afdelingens aktiviteter.

Afdelingen har mulighed for at sammenligne resultater fra brugerundersøgelser med resultater fra andre sammenlignelige afdelinger. Sygehusafdelingerne har også mulighed for at sammenligne egne resultater over tid og dermed undersøge, om de ændringer og justeringer, som afdelingen foretager, har en effekt på patienternes holdninger og vurderinger til den pågældende aktivitet (før-/eftermåling). Spørgeskemaundersøgelsen bliver derved et værdifuldt redskab i afdelingens arbejde med løbende at fastholde eller forbedre kvaliteten.

I det følgende redegøres der for en model, som viser, hvordan en brugerundersøgelse kan anvendes til systematisk målopfølgning på sygehusafdelingen. Undersøgelsen bliver et handlingsorienteret og virksomt element i afdelingernes langsigtede kvalitetsudvikling/-sikring ved at lade undersøgelsen indgå i afdelingens målsætningsarbejde og foretage gentagne målinger over tid.

Inden spørgeskemaundersøgelsen gennemføres, anbefales det, at afdelingen som udgangspunkt fastlægger nogle klare mål for den eller de aktiviteter, der ønskes undersøgt, og gør sig klart, hvilke resultater der forventes, og hvilke resultater der accepteres.

Målfastsættelsen for afdelingens aktiviteter kan ske på grundlag af erfaringer fra tidligere gennemførte undersøgelser og ved sammenligninger med andre afdelinger, som har nogle aktiviteter og brugere, der er sammenlignelige med afdelingens egne.

Arbejdet med at beskrive de konkrete problemstillinger, der relaterer sig til undersøgelsens temaer – og med udgangspunkt heri at fastlægge nogle konkrete mål – giver erfaringsmæssigt nogle værdifulde drøftelser i personalegruppen om den måde, afdelingens aktiviteter er organiseret og leveres. Arbejdet giver desuden et mere systematisk grundlag for at vurdere, om de spørgsmål, der indgår i undersøgelsen, er relevante, væsentlige og tilstrækkelige til at belyse de valgte temaer og konkrete problemstillinger.

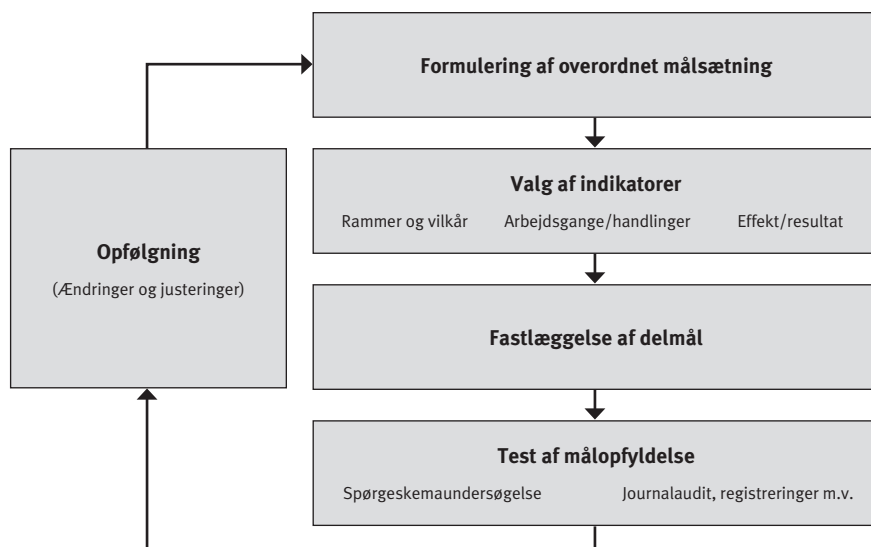
Spørgeskemaundersøgelser, som ikke er relateret til nogle på forhånd fastsatte mål, og som ikke bygger på nogle målbare succeskriterier, vil erfaringsmæssigt have en meget lille effekt på kvalitetsudviklingen af afdelingens aktiviteter. At 85% af patienterne har et positivt indtryk af en given aktivitet, giver ikke i sig selv en værdifuld oplysning om afdelingens aktivitet. Hvis resultatet derimod sættes i relation til afdelingens konkrete mål, at 90% af patienterne skal have et positivt indtryk af aktiviteten, så er der tilvejebragt et dokumenteret grundlag for at reagere på en eventuel manglende målopfyldelse.

I figur 6.1 illustreres et eksempel på systematisk anvendelse af spørgeskemaundersøgelser, som skal teste afdelingens mål. Den beskrevne proces illustrerer en metode til at teste opfyldelsen af afdelingens overordnede mål for ét eller flere temaer. Processen kan naturligvis tilrettelægges på andre måder. Det bør blot sikres, at der foretages en grundig beskrivelse af afdelingens aktiviteter, med henblik på at udvælge nogle konkrete mål, som er relevante og dækkende til beskrivelse af de overordnede mål for det berørte overordnede tema. Processen er vist i figur 6.1, og beskrives i de følgende afsnit.

**Figur 6.1**

**Systematisk målopfølgning med spørgeskemaundersøgelse**

(se også konkret eksempel på side 32)



## 6.1 OVERORDNET MÅLSÆTNING

Det fremgår af figur 6.1, at den systematiske brugerinddragelse – gennem anvendelse af spørgeskemaundersøgelser – starter med fastlæggelse af overordnede målsætninger for det eller de temaer, der indgår i brugerundersøgelsen. Den overordnede målsætning kan også betegnes som en kvalitativ standard.

### Standarder formuleret kvalitativt

er almindeligt accepterede beskrivelser af kvalitetsmål (for eksempel i form af instrukser, vejledninger, retningslinier) baseret på ekspertkonsensus, forskningsresultater og dokumentation i den videnskabelige litteratur.

Det er vigtigt, at sygehusafdelinger har nogle overordnede kvalitative målsætninger og visioner for afdelingens aktiviteter, da disse signalerer, hvad afdelingen overordnet arbejder efter og ønsker at leve op til. En overordnet målsætning er normalt u håndgribelig, og kan derfor ikke direkte måles gennem spørgeskemaundersøgelse eller anden registrering.

## 6.2 VALG AF INDIKATORER

Overordnede målsætninger er imidlertid ikke tilstrækkelige i forbindelse med en spørgeskemaundersøgelse, der har til formål at teste, om afdelingen når de fastsatte mål. For at skabe et struktureret overblik over undersøgelsens tema/temaer og de konkrete problemstillinger, som relaterer sig hertil, anbefales det, at afdelingen giver en grundig og dækkende beskrivelse af de variable, der indirekte kan belyse, om afdelingen lever op til den eller de overordnede målsætning(er). Sådanne variable betegnes i det følgende som indikatorer.

### Indikator

Målbar variabel, som anvendes til at overvåge og vurdere kvaliteten, og som alene eller sammen med supplerende indikatorer kan belyse et givent kvalitetsniveau.

Ofte måles graden af målopfyldelse udelukkende ved brug af spørgsmål om, hvorvidt patienterne er tilfredse med afdelingens ydelser. Tilfredshedsmaal er dog sjældent tilstrækkeligt dækkende til at måle om afdelingen lever op til de overordnede målsætninger.

Hvis undersøgelsens tema for eksempel er *“afdelingens information ved udskrivelsen”*, så kunne den overordnede målsætning være, at *“patienten skal informeres og vejledes ved udskrivelsen, således at patienten føler sig*

*tryk og kan klare sig i hjemmet efter udskrivelsen*”. I dette tilfælde er det ikke tilstrækkeligt at vide, om patienten er tilfreds med den information, der blev givet. Det vil eventuelt også være nødvendigt at vide, om patienten er tryk, og om patienten har modtaget en god og tilstrækkelig information om konkrete forhold, som personalet ud fra en sundhedsfaglig vurdering skønner nødvendig, for at patienten kan klare sig og føle sig tryk i hjemmet (for eksempel information om medicin, bivirkninger og hjælpeforanstaltninger).

Det anbefales derfor, at valget af indikatorer tager udgangspunkt i en bred og dækkende beskrivelse af undersøgelsens temaer, for eksempel under følgende hovedoverskrifter:

1. **Rammer/vilkår**, som blandt andet er de materialer og personaleresourcer, som anvendes til at levere/udføre ydelsen samt relevante lokalemæssige og økonomiske rammer.
2. **Arbejdsgange/handlinger**, som er en beskrivelse af hvornår, hvordan, hvor ofte og af hvem ydelsen leveres/udføres
3. **Effekt/Resultat**, som for eksempel er patienttilfredshed, -tryk eller ændringer i helbredstilstand.

Disse hovedoverskrifter kan sammenlignes med begreberne “struktur, proces og resultat”, som ofte anvendes i kvalitetsudviklingen på sygehusene. Når der arbejdes med temaer i brugerundersøgelser, arbejdes der imidlertid på et lavere organisationsmæssigt plan set i forhold til den traditionelle anvendelse af begreberne “struktur, proces og resultat”. Der anvendes derfor nogle andre betegnelser, som er mere målrettede og anvendelige til beskrivelse af konkrete ydelser på sygehusafdelinger.

**Rammer/vilkår** for sygeplejen er eksempelvis kontaktsygeplejerskeordning, mens rammer/vilkår for information eksempelvis er skriftlig patientvejledning og indlæggelsessamtaler.

**Arbejdsgange/handlinger** for information er for eksempel, at den skriftlige patientvejledning fremsendes til patienten inden indlæggelsen, og at vejledningen fremsendes sammen med indkaldelsesbrevet.

**Resultatet/effekt** kan være en ønsket effekt af den sundhedsfaglige indsats. Resultatet skal dog ikke alene forstås som behandlingseffekten. Hvis infor-

mationen igen anvendes som eksempel, kunne resultatet være, at patienten er velinformeret om specifikke forhold vedrørende behandlingsforløbet.

### **6.3 FASTLÆGGELSE AF DELMÅL**

Gennem beskrivelse og udvælgelse af relevante indikatorer, er der tilvejebragt et grundlag for at formulere ét eller flere konkrete mål, som tilsammen indirekte kan teste, om afdelingen lever op til de overordnede målsætninger for aktiviteten. Disse betegnes i det følgende som delmål.

Det er opgaven at definere, hvilke delmål afdelingen mener, skal være opfyldt, for at det kan konkluderes, at den overordnede målsætning er opfyldt. Delmålene formuleres i relation til ovennævnte beskrivelse af rammer/vilkår, arbejdsgange/handlinger og resultat/effekt. Det er vigtigt, at delmålene er konkrete, målbare samt i overensstemmelse med og tilstrækkelig dækkende for det overordnede mål.

For at der er tale om et konkret mål, skal det være muligt at foretage en måling på resultatet, for eksempel ved spørgeskemaundersøgelse, eller ved registreringer fra plejeplaner, patientjournaler, tidsmålinger mv.

Delmål kunne eksempelvis være, at alle elektive patienter modtager patientvejledningen inden indlæggelsen, og at 90% af patienterne vurderer, at vejledningen er god.

### **6.4. TEST AF MÅLOPFYLDELSE (SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE)**

Endelig er det opgaven at teste graden af målopfyldelse for de valgte delmål. Dette kan gøres ved gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse og/eller ved registreringer, for eksempel ud fra tidsmålinger, plejeplaner, journalaudit og kliniske databaser. Metoder til registreringer ligger udenfor emnet i denne vejledning, men muligheden skal blot nævnes, idet registreringer naturligvis er en anden væsentlig kilde til information om afdelingens målopfyldelse. Registreringer kan med fordel inddrages som led i beskrivelsen af en aktivitet, sammen med resultater fra spørgeskemaundersøgelser.

Graden af målopfyldelse testes i forhold til de fastsatte delmål. Undersøgelse med spørgeskema kræver, at der med udgangspunkt i de konkrete delmål udarbejdes spørgsmål, som er præcise og lette at forstå for patienten. Det vanskelige i denne forbindelse er at formulere et let forståeligt

spørgsmål, som samtidig præcist dækker det konkrete mål, som spørgsmålet skal teste (læs mere om spørgsmålsformulering i kapitel 10).

## **6.5 OPFØLGNING**

Pilene i figur 6.1 illustrerer den opfølgning, der bør ske på baggrund af de resultater, der opnås gennem spørgeskemaundersøgelsen. Den viden, der opnås, kan medvirke til at justere den overordnede kvalitative standard og danne udgangspunkt for en ny revideret proces. Denne proces indledes igen med en vurdering af den overordnede kvalitative standard, med baggrund i den opnåede viden og eventuelle nye forudsætninger som følge af gennemførte ændringer og justeringer af praksis. Dette kan føre til valg af andre indikatorer og nogle reviderede delmål for undersøgelsens tema. Modellen bliver således en metode til at sikre en systematisk anvendelse af spørgeskemaundersøgelser i afdelingens målsætningsarbejde, og dermed en metode til at sikre løbende forbedringer af den patientoplevede kvalitet på afdelingen.

## EKSEMPEL PÅ SYSTEMATISK MÅLOPFØLGNING

**Tema:** Information ved indlæggelsen.

**Overordnet målsætning:** Der gives en information ved indlæggelsen, der gør patienterne trygge, og som sikrer, at patienten er informeret om sygdom, undersøgelser, behandling og pleje, under hensyntagen til patientens behov og tilstand.

### Indikatorer (eksempler):

Vedr. skriftlig patientvejledning:

- Modtager patienten patientvejledning?
- Modtages patientvejledningen ved indlæggelsen?
- Læser patienterne patientvejledningen?
- Giver patientvejledningen de oplysninger, patienten har brug for?

Vedr. indlæggelsessamtale:

- Får patienterne en indlæggelsessamtale?
- Får patienterne samtalen inden for 6 timer efter indlæggelsen?
- Bliver patienterne informeret (om nærmere specificerede forhold vedr. pleje, behandling mv.)?

Vedr. resultat/effekt:

- Er patienterne tilfredse med informationen ved indlæggelsen?
- Skaber informationen tryghed for patienten?

### Delmål (eksempler):

- 95% af patienterne modtager skriftlig informationsmateriale ved ankomsten.
- 90% af patienterne synes, at indholdet af den skriftlige patientvejledning er Virkelig godt/Godt.

### Test af målopfyldelse ved spørgeskemaundersøgelse (eksempler):

1. Modtog du en skriftlig patientvejledning, da du blev indlagt på afdelingen?
  - Ja
  - Nej
  - Ved ikke
2. Hvis ja, hvordan vurderer du indholdet af den skriftlige patientvejledning?
  - Virkelig godt
  - Godt
  - Dårligt
  - Virkelig dårligt
  - Jeg læste den ikke

Checkliste til arbejdet med målsætninger, indikatorer og delmål	✓
Er der formuleret overordnede målsætninger for undersøgelsens temaer, som signalerer, hvad afdelingen overordnet arbejder efter og ønsker at leve op til?	
Er der valgt nogle relevante og dækkende indikatorer, som indirekte kan medvirke til at belyse, om afdelingen lever op til de overordnede målsætninger for undersøgelsens temaer?	
Er der fastlagt nogle målbare konkrete delmål ud fra de valgte indikatorer?	
Er der gjort overvejelser om, hvordan afdelingen vil foretage en opfølgning på undersøgelsens resultater?	

## 7. Spørgeskemaet

Når afdelingen har gennemgået det forberedende arbejde og udvalgt de relevante emner for undersøgelsen, er næste skridt i processen at udarbejde spørgeskemaet. Det er vigtigt at udarbejde et spørgeskema, som er overskueligt, let at besvare og opfanger de problemstillinger, som afdelingen ønsker belyst. Projektgruppen bør derfor nøje overveje spørgeskemaets indhold og struktur, således at afdelingen ikke efterfølgende står med en række uafklarede problemstillinger, som det var intentionen af få afklaret gennem undersøgelsen. Når først dataindsamlingen er gennemført, er der som regel ingen vej tilbage.

### 7.1 DESIGN

Spørgeskemaets udseende er det allerførste indtryk, patienten får af den undersøgelse, som patienten skal medvirke i. Et uoverskueligt design kan give patienten et dårligt førstehåndsindtryk af undersøgelsen, og kan derfor være en afgørende årsag til, at patienten ikke ønsker at medvirke. Hvis patienten alligevel beslutter sig for at medvirke, kan et uoverskueligt spørgeskema være årsag til forkerte eller manglende besvarelser til dele af spørgeskemaet.

Man kan meget let komme til at udarbejde et kompakt og uoverskueligt spørgeskema, hvis man på forhånd har lagt sig fast på, hvor mange sider et spørgeskema må fylde. I stedet for at reducere antallet af spørgsmål, søger man derfor at få mange spørgsmål til at være på få sider.

Et godt og overskueligt spørgeskema ser "indbydende" og professionelt ud og giver svarpersonen et overblik over, hvad der spørges om, og hvilke svarmuligheder der er. Dette sikres ved at lave tydelige overskrifter, og ved at sørge for, at svarkategorierne placeres på samme sted og måde (for eksempel højrejusteret) gennem hele spørgeskemaet. Der laves "luft" imellem spørgsmålene, så patienten er klar over, hvor hvert af spørgsmålene starter og slutter.

På side 34 gives der et eksempel på udsnit af et kompakt og uoverskueligt skema, og på side 35 gives der et eksempel på et ikke-kompakt og overskueligt skema.

### EKSEMPEL PÅ UOVERSKUELIGT DESIGN

16. Hvad er din alder? \_\_\_\_\_ 17. Køn: Kvinde  Mand
18. Hvordan synes du, at du var informeret om din sygdom, da du blev udskrevet fra dagafsnittet?  
Meget godt  Godt  Dårligt  Meget dårligt  Jeg havde ingen sygdom
19. Hvordan blev du ved udskrivelsen fra dagafsnittet informeret om det videre forløb af din behandling?  
Meget godt  Godt  Dårligt  Meget dårligt   
Skulle ikke fortsætte behandlingen
20. Var der information du manglede, da du var udskrevet fra Dagafsnittet?  
Ja  Nej
21. Hvis ja, var det information om:  
Efterbehandling?   
Medicin?   
Andet: \_\_\_\_\_

EKSEMPEL PÅ OVERSKUELIGT DESIGN

15. Hvordan vurderer De indholdet af den <u>mundtlige</u> information, De fik under indlæggelsen?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Fik De skriftlig information om Deres sygdom og behandling, mens De var indlagt?	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Gå til spørgsmål 18)

17. Hvordan vurderer De indholdet af den <u>skriftlige</u> information, De fik under indlæggelsen?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hvordan vurderer De alt i alt <u>omfanget</u> af information, De fik under indlæggelsen?	Alt for meget	For meget	Pas-sende	For lidt	Alt for lidt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. I hvilken grad oplevede De, at de informationer, De fik fra forskelligt personale på sygehuset, <u>stemte overens</u> ?	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. I hvilken grad har De tillid til lægernes faglige dygtighed?	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. I hvilken grad har De tillid til plejepersonalets faglige dygtighed?	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. I hvilken grad oplevede De under indlæggelsen, at der opstod ventetider på undersøgelser og behandlinger, der forlængede Deres ophold?	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UDSKRIVELSEN

23. Hvordan vurderer De, at forløbet af dagen for Deres udskrivelse var tilrettelagt?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hvordan blev De ved udskrivelsen informeret om det videre forløb? (f.eks. behandling, genoptræning, undersøgelser)	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Ikke aktuelt for mig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7.2 OPBYGNING

Det er væsentligt at give patienten et indtryk af, at der ligger nogle grundige overvejelser bag udvælgelsen af netop de spørgsmål, som afdelingen har valgt til undersøgelsen. Er skemaet struktureret, så patienten kan se en linie i spørgsmålsrækken, og dermed kan fornemme formålet med undersøgelsen, må svarprocenten forventes at blive højere end ved anvendelse af et ustruktureret skema. Bliver patienten derimod præsenteret for en lang række spørgsmål i tilfældig rækkefølge, risikeres det, at patienten får en opfattelse af, at der ikke ligger en velovervejet strategi bag undersøgelsen. Dette kan mindske patientens motivation for at besvare skemaet.

Spørgeskemaet bør struktureres på en logisk måde med angivelse af overskrifter for spørgsmål, der vedrører samme emne.

Typisk vil det være logisk for patienten, at spørgsmålene struktureres kronologisk efter *faser i et behandlingsforløb*, således at de indledende spørgsmål for eksempel omhandler tiden før indlæggelsen, de næste vedrører modtagelsen, selve indlæggelsen osv. frem til tiden efter udskrivelsen.

Til de enkelte faser er der knyttet nogle forskellige *ydelsestyper*. Et eksempel er plejen, som typisk er en ydelse i tiden under indlæggelsen.

Projektgruppen vil erfare, at strukturen ikke altid er klar og entydig. Et typisk eksempel på dette er placeringen af ydelsen information, som jo ofte leveres i alle faser af behandlingsforløbet. Spørgsmålet er, hvorvidt spørgsmål om information skal indarbejdes i de forskellige faser af behandlingsforløbet, eller grupperes i en særskilt gruppe af spørgsmål på tværs af faserne. Det afgørende er, at projektgruppen vælger samme logiske struktur gennem hele spørgeskemaet. Vælger projektgruppen at strukturere skemaet efter faser i behandlingsforløbet, er det hensigtsmæssigt at opsplitte spørgsmål til de tværgående ydelsestyper på forskellige faser. Vælger projektgruppen derimod at samle de tværgående ydelsestyper, er det nødvendigt at se bort fra den faseopdelte struktur.

## 7.3 SPØRGESKEMAETS LÆNGDE OG ANTAL SPØRGSMÅL

I overvejelserne om spørgeskemaets længde og antallet af spørgsmål er der ofte en tendens til kun at fokusere på det maksimale antal sider og det maksimale antal spørgsmål. Dette er naturligvis også nogle væsentlige overvejelser, især på sygehusafdelinger, hvor svarpersonerne ofte har en høj alder, og er svækkede af den sygdom og behandling, som de har været

indlagt for. Som hovedregel anbefales det, at spørgeskemaet maksimalt indeholder ca. 30 spørgsmål.

Imidlertid er det mindst lige så væsentligt at gøre sig overvejelser om, hvad man som minimum kan tillade sig at spørge patienterne om. Når en patient skal besvare et spørgeskema om oplevelsen af behandlingen og plejen på afdelingen, kan det i nogen tilfælde virke irriterende og provokerende, at man ikke får lejlighed til at svare på det, som man finder mest væsentligt i forbindelse med indlæggelsen. Når man udarbejder et spørgeskema med nogle få spørgsmål, er der større sandsynlighed for, at skemaet ikke beskæftiger sig med netop de problemstillinger, som er væsentligst for patienten. I denne vejledning gives der ikke nogen anbefalinger på minimumsgrænser for antallet af spørgsmål, men afdelingen bør gøre sig overvejelser om sådanne forhold.

#### 7.4 VARIEREDE SPØRGSMÅL OG SVARKATEGORIER

Valget af svarkategorier (indhold og antal) er normalt betinget af, hvilken type spørgsmål der søges afdækket. Det anbefales at variere spørgsmålstyper og svarkategorier i spørgeskemaet.

Når man på forhånd lægger sig fast på at anvende de samme svarkategorier igennem hele spørgeskemaet, sker det ofte, at spørgsmålene bliver formuleret upræcist i forhold til de problemstillinger, som spørgeskemaet skal undersøge. Dette skyldes, at spørgsmålene formuleres ud fra, hvad der er muligt at belyse med de anvendte svarkategorier, frem for at lade spørgsmålene bestemme, hvilke svarkategorier der bedst belyser problemstillingen.

Vær opmærksom på, at det er undersøgelsens problemstillinger, der bestemmer spørgsmålene og ikke omvendt, at det er spørgsmålene, der bestemmer problemstillingerne.

Varierede spørgsmål og svarkategorier tvinger desuden patienten til at læse hvert spørgsmål nøje med henblik på at kunne afgive det rigtige svar. I et spørgeskema, hvor der anvendes de samme kategorier gennem hele skemaet (for eksempel *Meget tilfreds*, *Tilfreds*, *Utilfreds*, *Meget utilfreds*), kan man forestille sig, at en patient, som generelt har været tilfreds med indlæggelsen, vil sætte kryds i kategorien "*Tilfreds*" igennem hele skemaet uden at gennemlæse hvert spørgsmål nøje.

Checkliste til spørgeskemaet	✓
Har spørgeskemaet et design, som giver patienten et godt førstehåndsindtryk, og er skemaet overskueligt, således at det er let at besvare?	
Er spørgeskemaet struktureret logisk i forhold til patienternes oplevelse af indlæggelses-, undersøgelses- og/eller behandlingsforløbet?	
Er der gjort overvejelser om spørgeskemaets længde og antallet af spørgsmål (hverken for kort eller for langt)?	
Er spørgsmål og svarkategorier varierede, således at de er relevante og dækkende til at give svar på undersøgelsens problemstillinger?	

## 8. Spørgsmålstyper

Eksisterende brugerundersøgelser på sygehusafdelinger bygger i vid udstrækning på spørgsmål om patienttilfredshed. Spørgsmål om tilfredshed kan give en generel pejling på udvalgte temaer. Ofte er det imidlertid sådan, at brugerundersøgelser, der alene anvender spørgsmål om tilfredshed, opnår meget store andele af positive svar, også selvom afdelingernes ydelser ikke leveres optimalt.

I fortolkningen af spørgsmål om tilfredshed må man være opmærksom på de sammensatte faktorer, der påvirker de opnåede resultater. For at undersøge de bagvedliggende faktorer er det nødvendigt, at bredt formulerede tilfredshedsspørgsmål suppleres med andre uddybende spørgsmål. Når en afdeling ønsker at undersøge, om afdelingens ydelser udføres på en faglig eller organisatorisk tilfredsstillende måde, og samtidig ønsker at undersøge, om ydelserne udføres tilfredsstillende ud fra et patientperspektiv, er det hensigtsmæssigt at foretage en "bredere" belysning af undersøgelsens temaer. Dette gøres blandt andet ved at supplere undersøgelsen med spørgsmål, der vedrører strukturen og processen.

Nedenfor gives der en redegørelse for nogle af de undersøgelses- og spørgsmålstyper, som kan anvendes i en brugerundersøgelse. Det kan ofte være hensigtsmæssigt at kombinere spørgsmålstyperne således, at ét eller flere af de temaer, der undersøges, bliver belyst bredt. Redegørelsen vedrører følgende spørgsmålstyper:

- Evalueringsspørgsmål
  - Spørgsmål om effekt/resultat
  - Spørgsmål om tilfredshed
  - Spørgsmål om vurdering/oplevelser
- Informant spørgsmål (Faktuelle spørgsmål)
  - Faktiske egenskaber
  - Faktuel adfærd
- Prioriteringsspørgsmål
- Behovsspørgsmål
- Andre spørgsmålstyper
  - Baggrundsoplysninger
  - Åbne svarmuligheder (uddybende spørgsmål)

## 8.1 EVALUERINGSSPØRGSMÅL

Evalueringsspørgsmål sætter fokus på patienternes oplevelser, vurderinger og holdninger til de problemstillinger, der belyses i spørgeskemaundersøgelsen. Evalueringsspørgsmål bliver i dette afsnit beskrevet under tre hovedtyper – spørgsmål om effekt/resultat, spørgsmål om tilfredshed og spørgsmål om vurdering.

### *Effekt/resultat*

En gennemgang af eksisterende kvantitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger viser, at en meget lille del af undersøgelserne beskæftiger sig med patienternes selvrapporterede helbredsstatus (fysisk, psykisk og socialt), det vil sige resultatet/effekten af den behandling, som patienterne indlægges for. Dog kan der spores en tendens til en mindre stigning i anvendelsen af denne type undersøgelser i de senere år. Det begrænsede antal undersøgelser, der beskæftiger sig med effekten/resultatet af behandlingen, kan virke noget overraskende, eftersom gentagne undersøgelser har vist, at den lægelige behandling – og resultatet heraf – er det, som patienterne vægter højest i prioriteringen af de ydelser, de modtager i forbindelse med indlæggelsen. (Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amts undersøgelser 2001, 2003)

Undersøgelser peger samtidig på en stor overensstemmelse mellem på den ene side patienternes vurdering af deres helbredstilstand – herunder opgjorte ændringer i smerte- og funktionsniveau – og på den anden side behandlingsresultater, som er opgjort ud fra kliniske og lægefaglige vurderinger. Dette peger på, at selvrapporterede helbredsstatusundersøgelser kan være velegnede ved opgørelser af behandlingseffekten.

Spørgsmål om effekt/resultat skal dog ikke kun ses som spørgsmål vedrørende den egentlige behandlingseffekt. Udover spørgsmål om almen helbredstilstand, smerte- og funktionsniveau, kan effekt-/resultatsspørgsmål også vedrøre forhold i forbindelse med indlæggelsesforløbet, for eksempel resultatet af informationen. En afdeling kunne have gavn af at undersøge patienternes viden om konkrete forhold, såfremt det vurderes, at denne viden er en forudsætning for et godt behandlingsresultat.

### Eksempel:

28. Har du, efter du blev udskrevet fra afdelingen, været i <u>tvivl</u> om noget vedrørende følgende:					
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	Ikke aktuelt for mig
a. I tvivl om efterbehandling?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. I tvivl om medicin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I tvivl om hjælpeforanstaltninger i hjemmet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. I tvivl om sygdommens konsekvenser for din fremtid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tilfredshed

Tilfredshedsspørgsmål er en anden form for evalueringsspørgsmål. Som nævnt ovenfor, giver *evalueringundersøgelser* om tilfredshed sjældent et tilstrækkeligt grundlag for, at afdelingen kan foretage handlinger på baggrund af undersøgelsens resultater. Årsagen er, at tilfredshed er et sammensat begreb, som dækker over en række faktorer. Flere brugerundersøgelser har vist nogle meget positive svar på spørgsmål om tilfredshed. Når der imidlertid foretages en mere dybdegående analyse, viser det sig ofte, at patienterne ikke har fået de optimale ydelser, selvom de er tilfredse.

Eksempelvis viste en amtslig undersøgelse af patienters oplevelser i Københavns Amt 2004, at 86% af patienterne samlet set var tilfredse med informationen. En række mere specifikke spørgsmål viste imidlertid, at en relativt stor del af patienterne (32%) syntes, at de blev dårligt informeret om, hvem der havde særligt ansvar for behandlingen, og 24% oplevede, at de blev dårligt informeret om, hvordan indlæggelsesforløbet ville foregå. Desuden var en relativt stor andel af patienterne i tvivl om en række forhold (for eksempel medicin og efterbehandling), efter de var kommet hjem fra sygehuset. Ved at spørge om mere specifikke forhold, som ikke nødvendigvis drejer sig om patienternes tilfredshed med ydelserne, har Københavns Amt og amtets sygehusafdelinger således fået et grundlag for at iværksætte handlinger, som kan medvirke til at forbedre patientinformation.

### Vurdering

I nogle tilfælde kan spørgsmål om patienternes vurdering af kvaliteten for en ydelse give et mere præcist billede af patienternes oplevelse af kvaliteten, i forhold til spørgsmål om tilfredshed.

Som nævnt ovenfor, er tilfredshedsbegrebet sammensat af forskellige faktorer. Tilfredshed eller utilfredshed med en ydelse kan for eksempel re-

latere sig til indholdet af ydelsen (god/dårlig) eller til mængden af ydelsen (tilstrækkelig/utilstrækkelig). Spørgsmål om vurdering af indhold og mængde kan derfor give et mere præcist billede af patienternes oplevelser og vurderinger af en ydelse, i forhold til tilfredshedsspørgsmål. Anvendes eksemplet ovenfor, kan en eventuel utilfredshed med informationen skyldes uoverensstemmelse i forskellige informationer, mængden af information (For meget/For lidt) eller indholdet af information (Godt/Dårligt).

Ved at spørge direkte til patienternes vurderinger af konkrete forhold vedrørende ydelsen, kan man gå bag om tilfredshedsspørgsmålenes sammensatte faktorer, og komme nærmere en identifikation af, hvad der er årsag til den manglende tilfredshed. Vurderingsspørgsmål kan derfor medvirke til at gøre en brugerundersøgelse mere handlingsorienteret i forhold til undersøgelser, som alene bygger på tilfredshedsspørgsmål.

**Eksempel:**

<b>25. Hvordan vurderer du, at plejepersonalet og lægerne samarbejdede om din pleje og behandling?</b>	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8.2 INFORMANT SPØRGSMÅL (FAKTUELLE SPØRGSMÅL)**

Hvor spørgsmål om effekten og spørgsmål om tilfredshed i høj grad er relateret til resultatet af de ydelser, som afdelingen leverer, er informant spørgsmål eller faktuelle spørgsmål i højere grad relateret til strukturen og processen for ydelserne. Informant spørgsmål har enten til hensigt at måle faktuelle egenskaber eller at måle faktisk adfærd hos patienten.

*Faktiske egenskaber (Patienterfaringer)*

Med anvendelse af spørgsmål om faktiske egenskaber kan afdelingen opnå viden om den måde, hvorpå afdelingen har organiseret sine aktiviteter og leverer sine ydelser. Spørgsmålene kan give svar på, om de ydelser, der ifølge afdelingens mål skal leveres, rent faktisk leveres, og om de leveres på det tidspunkt, som afdelingen har fastlagt som god standard.

Selvom patienterne er tilfredse med den information, de har modtaget på afdelingen, kan det jo godt være, at informationsniveauet ud fra en faglig betragtning er utilstrækkelig. Dette er for eksempel tilfældet, såfremt afdelingen vurderer, at patienten burde have haft en information om sygdom og behandling før indlæggelsen, som kunne forberede patienten på

den forestående indlæggelse og behandling. Et oplysende spørgsmål som “Modtog du information om sygdom og behandling før indlæggelsen (ja, nej)” er relevant i denne forbindelse.

Eksempel:

<b>27. Havde du en afsluttende samtale med en læge eller en sygeplejerske, inden du blev udskrevet fra afdelingen?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

### **Faktisk adfærd**

Faktuelle spørgsmål kan også give afdelingen værdifuld viden om, hvordan afdelingens ydelser påvirker patienternes faktiske adfærd. Afdelingen kunne for eksempel være interesseret i at vide, hvordan informationen ved udskrivelsen efterfølgende har påvirket patienternes adfærd med hensyn til selv at foretage en nødvendig genoptræning. Dette gøres ved at spørge til patienternes faktiske adfærd efter udskrivelsen, om specifikke forhold, som patienterne bør eller ikke bør gøre med henblik på at sikre en god genoptræning.

## **8.3 PRIORITERINGSPØRGSMAÅL**

Når en sygehusafdeling gennemfører en evalueringsundersøgelse, som for eksempel belyser, hvordan patienten vurderer ventetiden til indlæggelse, er det naturligt relevant for afdelingen at vide, om patienterne synes, at det er vigtigt, at ventetiden er kort. Det kan samtidig være relevant at vide, hvor vigtigt dette emne er i forhold til andre emner, således at afdelingen kan målrette sin indsats på de områder, som er vigtigst for patienterne (medmindre der er faglige argumenter for at opprioritere emnet, selvom patienterne vægter det lavt). En sådan undersøgelse kaldes en *prioriteringsundersøgelse*.

Der er forskellige måder at gennemføre en prioriteringsundersøgelse på. Ofte bygger prioriteringen på en svarliste, hvor patienten for eksempel anmodes om at angive, hvilket forhold patienten vægter højest, næsthøjest osv. ud fra listens forskellige valgmuligheder. Et væsentligt problem ved denne metode er, at det meget let kommer til at fremstå som om de ydelser, som patienten prioriterer lavest, er ydelser, som er uvæsentlige for patienterne. Dette kan føre til, at man på afdelingen undlader at beskæftige sig med nogle emner, som faktisk er vigtige for patienterne. Reelt kunne

alle (eller hovedparten af) ydelserne have en vigtig betydning for patienten, idet der kun er en meget lille – eller måske slet ingen – forskel i betydningen mellem de ydelser, som hhv. er prioriteret højest og lavest.

Det anbefales derfor, at prioriteringen foretages på grundlag af spørgsmål, hvor patienten for eksempel spørges om, hvor vigtigt det er for patienten at modtage de pågældende ydelser (eksempelvis på en 4 punkts skala fra “Meget vigtigt” til “Slet ikke vigtigt”). Herved opnås der både oplysning om, hvilke emner der prioriteres højest og samtidig oplysning om, hvor væsentlige de enkelte emner hver især er for patienten.

I afsnit 16.1 gives der et eksempel på et prioriteringsdiagram, som erfaringsmæssigt kan være et værdifuldt udgangspunkt for sygehusafdelingens drøftelser om valg af indsatsområder. I prioriteringsdiagrammet vises patienternes vurderinger af afdelingens ydelser i sammenhæng med den betydning, patienterne tillægger disse ydelser.

**Eksempel:**

<p><b>1. Hvor vigtigt er det at få skriftlig information om sygdommen, mens du er indlagt?</b></p>	<p>Meget vigtigt</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Vigtigt</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Mindre vigtigt</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Slet ikke vigtigt</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	--	--	---	--

**8.4 BEHOVSPØRGSMAÅL**

Endelig skal nævnes *behovsspørgsmål*, som kan give afdelingen væsentlig information om patienternes ønsker, forventninger og ideer til afdelingens aktiviteter.

Afdelingen kunne for eksempel være interesseret i at få oplysninger om, hvordan patienterne vurderer den måde, afdelingen har organiseret stuegangen på. Hvilke behov, ønsker og forventninger patienterne har til omfang af, tidspunkt for og indhold af stuegangen.

Behovsspørgsmål er ofte vanskelige at formulere i spørgeskemaundersøgelser, da disse forudsætter, at man har viden om patienternes *mulige* behov. Kvalitative undersøgelser er derimod mere velegnede til at belyse patienternes behov, forventninger og ideer. Den kvalitative undersøgelse vil være fremadrettet og give ny viden og anvisning på mulige forbedringer og ændringer af praksis.

## 8.5 ANDRE SPØRGSMÅLSTYPER

### Baggrundsoplysninger

Et spørgeskema bør altid indeholde nogle relevante baggrundsoplysninger. Baggrundsoplysninger er demografiske oplysninger (alder, køn mv.), og oplysninger, som skal afdække nogle andre væsentlige karakteristika for den patientgruppe, der indgår i stikprøven (diagnose, indlæggelsesform, indlæggelsestid mv.).

Oplysningerne skal anvendes i den efterfølgende analyse af resultaterne med henblik på at vurdere, om den udvalgte stikprøve er repræsentativ for afdelingens samlede patientgruppe. Oplysningerne kan også anvendes i en bortfaldsanalyse for at afdække, om der er forskelle mellem den patientgruppe, som har besvaret spørgeskemaet og dem, som ikke har besvaret skemaet. Sådanne forskelle kan påvirke resultatet af analysen, således at resultaterne ikke kan anvendes repræsentativt for afdelingens samlede patientgruppe/brugerundersøgelsens målgruppe (se afsnit 13.6).

Et andet væsentligt formål med at inddrage baggrundsoplysninger i spørgeskemaet er, at det efterfølgende kan være interessant at undersøge forskelle i besvarelser for forskellige patientgrupper. Eksempelvis kan det være interessant at undersøge, om der er forskelle i vurderingen af afdelingens informationsmateriale afhængig af, hvilken behandling patienten har modtaget på afdelingen.

#### Eksempel:

1. <b>Hvad er dit køn?</b> (Patientens køn)	Kvinde <input type="checkbox"/>	Mand <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	----------------------------------

### Åbne spørgsmål

En åben svarmulighed er en anden måde at indsamle data på (Begrund Deres svar: \_\_\_\_\_).

Åbne svar er vanskelige at bearbejde, da der i princippet er et uendeligt antal svarmuligheder for hver patient. Det er desuden vanskeligt/umuligt at konkludere noget om udbredelsen af en holdning på grundlag af svar afgivet i åbne svarfelter.

Åbne svar bør ikke være hovedgrundlaget for en spørgeskemaundersøgelse, men de åbne svar kan anvendes som et værdifuldt kvalitativt supplement til de lukkede svar. Eksempelvis kan man forestille sig, at svarene til et spørgsmål med lukkede svarkategorier viser, at flere patienter

end forventet svarer negativt på spørgsmål om den skriftlige information. Det kan således være værdifuldt at gå i dybden med denne problematik, og søge at afdække årsagerne til, at informationen ikke fungerer som forventet. Åbne svarmuligheder, der giver patienten mulighed for at uddybe sit svar, kan give sygehusafdelingen en pejling om årsager til utilfredshed. Åbne svarmuligheder kan anvendes til alle de ovennævnte undersøgelsesformer (evaluerings-, informant-, prioriterings- og behovsundersøgelser).

Checkliste til valg af spørgsmålstyper	✓
Er det overvejet, hvilke spørgsmålstyper der bedst egner sig til at belyse undersøgelsens problemstillinger: (Evalueringsspørgsmål, faktuelle spørgsmål, prioriteringsspørgsmål og behovsspørgsmål)?	
Indeholder spørgeskemaet alle relevante baggrundsspørgsmål, som blandt andet skal anvendes til at vurdere undersøgelsens repræsentativitet (for eksempel køn, alder og diagnose)	
Er der gjort overvejelser om, hvilke sammenhænge der ønskes belyst i den efterfølgende analyse, og er skemaet egnet til at belyse dette?	

## 9. Valg af skala og skalatype

Svarskalaer kan konstrueres på flere måder. Hvilken type svarskala, der skal anvendes, er dels et holdningsspørgsmål, og afhænger dels af spørgsmålets karakter.

Redegørelsen i dette afsnit vil koncentrere sig om følgende skalatyper:

- Dikotom
- Ordinalskala
- Nominalskala
- Ratio- og intervalskala

Kendskab til, hvilken type skala der anvendes, er blandt andet en forudsætning for at kunne gennemføre nogle relevante statistiske analyser af undersøgelsens resultater. I kapitel 16 gives der en beskrivelse af, hvilke statistiske teststørrelser der kan anvendes i analyse af sammenhænge mellem forskellige spørgsmåls-/skalatyper.

I skemaet på side 48, og i de efterfølgende afsnit, gives der en oversigt over skalatyperne, deres væsentligste karakteristika og typiske anvendelsesområder.

### 9.1 DIKOTOM SKALA

En dikotom skala er den simpleste form for skalatype. Skalaen, som typisk anvendes i baggrundsspørgsmål (Mand/Kvinde) og informantspørgsmål (Modtog information: Ja/Nej) indeholder 2 svarkategorier.

Når man konstruerer et spørgsmål med dikotome svarkategorier, er det imidlertid vigtigt nøje at vurdere, om spørgsmålets svarmuligheder rent faktisk er dikotomt i sin natur. Et spørgsmål om rygning bliver for eksempel ofte betragtet som dikotomt (Ryger du?: Ja/Nej). Med henblik på for eksempel at opnå viden om rygningens effekt på patientens helbredstilstand, bør der måske gives et mere nuanceret billede af rygning (Ryger du: Ja, hver dag / Ja, men ikke hver dag / Nej, men jeg har før røget / Nej, jeg har aldrig røget.). Spørgsmålet om rygning belyses således med anvendelse af en ordinalskala.

	Karakteristika	Typisk anvendelse	Form
<b>Dikotom</b>	Svarkategorierne er ikke rangordnede. Rangordning giver ingen mening.	Typisk anvendt til baggrundsoplysninger og informant spørgsmål.  Også dikotomiserede udgaver af ordinalskalaen (Virkelig god/God= positiv, Virkelig dårlig/Dårlig = negativ).	Køn: "Mand/Kvinde"  Modtog du skriftlig patientvejledning? ("Ja, Nej")  Samlet indtryk af indlæggelsen (Dikotomiseret Positiv/Negativ)
<b>Ordinalskala</b>	Rangordnede svarkategorier Ikke lige store afstande mellem svarkategorier.	Anvendes ofte til evalueringsspørgsmål (vurderinger, oplevelser, holdninger).	Hvordan vurderer du, at sygehuset var informeret om din situation, da du blev indlagt?  <b>Ordskala:</b> Virkelig godt, Godt, Dårligt, Virkelig dårligt  <b>Talskala:</b> Virkelig godt (= 1) 1 2 3 4 5 6 7 Virkelig dårligt (=7)  <b>Åben skala med verbale forankringspunkter:</b> Virkelig/ godt  _____ Virkelig/ dårligt
<b>Nominalskala</b>	Svarkategorierne er ikke rangordnede. Rangordning giver ingen mening.	Typisk anvendt til baggrundsoplysninger, men også til evalueringsspørgsmål, hvor respondenter har flere forskellige svarmuligheder, som ikke er rangordnede (svarliste).	Stilling: Sekretær Terapeut Sygeplejerske Læge Andet
<b>Ratio- og intervalskala</b>	Svarkategorier er rangordnede. Der er lige stor afstand mellem svarmulighederne. Ratioskalaen har et absolut nulpunkt, det har intervalskalaen ikke.	Ratioskalaen er typisk anvendt til baggrundsoplysninger. Intervalskalaen anvendes sjældent i brugerundersøgelser på sygehusafdelinger.	<b>Ratioskalaer</b> Alder: Indlæggelsestid, Antal dage:  <b>Intervalkalaer:</b> Temperatur:

## 9.2 ORDINALSKALA

Ordinalskalaen er ofte anvendt i brugerundersøgelser på sygehusene. Normalt konstrueres ordinalskalaen som en ordskala, typisk med 4-6 svarkategorier fra det mindst vidtgående til det mest vidtgående, eller en skala fra det mest negative til det mest positive svar. Et eksempel på en ordinalskala er for eksempel "Virkelig godt", "Godt", "Dårligt" og "Virkelig dårligt".

### Ordinalskala som ordskala

- Virkelig godt
- Godt
- Dårligt
- Virkelig dårligt

Når projektgruppen anvender en ordinalskala, er det vigtigt at være opmærksom på, at alle svarmuligheder skal være dækket af de formulerede kategorier samtidig med, at der ønskes så få svarkategorier som muligt.

En ordinalskala, der konstrueres som en ordskala, har nogle begrænsninger med hensyn til, hvilke beregninger der kan foretages. Der kan eksempelvis ikke beregnes et gennemsnit af datamaterialet, idet afstanden mellem de enkelte svarkategorier er forskellig. Eksempelvis er det uklart, om der er større afstand mellem “Meget god/God”, end der er mellem svarene “God/Dårlig”. En måling af afstanden giver ingen mening.

Som konsekvens heraf gøres der ofte forsøg på at konstruere ordinalskalaen som en talskala, for eksempel med værdier fra 1-10 (jfr. eksemplet nedenfor, hvor 1 er det mest negative svar og 10 er det mest positive svar). Det er vigtigt at afkræfte myten om, at der hermed nødvendigvis er konstrueret en skala, som kan anvendes til indeksberegninger, måling af gennemsnit mv. Dette skyldes, at der ikke nødvendigvis er ens afstand mellem de værdier, som tallene repræsenterer. Hvis for eksempel afstanden mellem værdierne 3 og 4 er mindre end afstanden mellem 9 og 10, vil det ikke være matematisk korrekt at beregne gennemsnit af resultaterne. Forskellen i afstandene forekommer for eksempel i de tilfælde, hvor stikprøven udgøres af en patientgruppe, som er utilbøjelige til at gå til ekstremer i sine besvarelser.

### Ordinalskala som talskala

1										10
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

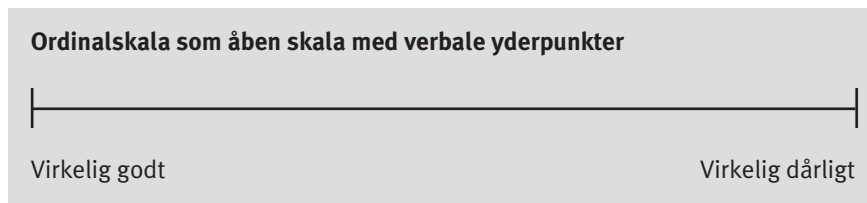
Virkelig dårligt

Virkelig godt

I denne vejledning anbefales det, at der hovedsageligt anvendes ordskalaer fremfor talskalaer. Selvom der kan være forskellige fortolkninger og opfattelser af eksempelvis svarkategorierne “God” og “Virkelig godt”, er der

større chance for, at patienten afgiver sit svar i den kategori, som patienten synes, bedst beskriver sin oplevelse. Anvendes der en talskala, er der større mulighed for, at patienten ikke kan gennemskue den faktiske forskel mellem eksempelvis svarene “3” og “4”.

Endelig skal der nævnes en tredje måde at konstruere ordinalskaalen på, nemlig en åben skala, hvor de eneste faste punkter er skalaens yderpunkter (for eksempel “Virkelig godt”/”Virkelig dårligt”) jfr. eksemplet nedenfor.



Denne skalatype kan generelt ikke anbefales. Ligesom det gjaldt for talskalaen er det vanskeligt at vurdere, hvilken besvarelse der reelt ligger bag et kryds på linien. Typisk vil man ved databearbejdningen anvende en måling med lineal til at kategorisere svarene. I forbindelse med databearbejdningen inddeler man således værdierne i nogle svarkategorier, som måske ikke er identisk med den opfattelse, som patienten lagde til grund for besvarelsen. Besvarelsene vil desuden være påvirket af patienternes øjemål. På sygehusafdelinger, hvor hovedparten af respondenterne er ældre patienter, kan dette være årsag til fejlkilder.

### 9.3 NOMINALSKALA

Nominalskalerede svarkategorier er ikke rangordnede. En sådan rangordning giver ingen mening. Nominalskalaen anvendes typisk til at afdække baggrundsspørgsmål som for eksempel diagnose, ansættelsessted eller stillingsbetegnelse (læge, sygeplejerske, laborant ...).

Nominalskalaen anvendes også i evalueringsspørgsmål, hvor for eksempel patienten ud fra en svarliste bliver anmodet om at nævne den væsentligste årsag til, at patienten er holdt op med at ryge (For dyrt, Helbredsmæssige årsager, Af hensyn til andre o.s.v.).

## Nominalskal – svarliste

8. Hvorfor valgte du netop at blive indlagt på <u>dette</u> sygehus?	
	<i>(sæt gerne flere krydser)</i>
Sygehuset er nærmest min bopæl.....	<input type="checkbox"/>
Ventetiden var kortest på dette sygehus .....	<input type="checkbox"/>
Sygehuset har et godt ry .....	<input type="checkbox"/>
Min egen læge anbefalede sygehuset .....	<input type="checkbox"/>
Jeg har gode erfaringer fra tidligere ophold på sygehuset.....	<input type="checkbox"/>
Anden årsag: _____	<input type="checkbox"/>

### 9.4 RATIO- OG INTERVALSKALA

Ratio- og intervalskalaer er skalatyper, som har en række fællestræk. Den måde skalatyperne behandles på i de statistiske analyser (som beskrives i kapitel 16), er ens for de to skalatyper. Det er derfor valgt at beskrive ratio- og intervalskalaer i samme afsnit.

Ratio- og intervalskalaer er rangordnede, og afstanden mellem tallene i skalaen er lige store. Den eneste forskel mellem de to typer skalaer er, at ratioskalaen har et absolut nulpunkt, hvilket ikke er tilfældet i en intervalskala.

En ratioskala anvendes sjældent i brugerundersøgelser. En ratioskala er for eksempel patienternes alder opgjort i antal år, og ventetider opgjort i antal minutter. Skalaen har et nulpunkt (nul år eller nul minutter) og afstanden mellem tallene i skalaen giver mening. Afstanden mellem 35 år og 36 år er for eksempel ligeså stor som afstanden mellem 36 år og 37 år.

Dog skal man være opmærksom på, at alder og ventetider ikke kan behandles som intervalskalaer, såfremt alder og ventetid indeles og analyseres i grupper (for eksempel under 50 år, 51-60 år, 61-70 år, 71-80 år og over 80 år). Grupperne er i dette tilfælde rangordnede, men afstanden mellem grupperne er ikke lige store. Dette betyder, at der her er tale om en ordinalskala. Da sådanne grupperinger ofte foretages i brugerundersøgelser på sygehusafdelinger, er ratioskalaen sjældent anvendt.

Intervalskalaen er endnu sjældnere anvendt i brugerundersøgelser. Temperatur målt i grader celsius er et eksempel på en intervalskala, idet afstanden mellem graderne er lige stor, og 0 grader ikke udgør et absolut nulpunkt.

# 10. Kriterier for spørgsmålsformulering og svaralternativer

I det følgende redegøres der for de metodemæssige forudsætninger, der lægges til grund for konstruktion og formulering af spørgsmål. Spørgsmålsformuleringen bygger på teoretiske overvejelser indsamlet via litteraturstudier, og de erfaringer Enheden for Brugerundersøgelser har gjort i forbindelse med gennemførelse af LUP, amtslige undersøgelser af patientoplevelser og fra hjælp og vejledning til gennemførelse af en række brugerundersøgelser på sygehusafdelinger i Københavns Amt. Der opstilles kriterier for 1) spørgsmålene, 2) forholdet imellem spørgsmål og svarkategorier, og 3) svarkategorierne.

## 10.1 SPØRGSMÅLENE

### 1. Neutralt formuleret

Ledende/værdiladede spørgsmål kan i væsentlig grad påvirke resultater af brugerundersøgelser. Alligevel er ledende spørgsmål hyppigt forekommende i eksisterende brugerundersøgelser. Ledende spørgsmål forekommer for eksempel, fordi spørgsmålene formuleres ud fra spørgerens værdigrundlag og forventninger til brugernes holdninger. Hvis spørgeren på forhånd tror, at patienterne synes, at ventetiden til indlæggelsen er lang, vil man ofte være tilbøjelig til at spørge patienten, om denne synes, at ventetiden er for lang. Flere undersøgelser peger på, at der ikke opnås omvendt proportionale svarfordelinger, hvis spørgsmål af denne type vendes til positivt formulerede spørgsmål (for eksempel Olsen H, 1997 og Kalton & Schuman, 1977). Udgangspunktet bør være at formulere spørgsmålene neutralt, eksempelvis "Hvordan vurderer du ventetiden?"

#### Eksempel: Neutralt formuleret

	Alt for lang	For lang	Passende	For kort	Alt for kort
1. Hvad mener du om ventetiden, fra du blev henvist til sygehuset, til du blev indlagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I direkte forlængelse af dette skal begrebet "Ja-siger effekt" nævnes. Undersøgelser peger på, at respondenter er tilbøjelige til at være enige i/svare "Ja" til udsagn/spørgsmål uanset indhold (se for eksempel Schuman

& Presser, 1977). Det bør derfor så vidt muligt undgås at formulere spørgsmål, hvor patienterne skal svare ja eller nej til positivt eller negativt formulerede spørgsmål. Dette glæder dog ikke spørgsmål om faktuelle egenskaber/faktisk adfærd (jfr. eksemplet nedenfor).

**Eksempel: Informantspørgsmål (Ja/Nej)**

<b>1. Modtog du et indkaldelsesbrev, før du blev indlagt?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	---------------------------------

Endelig skal begrebet “**Socialt ønskværdighed**” nævnes som argument for at undgå positivt eller negativt formulerede spørgsmål. Som begrebet antyder, tenderer respondenter til at svare, hvad de tror/mener, er socialt ønskværdigt (se for eksempel De Maio, 1984). Spørgsmålene bør så vidt muligt formuleres således, at respondenterne ikke kan udlede, hvad vi/spørgeren opfatter som “socialt ønskværdigt”.

## 2. Korte spørgsmål og ord

Som udgangspunkt skal spørgsmålene formuleres som korte sætninger for at sikre, at der ikke forekommer mulighed for fejlfortolkninger og misforståelser, når patienten skal besvare spørgsmålet. Lange spørgsmål kan medføre fejlfortolkninger og misforståelser (se for eksempel Olsen, 1995). Lange spørgsmål kan formentlig også føre til relativt lave svarprocenter, da nogle patienter føler det uoverskueligt at besvare lange spørgsmål. Specielt på de sygehusafdelinger, hvor undersøgelsespopulationen overvejende er ældre patienter og/eller patienter, som har gennemgået svære operationer og fortsat er svækkede af deres sygdom, er det vigtigt, at spørgsmålene er overskuelige og lette at forstå, således at der ikke kræves mange ressourcer af patienten til besvarelse af skemaet.

For at leve op til kravet om korte spørgsmål, bør alle overflødige ord og indskudte sætninger udelades. For at sikre, at spørgsmålene er forståelige for alle patienter, anvendes der korte ord. Det bør vurderes, om lange ord kan erstattes af kortere ord med samme betydning. Såfremt ordet ikke kan erstattes af kortere ord med samme betydning, overvejes det, om ordet forventes at kunne forstås af alle, eller om spørgsmålet bør udgå.

### 3. Præcist og entydigt

Spørgsmålene skal være præcist formuleret for at sikre, at et spørgsmål ikke kan fortolkes på flere forskellige måder. Hvis spørgsmålet ikke er præcist formuleret, kan man ikke være sikker på, hvordan patienten har fortolket spørgsmålet, og hvad det således er, patienten har svaret på. Det bør tilstræbes at bruge præcise begreber, hvis indhold i den aktuelle sammenhæng ikke kan misforstås.

En upræcis formulering er for eksempel “Var du i kontakt med mange sygeplejersker?” Denne formulering lægger op til, at patienten selv fortolker, hvad “mange” er. Alle spørgsmål skal vurderes kritisk, dels for at sikre, at ordene i spørgsmålene præcist udtrykker netop det, de skal, og dels for at sikre, at det samlede spørgsmål præcist dækker det ønskede emne.

Som det blev beskrevet ovenfor, er det altafgørende, at spørgsmålene kun kan tolkes på én måde. De ord, der vælges, vurderes i forhold til, om de er entydige, eller har andre betydninger. Spørgsmålet vurderes kritisk med henblik på at vurdere, om det samlede indhold er fuldstændigt entydigt.

### 4. Hele sætninger

Spørgsmålene formuleres som hele og forståelige sætninger på almindeligt dansk. Dette forøger muligheden for, at spørgsmålene ikke misforstås eller tolkes forkert.

### 5. Ikke fagudtryk eller fremmedord

I sygehusvæsenet anvendes der en række fagudtryk og fremmedord i forbindelse med behandling og pleje. I brugerundersøgelser ses det derfor ofte, at fagudtryk anvendes til at afdække patienternes oplevelser og vurderinger til forskellige kliniske områder. Patienterne ved sjældent, hvad fremmedordene/fagudtrykkene dækker over. Fremmedord og fagudtryk skal derfor begrænses. I stedet anvendes almindelige danske ord eller begreber, som bedst muligt dækker det område, der ønskes undersøgt.

### 6. Ikke dobbelt spørgsmål

Nogle emner er naturligt sammenhængende. Det kan derfor være fristende at kombinere to eller flere emner i ét spørgsmål (for eksempel “Lægen havde for travlt/blev hele tiden forstyrret”). Som hovedregel skal man kun spørge om én ting ad gangen. Såfremt 2 emner kombineres, må man være sikker på, at en patient ikke kan have forskellig (modsatrettede) oplevelser

til de 2 emner. Hvis lægen har travlt, reduceres muligheden for, at han når at blive forstyrret. Emnerne kan derfor ikke kombineres. Hvis man derimod spørger til patientens vurdering af information vedrørende indlæggelsen og behandlingen, kan det eventuelt være hensigtsmæssigt at kombinere emnerne, idet patienter eventuelt kan have vanskeligt ved at skelne mellem disse to typer af information.

### **7. Ikke hypotetiske spørgsmål**

Det er forbundet med visse vanskeligheder at benytte hypotetiske spørgsmål. Eftersom det, man spørger om (endnu), ikke er oplevet af patienten, er det vanskeligt at udlede, om det svar, patienten giver på et hypotetisk spørgsmål, ville være det samme, som hvis patienten faktisk havde oplevet/prøvet den hypotetiske situation, der spørges til.

## **10.2 FORHOLDET MELLE SPØRGSMÅL OG SVARKATEGORIER**

### **8. Overensstemmelse mellem spørgsmål og svarkategorier**

Når et spørgsmål konstrueres med lukkede svarkategorier, er det væsentligt, at svarkategorierne giver mening i forhold til det, som patienten er blevet bedt om at svare på. Manglende overensstemmelse mellem spørgsmål og svarkategorier ses ofte i spørgeskemaer, hvor man ønsker at anvende de samme svarkategorier igennem hele skemaet. Svarkategorierne skal tilpasses individuelt til det aktuelle spørgsmål, således at der er overensstemmelse mellem spørgsmål og svar. Erfaringer viser i øvrigt, at ens svarkategorier igennem hele skemaet kan resultere i meget lille variation i svarfordelingerne, fordi patienten tenderer til at afgive sit svar i samme svarkategori igennem hele skemaet (se for eksempel Bradburn, 1983). Desuden er der en tendens til, at spørgsmålet kommer til at bestemme problemstillingen, fremfor at problemstillingen bestemmer spørgsmålet, fordi spørgsmålene formuleres ud fra, hvad der er muligt at belyse med de svarkategorier, man på forhånd har låst sig fast på.

## **10.3 SVARKATEGORIER**

### **9. Gensidigt udelukkende**

Svarkategorierne må ikke overlappe hinanden, således at der er flere svarmuligheder til den samme holdning/vurdering. Til de spørgsmål, hvor der reelt kun eksisterer ét muligt svar for hver patient, bør der kontrolleres for,

at der ikke er åbenlyse forhold, som gør, at én eller flere patienter har mulighed for flere besvarelser.

## 10. Dækkende og diskriminerende svarkategorier

Svarskalaen konstrueres som hovedregel således, at alle patienter har mulighed for at besvare spørgsmålet uanset oplevelse, og således at der er balance mellem mulighederne for positive og negative svar. En svarskala skal for eksempel dække området fra *altid* til *aldrig* eller fra *virkelig godt* til *virkelig dårligt*. Af hensyn til den efterfølgende analyse er det imidlertid hensigtsmæssigt at reducere antallet af svarkategorier, således at der gives så få svarkategorier som muligt, uden at der samtidig mistes væsentlig information om forskelle i oplevelser mellem patienter. Spørgsmålene består typisk af 4-6 svarmuligheder for evaluerings- og prioriteringsspørgsmål og 2 svarmuligheder (Ja/Nej) for informantspørgsmål (faktuelle egenskaber og faktisk adfærd). Svarkategorierne konstrueres således, at de tilsammen udgør et nuanceret og dækkende spektrum af mulige patientoplevelser. Dette er vigtigt, eftersom svarkategorierne skal kunne opfange og diskriminere/skelne mellem forskellige oplevelser, således at det bliver muligt at opfange eventuelle ændringer i oplevelser mv. over tid. Hvis man eksempelvis ønsker et nuanceret billede af, om patienterne finder det væsentligt at få skriftlig information om sygdommen, mens de er indlagt, er det ikke tilstrækkeligt med svarkategorierne "Ja", "Nej". Svarkategorierne kan for eksempel være "Meget vigtigt", "Vigtigt", "Mindre vigtigt", "Slet ikke vigtigt".

### Eksempel: Dækkende svarkategorier

1. Hvor vigtigt er det at få skriftlig information om sygdommen, mens du er indlagt?	Meget vigtigt	Vigtigt	Mindre vigtigt	Slet ikke vigtigt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Åbne svarkategorier for numeriske data

For numeriske data anvendes der åbne svarmuligheder, for eksempel til spørgsmål om patientens alder og indlæggelsestid. Åbne svarmuligheder giver mulighed for efterfølgende at evaluere data med forskellige data-grupperinger. Dette kan være hensigtsmæssigt, hvis man ønsker at sammenligne egne resultater med resultater fra andre undersøgelser. Anvendes de åbne svarmuligheder, kan undersøgelsens resultater sammenlignes med andre undersøgelser, uanset hvilke grupperinger der er anvendt i de undersøgelser, der ønskes sammenligning med. Åbne svarmuligheder for nu-

meriske data giver endvidere mulighed for at beregne gennemsnit af data-materialet, for eksempel et aldersgennemsnit.

**Eksempel: Åben svarmulighed for numeriske data**

1. Hvor mange dage var du indlagt?	<input type="text" value=" _ _ _ "/> dage
------------------------------------	---

## 12. Lukkede svarkategorier for øvrige spørgsmål, evt. kombineret med en åben svarmulighed

Med undtagelse af ovenstående numeriske data konstrueres spørgsmålene med lukkede svarkategorier. Åbne svarkategorier vil ofte give nogle svar, som er vanskelige at bearbejde, fordi patienterne vil besvare spørgsmålene med forskellige formuleringer, også selvom patienternes oplevelser vedrørende problemstillingen i princippet er ens. Åbne svarmuligheder gør databehandlingen vanskelig, og det vil efterfølgende være nødvendigt at foretage fortolkninger af besvarelser med henblik på at indplacere patienterne i relevante og evaluerbare grupper. Lukkede svarkategorier letter databehandlingen, og data kan evalueres inden for de på forhånd fastsatte kategorier. Problemet ved at anvende lukkede svarkategorier er, at variationen i patienternes oplevelser ofte er mere nuanceret end de 4-6 svarmuligheder, der på forhånd gives. Via valideringsinterviews kan det vurderes, i hvilken udstrækning reduktionen af kategorierne har konsekvenser for værdien af den information, der indsamles. For at sikre, at alle svarmuligheder er repræsenteret i spørgsmålene, kan det være hensigtsmæssigt at tilføje kategorien “*Andet*” til nogle spørgsmål. Dette gøres, hvor det findes hensigtsmæssigt.

## 13. Neutralkategorier?

Hvorvidt der bør medtages neutralkategorier i spørgsmålene, er dels et holdningsspørgsmål, og afhænger dels af spørgsmålenes karakter. Et argument for at udelade neutralkategorier er, at en stor andel af patienterne vil svare neutralt, såfremt de får mulighed for det, også selvom de holdningsmæssigt hælder til én af siderne – positiv/negativ (se for eksempel Schuman & Presser, 1981). Den information, man får ud af spørgsmålet, hvis neutralkategorien medtages, vil derfor blive begrænset. Et argument for at medtage neutralpunkter er, at det vil være forkert at tvinge patienter til at tage stilling til et spørgsmål (positivt eller negativt), hvis patientens holdning i virkeligheden er neutral. Undersøgelser viser i øvrigt, at

det ikke har nogen væsentlig effekt på fordelingen af positive/negative svarandele, om man vælger at medtage eller udelade neutralkategorien (Schuman & Presser, 1981). Et neutralpunkt skal i denne forbindelse forstås enten som en svarkategori, der ligger midt imellem to yderpunkter (for eksempel “Hverken godt eller dårligt” eller “Ved ikke”). Som hovedregel kan en neutralkategori som “Hverken godt eller dårligt” udelades, hvis det aktuelle spørgsmål skal afdække meninger om stærkt holdningsdannende emner, og hvis det, der spørges om, formodes at være meget vedkommende for alle patienter. “Ved ikke” udelades, hvis alle patienter formodes at have stor viden om det, der spørges om.

**Eksempel: Spørgsmål uden neutralkategori.**

<b>1. Hvad er dit samlede indtryk af indlæggelsen på sygehuset?</b>	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>
---	---	----------------------------------	-------------------------------------	--

Checkliste til udarbejdelse af spørgsmål og svarkategorier	✓
Er spørgsmålet formuleret neutralt?	
Er spørgsmålet formuleret kort med anvendelse af korte ord?	
Er spørgsmålet formuleret præcist og entydigt?	
Er der anvendt hele sætninger?	
Kan eventuelle fremmedord og fagudtryk erstattes af “almindelige” ord og begreber?	
Spørges der kun om een ting i spørgsmålet?	
Er der overensstemmelse mellem spørgsmål og svarkategorier?	
Er svarkategorierne gensidigt udelukkende?	
Er svarskalaen dækkende (fra yderpunkt til yderpunkt) og kan skalaen diskriminere/skelne mellem forskellige oplevelser?	
Er der gjort overvejelser om, hvorvidt en neutralkategori kan udelades af svarskalaen?	

# 11. Følgeskrivelse

En følgeskrivelse anvendes til at informere patienten om undersøgelsen, og motivere patienten til at besvare spørgeskemaet.

Nedenfor gives der en anbefaling om, hvad en følgeskrivelse som minimum bør indeholde:

- Hvem der gennemfører undersøgelsen
- Hvad undersøgelsen drejer sig om
- Hvad resultaterne skal anvendes til
- At deltagelse i undersøgelsen er frivillig
- Understreg, at det er vigtigt, at flest muligt deltager
- Patienten sikres anonymitet, evt. hvordan
- Hvem patienten kan kontakte i tilfælde af problemer med besvarelse af spørgeskemaet
- Hvor og hvornår skemaet afleveres

Derudover kan følgeskrivelsen eventuelt også indeholde følgende:

- Hvordan resultatet offentliggøres
- Hvor mange patienter modtager et spørgeskema
- Oplysning om, at en frankeret svarkuvert er vedlagt

Følgeskrivelsen bør formuleres præcist og kortfattet. Det er vigtigt, at skrivelsen virker motiverende. Dette gøres ved, at skrivelsen målrettes den pågældende patientgruppe. En følgeskrivelse til en gruppe bestående af fortrinsvis yngre patienter formuleres anderledes og mere frit end en følgeskrivelse til en gruppe bestående af fortrinsvis ældre.

Patienterne motiveres endvidere ved, at formålet gøres klart for patienten. Formålet kunne for eksempel være, at afdelingen i højere grad ønsker at tilrettelægge behandlingstilbuddet i overensstemmelse med patienternes ønsker. Endelig motiveres patienterne ved, at der i følgeskrivelsen gives oplysning om, at værdien af undersøgelsens resultater afhænger af antallet af besvarelser, og at det derfor er vigtigt, at flest muligt besvarer skemaet.

I bilag 1 gives der et eksempel på en følgeskrivelse, som indeholder ovenstående elementer.

<b>Checkliste til udarbejdelse af følgeskrivelse</b>	✓
Er følgeskrivelsen spændende, således at den kan medvirke til at motivere patienten til at besvare skemaet?	
Fremgår det af følgeskrivelsen, hvem der gennemfører undersøgelsen, hvad undersøgelsen drejer sig om, og hvad resultaterne skal anvendes til?	
Fremgår det af følgeskrivelsen, at deltagelse er frivillig, at det er vigtigt at flest muligt deltager, og at patienten er sikret anonymitet?	
Fremgår det af følgeskrivelsen, hvor og hvornår skemaet skal afleveres, og hvem der kan kontaktes, hvis patienten har spørgsmål til skemaet?	

## 12. Validering

Når man har udarbejdet et spørgeskema, er det naturligvis væsentligt at vurdere, hvorvidt man kan stole på, at spørgeskemaet virker efter hensigten og belyser det, som spørgeskemaet har til hensigt at belyse. Spørgeskemaets validitet kan undersøges ved at gennemføre interviews med nogle få patienter, inden spørgeskemaet fremsendes til patienterne. Her testes det blandt andet, om spørgsmålene er forståelige for patienterne, og om spørgeskemaet ud fra patienternes opfattelse indeholder relevante aspekter af det/de temaer, som spørgeskemaundersøgelsen skal belyse. Spørgeskemaets validitet kan også undersøges ved gennemførelse af brugerpaneler inden udarbejdelsen af spørgeskemaet (hvor patienter eller fagpersoner udpeger de emner, som er vigtige i forbindelse med indlæggelsen) og ved gennemførelse af statistiske test (for eksempel faktoranalyse).

I dette afsnit lægges der vægt på førstnævnte metode til validering ved interviews med nogle få patienter. Denne metode anvendes ofte i forbindelse med mindre spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger. Metoden kan gennemføres for relativt begrænsede ressourcer, og giver ofte værdifuld feedback på de stillede spørgsmål.

Selvom om spørgsmålene er udarbejdet efter nogle metodemæssige korrekte kriterier for spørgsmålsformulering, er det ikke ensbetydende med, at de vil virke efter hensigten på den afdeling, de anvendes, eller i den sammenhæng, som spørgsmålet anvendes i. Dette skyldes, at man ikke kan betragte et spørgsmål isoleret. Man bør altid medtænke den sammenhæng spørgsmålet indgår i, dels i forhold til selve spørgeskemaet (hvordan virker spørgsmålet i sammenhængen med de øvrige spørgsmål i skemaet), og dels i forhold til den afdeling, hvor spørgeskemaundersøgelsen skal gennemføres (er spørgsmålet eksempelvis relevant for den pågældende afdeling, og er ordvalget i spørgsmålet i overensstemmelse med det, som bruges i forhold til den aktuelle afdelings patienter).

I det følgende gives der en kort introduktion til begrebet "validitet", og der gives en beskrivelse af en metode, som kan anvendes til validering via interviews.

## 12.1 VALIDITET

Validiteten udtrykker undersøgelsens evne til at komme tæt på den “sande værdi”, det vil sige at man måler det, som man har til hensigt at måle. Validitet henfører med andre ord til måleinstrumentets meningsfyldthed eller egnethed til at måle det, man rent faktisk ønsker at måle.

Hvis det valgte måleinstrument ikke måler det, man ønsker at måle eller undersøge, opstår der systematiske fejl i undersøgelsesresultaterne, det vil sige ikke valide data. For at opnå valide data, er det derfor vigtigt at forsøge at eliminere mulige systematiske målefejl. Der findes forskellige former for validitet. I det følgende vil to centrale former for validitet blive introduceret:

**Konstruktvaliditet**, det vil sige at der er overensstemmelse mellem på den ene side de oplevelser og vurderinger, som man teoretisk har til hensigt at måle, og på den anden side de holdninger og vurderinger, som måleinstrumentet kan opfange. Man skal nøje overveje, hvordan de enkelte spørgsmål konstrueres og overveje, om det valgte måleinstrument er det bedst egnede til at måle de holdninger mv., man ønsker at afdække, eller om andre måleinstrumenter/metoder er bedre egnede til dette.

**Indholdsvaliditet**, det vil sige, om spørgeskemaet indeholder alle relevante dele af det emne, som man ønsker at undersøge. Indholdsvaliditet udtrykker med andre ord hvor repræsentativt måleinstrumentet er for det emne, der skal måles. Hvis man for eksempel ønsker at undersøge information under indlæggelsen, bør det undersøges, om alle relevante aspekter af information er dækket, og om der eventuelt er irrelevante aspekter, som er medtaget.

## 12.2 VALIDERING VED INTERVIEWS

En metode til gennemførelse af validering er at udspørge 5-10 patienter om, hvordan de forstår spørgsmålene. Patienternes svar sammenholdes med en forhåndsbeskrivelse af hvordan, projektgruppen mener, spørgsmålet skal forstås.

Patienterne anmodes desuden om at vurdere spørgsmålenes relevans og eventuelt pege på nogle væsentlige emner, som ikke er inkluderet i skemaet. På denne måde kan interviewene bidrage med et kvalitativt input i

spørgeskemaundersøgelsen, idet en gruppe patienter således vil have indflydelse på, hvilke emner der kommer til at indgå i det endelige skema. Inden interviewene gennemføres, bør der uarbejdes en interviewguide, som angiver, hvad valideringen skal fokusere på. Af hensyn til interviewenes længde, kan det eventuelt være hensigtsmæssigt at udvælge 5-6 spørgsmål, der rettes særligt fokus på. Spørgsmålene udvælges ud fra en vurdering af, hvilke spørgsmål der forventes at skabe de største forståelsesmæssige problemer for patienten. De øvrige spørgsmål valideres i grupper inden for nogle overordnede temaer.

Herunder er der vist eksempler på spørgsmål til en interviewguide, som kan bruges i forbindelse med valideringen af afdelingernes egne spørgeskemaer.

#### **Eksempler på spørgsmål til interviewguide i forbindelse med validering:**

- “Fortæl med dine egne ord, hvad der bliver spurgt om i dette spørgsmål”
- “Var der en svarmulighed, som passede til det svar, du ønskede at give?”
- “Hvordan er du kommet frem til det svar, du har givet?”
- “Hvilke overvejelser gjorde du dig, før du svarede?”
- “Hvad forstår du ved ordet [...]?”
- “Hvad synes du, er væsentligt i forbindelse med [temaet]?”
- “Hvad synes du om længden af spørgeskemaet?”
- “Bliver spørgsmålene stillet i logisk rækkefølge?”
- “Er der spørgsmål, som ikke indgår i spørgeskemaet, som du mener, vi bør spørge om?”

Ved gennemførelse af interviewene bør man anvende nogle grundregler for spørgsmålsformulering i kvalitative interviews. Som hovedregel benyttes der nogle udforskende spørgsmål, for eksempel spørgsmål, der indledes med “hvordan”, “hvad” og “hvilke”. Spørgsmål, der for eksempel indledes med “mener du, at ...” er ikke anvendelige. Metode til gennemførelse af interviewbaserede undersøgelser ligger udenfor rammerne af denne vejledning. Ønskes der yderligere information om interviewteknikker, henvises der til litteratur om kvalitative undersøgelser<sup>1</sup>.

1) For eksempel Rikke Gut et al.: Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Efter gennemførelse af interviewene foretages der en analyse af resultaterne, og på baggrund heraf foretages der eventuelle ændringer og justeringer af spørgeskemaet.

<b>Checkliste til gennemførelse af valideringsinterviews</b>	✓
Er der eventuelt gennemført interviews med nogle få patienter, som har til formål at validere spørgeskemaet?	
Er der på baggrund af valideringen konstateret og korrigeret for fejl og uklarheder i spørgeskemaet?	
Har interviewene medvirket til at afdække, om patienterne finder emnerne relevante og væsentlige?	

# 13. Dataindsamling

## 13.1 DATAINDSAMLINGSMETODER

I det følgende beskrives der 3 måder at tilrettelægge en dataindsamling på:

- Systematisk udlevering af skema
- Postomdelt
- Telefoninterview

Metodevalget afhænger blandt andet af afdelingens karakteristika og karakteristika for den patientgruppe, der indgår i undersøgelsen.

### *Systematisk udlevering af skema*

En løbende og systematisk udlevering af spørgeskema, for eksempel i forbindelse med en udskrivelsessamtale, sparer afdelingen for omkostninger til porto. Når skemaet udleveres på stedet, er der mulighed for, at patienten kan få afklaret eventuelle problemer eller tvivl i forbindelse med udfyldelse af skemaet. Under samtalen kan patienten desuden motiveres til at besvare skemaet, således at der sikres en høj svarprocent.

Løbende udlevering af spørgeskema kræver imidlertid en stram styring fra projektgruppen. Det skal sikres, at alle patienter i målgruppen får udleveret et spørgeskema. Dette gælder naturligvis også i ferieperioder, i perioder med høj grad af sygdom blandt personalet og på tidspunkter, hvor det faste personale ikke har mulighed for at udlevere skemaerne.

Projektgruppen må være opmærksom på, at det personale, som forestår udleveringen af skemaet, sandsynligvis ikke er engageret i projektet i samme grad som projektgruppens medlemmer (medmindre det er projektgruppens medlemmer, der forestår udleveringen af skemaet). Når dataindsamlingen strækker sig over en længere periode, vil personalets opmærksomhed på undersøgelsen automatisk falde, og der opstår risiko for fejl og mangler i dataindsamlingen.

Projektgruppen bør ligeledes sikre, at patienternes holdning/vurdering ikke bliver præget af personalets holdning og sikre, at patienten oplever og opnår anonymitet, selvom skemaet udfyldes på afdelingen.

Endelig er det væsentligt at være opmærksom på, at patienternes oplevelser efter udskrivelsen (herunder patientens eventuelle tvivl om forskel-

lige forhold, og oplevelsen af sygehusets samarbejde med primær sektor), ikke kan belyses, hvis spørgeskemaet udleveres ved udskrivelsen. Dette er områder, hvor flere undersøgelser har påvist væsentlige forbedringspotentialer.

### *Postomdelt*

Fremsendes spørgeskemaerne med post, kan projektgruppen bevare det fulde overblik over, hvem der får fremsendt et skema. Dataindsamlingen er hurtigt overstået og er mindre afhængig af personaleforholdene på afdelingen og personalets engagement i undersøgelsen.

Erfaringsmæssigt opnås der en lavere svarprocent ved postomdelte undersøgelser. En del af svarprocenten kan dog indhentes ved at fremsende rykkerskrivelser. Rykkerskrivelser beskrives i kapitel 14

Postomdelte undersøgelser er især velegnede for funktioner, som yder service til andre afdelinger, og derfor ikke direkte har "egne" patienter (for eksempel fysioterapien). Sådanne afdelinger vil ellers være afhængige af, at andre afdelinger sørger for den løbende udlevering af skemaer. Såfremt skemaerne udsendes med post, kan afdelingen selv sikre, at skemaet udsendes til alle patienter i den valgte stikprøve.

### *Telefoninterviews*

Gennemførelse af telefoninterviews kan være en effektiv metode til at indsamle data som alternativ til udlevering af spørgeskemaer.

Ved gennemførelse af telefoninterviews opnås der sandsynligvis en højere svarprocent end ved de dataindsamlingsmetoder, der er beskrevet ovenfor. Når interviewet gennemføres, er der desuden mulighed for at spørge om emner, der er lidt mere komplicerede end ved traditionelle spørgeskemaer, og der er mulighed for at stille uddybende spørgsmål til svarpersonerne.

Telefoninterviews er imidlertid meget tidskrævende, idet der går tid med at opnå kontakt til svarpersonerne og tid til gennemførelse af interviewene. Pga. den direkte telefonkontakt mellem spørger og svarperson, er det nødvendigt at overveje, hvem der gennemfører interviewet. Hvis det er personale på afdelingen, kan der opstå tvivl om, hvorvidt patienterne svarer ærligt, da nogle patienter måske ikke vil føle, at deres anonymitet er sikret. Da svarene i øvrigt ikke må påvirkes af den måde, spørgsmålene stilles, kan det være hensigtsmæssigt at lade en uvildig og øvet interviewer gennemføre telefoninterviewene.

### 13.2 ANTAL SVARPERSONER (STIKPRØVESTØRRELSE)

Hvor mange skal spørges? Det bedste – men også meget upræcise – svar på dette spørgsmål er, at afdelingen bør spørge så mange som muligt. Det nødvendige/ønskede deltagerantal afhænger dels af afdelingens ambitionsniveau, dels af hvad der er praktisk muligt, og dels af den forventede svarprocent. Desuden er det hensigtsmæssigt at spørge flere, hvis man forventer at opdele datamaterialet i flere undergrupper i forbindelse med den efterfølgende dataanalyse. Afdelingen kunne eksempelvis ønske at undersøge datamaterialet særskilt for forskellige diagnosegrupper.

Med hensyn til den statistiske sikkerhed skal det bemærkes, at sikkerheden forøges med *antallet af patienter* i stikprøven. Andelen af den samlede undersøgelsespopulation er derimod mindre væsentlig. Hvis eksempelvis en afdeling, som udskriver 1000 patienter årligt, vælger at spørge 100 patienter om deres vurdering af indlæggelsen, vil den statistiske sikkerhed alt andet lige være på samme niveau som sikkerheden i for eksempel en opinionsundersøgelse, hvor man spørger 100 ud af ca. 4 mio. danske vælgere om, hvad de vil stemme til næste folketingsvalg.

I bilag 2 gives en oversigt over sikkerhedsgrænserne for forskellige stikprøvestørrelser. Tabellen kan anvendes som beslutningsgrundlag for, hvor mange patienter, der skal spørges. Denne beslutning afhænger af, hvad der er praktisk muligt, og af afdelingens ambitionsniveau for sikkerhed i data. Det ses eksempelvis af tabellen, at den statistiske sikkerhed er +/- 4,2 procentpoint, når antallet af respondenter (besvarelser) er 200, og andelen af positive svar er 90% (negative 10%).

### 13.3 AFGRÆNSNING AF UNDERSØGELSESPOPULATION

Der skal foretages en klar afgrænsning af, hvem der er omfattet af undersøgelsen. Skal undersøgelsen afgrænses til at omfatte en gruppe med en bestemt diagnose eller for eksempel afgrænses til kun at omfatte planlagte indlæggelser. Afgrænsningen foretages ud fra en vurdering af, hvem emnet berører, og hvem der forventes at kunne belyse emnet. Udvælgelsen af undersøgelsespopulationen kan også have etiske og helbredsmæssige aspekter.

Eksklusionskriterierne afhænger naturligvis af undersøgelsens målgruppe og afdelingens patientgruppe. Eksklusionskriterier kan eksempelvis være patienter med svær demens, patienter indlagt i mindre end et døgn eller børn under 15 år. Når der foretages sådanne afgrænsninger af undersøgelsespopulationen, er det væsentlig at være opmærksom på, at

undersøgelsens resultater naturligvis kun repræsenterer oplevelser fra den gruppe, som er inkluderet.

### **13.4 STIKPRØVE**

Især større afdelinger og/eller afdelinger med et stort patientflow vil vanskeligt kunne overkomme at fremsende spørgeskema til alle patienter. For store afdelinger vil det derfor være hensigtsmæssigt at fremsende skemaet til en mindre gruppe patienter, som udvælges således, at de udgør et repræsentativt udsnit af samtlige patienter på afdelingen. En stikprøve kan udvælges efter forskellige metoder:

#### ***Systematisk udvalg***

En måde at sikre, at stikprøven udgør et repræsentativt udsnit af patientgruppen, er at gennemføre en systematisk dataindsamling i en eller flere kortere perioder, hvor sammensætningen af patientgruppen og afdelingens drift er typisk for resten af året. Stikprøven kan enten bestå af alle patienter, som udskrives fra afdelingen i dataindsamlingsperioden, eller for eksempel hver 10. patient, hvis afdelingen har et stort patientflow.

En systematisk dataindsamling kan også gennemføres med udgangspunkt i et registerudtræk, hvor for eksempel alle patienter med en bestemt fødselsdato udvælges til stikprøven.

#### ***Tilfældigt udvalg***

Stikprøven kan også udvælges tilfældigt, for eksempel ved lodtrækning eller ved anvendelse af tabeller over tilfældige tal. Stikprøvens repræsentativitet sikres ved, at alle patienter har samme sandsynlighed for at blive udvalgt.

#### ***Stratificeret udvalg***

Ved et stratificeret udvalg inddeles undersøgelsespopulationen i grupper eller lag (strata). Hvis for eksempel patienternes alder og diagnose forventes at have væsentlig indflydelse på, hvad patienterne vil svare, udvælges patienterne således, at alle aldersgrupper og diagnosegrupper er repræsenteret i stikprøven. Der kan således foretages analyser på resultater inden for forskellige alders- og diagnosegrupper.

Såfremt man efter en stratificeret udvælgelse også ønsker at foretage analyser vedrørende den samlede patientgruppes vurdering af eksempel-

vis indlæggelsesforløbet, er det imidlertid nødvendigt at vægte resultaterne fra de forskellige strata således, at resultaterne fra hver af disse indgår med en vægt, der svarer til den samlede undersøgelsespopulations fordeling på alder og diagnose.

### **13.5 TIDSPUNKT FOR DATAINDSAMLING**

Som nævnt bør dataindsamlingen foregå i perioder, hvor afdelingens drift er normal, både med hensyn til patientgruppen og med hensyn til personalesituationen.

Det bør overvejes, om der er årstidsvariationer i patientsammensætningen, som bevirker, at den stikprøve, der udvælges, afviger væsentligt fra den samlede patientgruppe. Er der nogen typer sygdomme, som er specielt forekommende på bestemte tidspunkter, og kan dette influere på undersøgelsen resultat?

Stikprøvens repræsentativitet for den samlede undersøgelsespopulation kan kontrolleres, såfremt projektgruppen inddrager baggrundsspørgsmål som køn, alder og andre væsentlige patientkarakteristika i spørgeskemaet. Svarfordelingen på disse spørgsmål kan efterfølgende sammenholdes med registrerede karakteristika for den samlede patientgruppe.

Er der bestemte tidspunkter på året, hvor personalesituationen afviger væsentligt fra det normale? I ferieperioder kan det for eksempel være vanskeligt at gennemføre dataindsamlingen optimalt, da det kan være nødvendigt at lade afløsere, som ikke er tilstrækkeligt medinddraget i undersøgelsen, forestå dataindsamlingen.

Når projektgruppen udvælger tidspunktet for dataindsamlingen, må gruppen omvendt være opmærksom på, at der ikke udvælges perioder, hvor personalesituationen er så optimal, at situationen samtidig er unormal. Hvis arbejdstilrettelæggelsen generelt er karakteriseret ved ustabilitet og mange afløsere, bør dette jo blive afspejlet i de resultater, der fremkommer af undersøgelsen.

### **13.6 SVARPROCENT OG BORTFALD**

Når man gennemfører en spørgeskemaundersøgelse, er det sjældent muligt at få svar fra alle i den udvalgte stikprøve. I undersøgelser, der vedrører kerneydelser – for eksempel effekten af en behandling – ligger svarprocenterne erfaringsmæssigt på mellem 70 og 90 procent, mens undersøgelser

om periferiydelser – for eksempel rengøring og kost – ofte ligger på mellem 60 og 70 procent.

Når svarprocenten er lav, er det vigtigt at undersøge, om bortfaldet – det vil sige dem, som ikke har besvaret spørgeskemaet – har væsentlig forskellige karakteristika i forhold til dem, som har besvaret spørgeskemaet. Dette undersøges med udgangspunkt i relevante oplysninger om eksempelvis alder, køn og diagnose. Der kan ikke gives et entydigt svar på, hvad der er en lav svarprocent, men det er klart, at nødvendigheden af en grundig bortfaldsanalyse bliver større jo lavere svarprocenter, der opnås.

Hvis der er forskelle i bortfaldsanalysen, kan det betyde, at undersøgelsens resultater ikke er repræsentative, og i sidste ende kan det betyde, at undersøgelsen må gøres om. Det kan dog også overvejes, om resultaterne kan stratificeres således, at resultaterne fra forskellige grupper (for eksempel aldersgrupper, køn og diagnose) vægtes således, at resultaterne indgår i undersøgelsen med en vægt, der svarer til fordelingen i den samlede undersøgelsespopulation. Her er det dog vigtigt at sikre, at de baggrundsoplysninger, der lægges til grund for vægtningen, er relevante og dækkende til at beskrive karakteristika for undersøgelsespopulationen.

<b>Checkliste til forberedelse af dataindsamling</b>	✓
Er der foretaget en afgrænsning af undersøgelsespopulationen, som er dækkende og relevant for de valgte problemstillinger?	
Er der gjort overvejelser om, hvilken dataindsamlingsmetode der er mest hensigtsmæssig (for eksempel udlevering af skema ved udskrivning, postomdelt på baggrund af registerudtræk eller telefoninterviews)?	
Er dataindsamlingen organiseret således, at det sikres, at alle patienter i den valgte stikprøve modtager et spørgeskema?	
Er stikprøven udvalgt således, at resultaterne må forventes at kunne anvendes repræsentativt (for eksempel udvalgt systematisk, tilfældigt eller stratificeret)?	
Er stikprøven tilstrækkelig stor til, at der opnås en tilfredsstillende statistisk sikkerhed i resultaterne?	
Er der ved fastlæggelsen af stikprøvens størrelse taget højde for, at en andel af patienterne ikke besvarer spørgeskemaet?	
Er der behov for at vedlægge svarkuvert (evt. frankeret), og er det i givet fald gjort?	
Er der givet en passende svarfrist (hverken for kort eller for lang)?	
Er der foretaget en registrering af patienterne i stikprøven og i populationen til brug i bortfaldsanalysen?	

## 14. Rykkerskrivelse

En rykkerskrivelse er et brev, der sendes til svarpersonerne, når svarfristen er udløbet, for eksempel 2 uger efter at spørgeskemaet blev fremsendt til patienten. I brevet anmodes patienten om at besvare og returnere skemaet, såfremt dette ikke allerede er gjort.

En rykkerskrivelse kan erfaringsmæssigt forbedre undersøgelsens svarprocent med cirka 10%.

### *Til nonrespondere*

Rykkerskrivelsen kan sendes til de personer, der ikke har returneret spørgeskemaet. For at kunne gøre dette, er det nødvendigt at vide, hvem der har svaret, og hvem der ikke har svaret. Sådanne oplysninger er ofte vanskelige at fremskaffe, idet brugerundersøgelser på sygehusafdelinger som regel er anonyme.

For at imødekomme dette problem, er det ofte brugt at nummerere spørgeskemaerne, og på forhånd notere, hvilket nummer hver af patienterne får tildelt. Når svarfristen er udløbet, foretages der en opgørelse over, hvilke skemanumre der ikke er kommet retur, hvorefter der sendes rykkerskrivelse ud til patienterne med de pågældende skemanumre.

Hvis man vælger at nummerere spørgeskemaerne, er der dog nogle forhold, som man bør være opmærksomme på. Det væsentligste problem relaterer sig til patienternes tro på undersøgelsens anonymitet, idet nogle patienter måske vil være bekymrede for, at nummereringen betyder, at deres besvarelse bliver genkendt.

Hvis det besluttet at nummerere spørgeskemaerne, er det som minimum påkrævet, at der i følgeskrivelsen klart gøres opmærksom på formålet med nummereringen og gøres opmærksom på, at afdelingen vil behandle resultaterne anonymt.

### *Til samtlige*

For at undgå eventuelle problemer, som en nummerering af spørgeskemaet kan medføre, anbefales det at undlade en nummerering og efterfølgende fremsende en rykkerskrivelse til alle svarpersonerne. I skrivelsen takkes der

for patientens medvirken, såfremt skemaet allerede er returneret. Såfremt skemaet ikke allerede er returneret, anmodes patienten om at gøre dette.

<b>Checkliste til gennemførelse af rykkerprocedure</b>	✓
Er der fastlagt tidspunkt for eventuel udsendelse af rykkerskrivelse?	
Er der gjort overvejelser om, hvordan rykkerproceduren tilrettelægges (nummerering af spørgeskemaer, så skrivelsen kun fremsendes til dem, som ikke har besvaret skemaet, eller rykkerskrivelse til alle)?	

## 15. Indlæsning af data

Allerede i forbindelse med udarbejdelsen af spørgeskemaet bør projektgruppen gøre sig overvejelser om, hvordan dataindlæsningen praktisk skal tilrettelægges.

Der eksisterer forskellige metoder og programmer til at indtaste spørgeskemaer i. Spørgeskemaerne kan indtastes i databaser eller regneark afhængig af, hvilket udstyr der er tilgængeligt på den enkelte afdeling.

Hvert enkelt spørgsmål tildeles et variabelnavn. Det er vigtigt – især ved større spørgeskemaer – at variabelnavnene er sigende, således at de er let genkendelige i den efterfølgende analyse. Hver svarmulighed på alle spørgsmål tildeles en værdi (for eksempel: I høj grad=1, I nogen grad=2, I mindre grad=3, Slet ikke=4, Manglende besvarelse=9).

Såfremt spørgeskemaundersøgelsen består af et stort antal besvarelser (for eksempel over 100 spørgeskemaer), kan det anbefales at undersøge, om der på sygehuset eller i amtet er mulighed for at få spørgeskemaerne indlæst i et scannerprogram. Scannerprogrammer kan normalt læse håndskrevne afkrydsninger og tal. Data kan efterfølgende overføres til forskellige statistiske programpakker eller regneark.

Checkliste til indlæsning af data	✓
Er der gjort overvejelser om, hvilken metode til indlæsning af data der er mest hensigtsmæssig at anvende (database, regneark eller indscanning)?	
Kan afdelingens krav til analyser, statistiske test mv. imødekommes i det valgte databehandlingsprogram?	

## 16. Analyse

I dette kapitel redegøres der for, hvordan besvarelser fra brugerundersøgelser på sygehusafdelinger kan analyseres og præsenteres. Redegørelsen vedrører forskellige former for tabeller, en introduktion til  $\chi^2$ -testen og en oversigt over forskellige sammenhængsmål.

En række statistikprogrammer kan anvendes til at analysere besvarelser fra spørgeskemaundersøgelser. Nogle regneark har indbygget tabelfunktioner, som også i en vis udstrækning kan anvendes til databearbejdning. Eksempelvis har Microsoft Excel den brugervenlige funktion, "pivottabel", der med fordel kan anvendes til at skabe overblik over data og lave tabeller.

I forbindelse med dataanalysen er der forskellige måder at præsentere data på. Besvarelserne kan præsenteres enkeltvis for hvert spørgsmål (frekvenstabeller), og ved at krydse resultaterne af forskellige spørgsmål (krydstabeller).

Muligheden for kombination af data er ofte temmelig omfattende. Det er derfor nødvendigt at begrænse analysen til kun at omfatte nogle sammenhænge, som er særligt interessante. Det kan for eksempel være sammenhænge, som er nødvendige at undersøge for at afklare, om afdelingen lever op til de på forhånd fastsatte mål.

I forbindelse med udarbejdelse af tabeller kan man vælge at underbygge de fundne sammenhænge med nogle statistiske test, som har til formål at belyse, om tabellerne viser nogle "sande" sammenhænge i undersøgelsespopulationen eller blot sammenhænge, der kan skyldes statistiske tilfældigheder i datamaterialet.

Den følgende redegørelse omfatter frekvenstabeller og krydstabeller, som er de mest almindelige måder at præsentere resultater af brugerundersøgelser på. Undersøgelser af årsagssammenhænge, hvor der kontrolleres og korrigeres for eventuelle andre forhold, som kan påvirke resultaterne, kræver nogle mere avancerede statistiske analyser (for eksempel regressionsanalyser).

Udover redegørelsen for forskellige tabelformer og de tilhørende statistiske test, gives der et eksempel på et prioriteringsdiagram, som kan være et værdifuldt bidrag til analysen og efterfølgende drøftelser i afdelingen om, hvilke indsatsområder der skal udpeges.

## 16.1 PRÆSENTATION AF RESULTATER

### Frekvenstabeller

Besvarelserne fra en brugerundersøgelse kan anskueliggøres med frekvenstabeller for hvert enkelt spørgsmål. I frekvenstabeller angives den procentvise fordeling af besvarelserne fordelt på de enkelte svarmuligheder til spørgsmålet.

Frekvenstabeller bør præsenteres med relativt få svarkategorier for, at der kan gives et overskueligt billede af besvarelserne.

### Frekvenstabel – eksempel 1

<b>Hvordan synes du alt i alt, at du blev informeret om din sygdom og behandling, mens du var indlagt?</b>	
Virkelig godt	70%
Godt	19%
Dårligt	9%
Virkelig dårligt	2%

Antal besvarelser: 419

Hvis man ønsker at give en overskuelig præsentation af nogle faktuelle oplysninger om for eksempel alder og indlæggelsestid, vil det være hensigtsmæssigt at gruppere data i nogle relevante intervaller. Hvis der ikke på forhånd er lavet grupperinger i spørgeskemaet af sådanne faktuelle oplysninger, anbefales det, at der i forbindelse med analysen foretages de grupperinger (for eksempel aldersgrupperinger), som projektgruppen finder hensigtsmæssig. Hvis afdelingen ønsker at sammenligne egne resultater med resultater fra andre afdelinger, kan resultaterne tilpasses de undersøgelser, der sammenlignes med, ved at anvende nogle sammenlignelige intervaller.

I eksempel 2 er aldersfordelingen for en patientgruppe illustreret med anvendelse af forskellige alderskategorier, og der er beregnet et aldersgennemsnit.

### Frekvenstabel – eksempel 2.

Aldersfordeling	
Under 20 år	11,9%
20-29 år	2,4%
30-39 år	7,1%
40-49 år	35,7%
50-59 år	31,0%
60 år og ældre	11,9%
Aldersgennemsnit	46,6 år

Antal besvarelser: 420

Aldersfordeling	
Under 18 år	9,5%
18-29 år	4,8%
30-39 år	7,1%
40-49 år	35,7%
50-59 år	31,0%
60-66 år	7,1%
67 år og ældre	4,8%
Aldersgennemsnit	46,6 år

Antal besvarelser: 420

### Krydstabeller

Krydstabeller anvendes, når afdelingerne ønsker at undersøge sammenhængen mellem 2 spørgsmål i en spørgeskemaundersøgelse.

Som eksempler på nogle sammenhænge, der typisk kunne være interessante at undersøge, kan nævnes forholdet mellem 1) vurderingen af omfang af informationen på afdelingen og 2) spørgsmål om, hvorvidt patienten modtog en skriftlig patientvejledning. Dette eksempel er illustreret i eksempel 1 på side 77.

### Krydstabel – eksempel 1

Sammenhæng mellem 1) vurdering af omfang af information og 2) spørgsmål om, hvorvidt patienten har modtaget skriftlig information

<i>Omfang af information</i>	Passende	For lidt/Alt for lidt
Modtog skriftlig information		
Ja	99%	1%
Nej	80%	20%

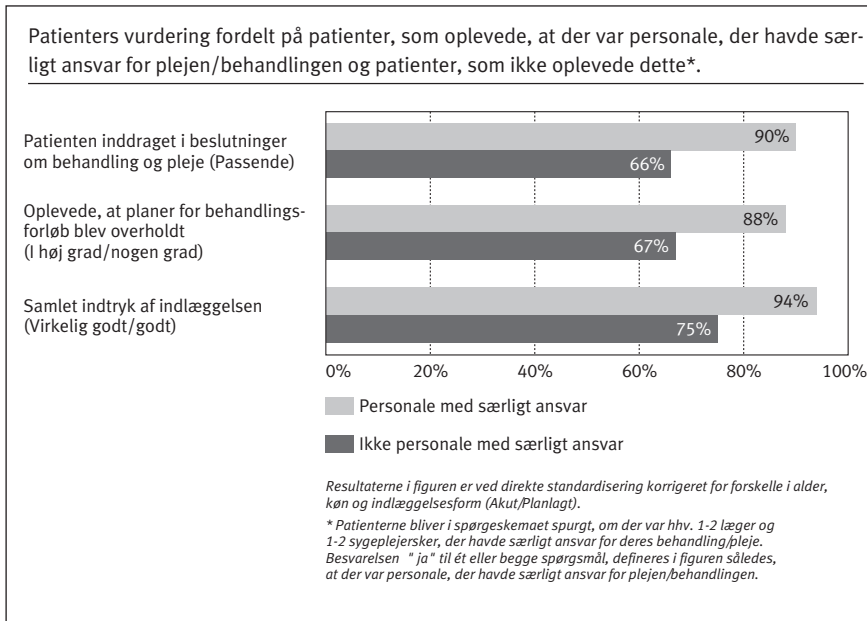
Antal besvarelser: 399

Det fremgår af eksempel 1, at 99% af de patienter, som modtog skriftlig information, vurderer, at omfanget af information var passende. Kun 80% af de patienter, som ikke modtog skriftlig information, vurderer, at omfanget var passende.

Resultatet tyder på, at afdelingen kan opnå en større grad af tilfredshed ved at sikre en bedre procedure med udlevering af skriftlig information. Det skal dog understreges, at man ikke på baggrund af denne type undersøgelse kan konkludere, at den manglende skriftlige information er årsag til utilfredshed med omfanget. For at kunne foretage sådanne konklusioner, er det nødvendigt at inddrage flere variable i undersøgelsen og på dette grundlag undersøge, om andre forhold kan have indflydelse på resultatet.

Eksempelvis kan det netop være patienter med en bestemt diagnose, der ikke modtog skriftlig information. Hvis det afsnit, som er ansvarlig for behandlingen af patienter med denne diagnose, er dårlig til at informere om sygdom og behandling, er det måske ikke den skriftlige information, men derimod afsnittets information i øvrigt, der har indflydelse på patienternes generelle utilfredshed med omfanget af informationen.

## Krydstabel – eksempel 2



Kilde: Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004. København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Eksempel 2 viser, hvordan kryds af forskellige variable kan illustreres i en figur. I figuren ses, hvordan patienterne har svaret på forskellige spørgsmål afhængig af, om de har oplevet eller ikke oplevet, at der var personale, som havde særligt ansvar for behandlingen/plejen (kontaktpersoner).

Det fremgår af figuren, at patienter, som oplevede, at der var personale, der havde særligt ansvar, er mere positive end patienter, som ikke oplevede dette, med hensyn til medinddragelse, overholdelse af planer og samlet indtryk af indlæggelsen. De præsenterede resultater er ved direkte standardisering korrigeret for forskelle i patientsammensætningen, og ved regressionsanalyse er der kontrolleret for betydningen af variable som alder, køn og indlæggelsesform.

### Prioriteringsdiagram

I afsnit 8.3 blev der redegjort for de fordele, der kan være ved at anvende prioriterings spørgsmål i brugerundersøgelsen. I dette afsnit gives der et eksempel på, hvordan prioriterings spørgsmål kan præsenteres sammen med vurderings spørgsmål i et prioriteringsdiagram. Prioriteringsdiagrammet

kan være et værdifuld udgangspunkt for afdelingens drøftelser om valg af indsatsområder.

Figur 16.1 viser et prioriteringsdiagram, som angiver patienternes vurdering i forhold til den betydning, patienterne tillægger hvert af disse områder. Hvert emne er belyst ud fra spørgsmål med 4 punkts svarskalaer, som spænder fra meget positiv til meget negativ (for eksempel "Virkelig godt", "Godt", "Dårligt" og "Virkelig Dårligt"), og emnets betydning ("Meget vigtigt", "Vigtigt", "Mindre vigtigt" og "Slet ikke vigtigt"). Emnerne i den øverste del af figuren er den halvdel af emnerne, som flest patienter svarede, var meget vigtigt, og emnerne til venstre i figuren er den halvdel af emnerne, som færrest vurderede positivt.

Det primære mål for sygehusafdelingen er at score høj grad af positive svar på de højst prioriterede områder, mens det er mindre vigtigt at score højt på de lavest prioriterede områder.

**Figur 16.1**  
**Patienters vurderinger og prioriteringer**

VIGTIGT & LAV TILFREDSHED	VIGTIGT & HØJ TILFREDSHED
<ul style="list-style-type: none"> <li>• At blive godt informeret de første dage om behandlingen</li> <li>• At have en afsluttende samtale med læge eller sygeplejerske</li> <li>• At planer for behandlingsforløb bliver overholdt</li> <li>• At vide, hvor du kan henvende dig med spørgsmål efter udskrivelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At blive godt informeret om videre forløb ved udskrivelsen</li> <li>• At informationer fra forskelligt personale stemmer overens</li> <li>• At blive godt informeret om fejl hvis der opstår fejl</li> <li>• At lægerne lytter til patientens egen beskrivelse af sin sygdom</li> <li>• At det samlede forløb er godt tilrettelagt</li> <li>• At være tryk ved at skulle hjem fra sygehuset</li> <li>• At blive godt informeret om sygdom og behandling</li> <li>• At sygehuset er informeret om patientens situation ved indlæggelse</li> <li>• At have tillid til rette lægelige behandling</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• At 1-2 læger har særligt ansvar for behandlingen</li> <li>• At 1-2 sygeplejersker har særligt ansvar for plejen</li> <li>• At blive godt informeret om, hvem der har særligt ansvar for behandling</li> <li>• At sygehuset kommunikerer godt med patientens egen læge</li> <li>• At ventetider på undersøgelse og behandling ikke forlænger ophold</li> <li>• At egen læge er godt informeret om udskrivelse fra sygehuset</li> <li>• At der er mulighed for at tale med læge om behandling ved behov</li> <li>• At blive godt informeret de første dage om behandlingsforløbet</li> <li>• At blive inddraget i beslutninger om behandling og pleje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At sygehuset samarbejder godt med hjemmepleje/sygepleje om udskrivelse</li> <li>• At have mulighed for at tale med sygeplejerske om pleje ved behov</li> <li>• At afdelingen samarbejder godt med andre afdelinger på sygehuset</li> <li>• At plejepersonalet er lydhør over for patientens behov</li> <li>• At plejepersonalet og lægerne samarbejder godt om pleje/ behandling</li> </ul>
MINDRE VIGTIGT & LAV TILFREDSHED	MINDRE VIGTIGT & HØJ TILFREDSHED

**FIGURFORKLARING TIL FIGUR 5:** I spørgeskemaet er patienterne blevet bedt om at angive, hvor vigtige hvert af de emner, der spørges til i undersøgelsen, er for dem ("Meget vigtigt", "Vigtigt", "Mindre vigtigt", "Slet ikke vigtigt" og "Ikke aktuelt"). I figuren ses andelen af patienter, der har svaret "Meget vigtigt" til hvert af spørgsmålene. Patienter, som har svaret "Ikke aktuelt", indgår ikke i resultaterne. I figuren er der foretaget en kobling mellem patienters vurderinger og patienters prioriteringer. Emnerne i øverste halvdel af figuren er de emner, som flest patienter finder meget vigtig, og emnerne til højre i figuren er de emner, hvor flest har en positiv oplevelse. Øverste venstre hjørne kan betragtes som de væsentligste indsatsområder, idet det er de højestprioriterede områder og områder, hvor der er

Kilde: Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004. København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Det fremgår af diagrammet (nederst til venstre), at eksempelvis ventetider på undersøgelser og behandling er et område, som scorer lavt med hensyn til tilfredshed. Da ventetiderne imidlertid har en relativ lav vigtighed for patienterne i forhold til de øvrige områder, er det ikke dette område, afdelingen primært bør satse på at forbedre, med mindre forbedringer kan gennemføres med få eller ingen ekstra ressourcer.

Information om behandlingen i de første dage af indlæggelsen (øverst til venstre) er derimod områder, som er meget vigtig for patienterne. Med udgangspunkt i diagrammet kan det konkluderes, at områderne øverst til venstre ikke opnår en tilstrækkelig grad af tilfredshed blandt patienterne, i forhold til den vigtighed områderne tillægges af patienterne.

En mulig prioritering for afdelingen kunne derfor være at allokere ressourcer fra områderne under strengen til områderne over strengen, for dermed at forbedre kvaliteten på de vigtigste områder. Afdelingen kan naturligvis også satse på at forbedre kvaliteten på områderne under strengen, såfremt dette kan gøres uden en større ressourceindsats.

Hvis afdelingen ønsker at gentage brugerundersøgelsen, for eksempel med årlige målinger, kan afdelingen i fremtidige undersøgelser vælge at udslæde spørgsmål, som belyser de lavest prioriterede områder, og erstatte disse med andre spørgsmål, som afdelingen formoder, er vigtige for patienterne (for eksempel udvalgt med udgangspunkt i forudgående kvalitative undersøgelser).

## 16.2 BIVARIATE ANALYSER (SAMMENHÆNGEN MELLEM 2 SPØRGSMÅL)

I brugerundersøgelser er det ofte hensigtsmæssigt at underbygge fundne sammenhænge mellem 2 spørgsmål med statistiske test og sammenhængsmål. En statistisk test kan ved hjælp af en såkaldt p-værdi belyse, hvorvidt en funden sammenhæng gælder i hele undersøgelsespopulationen, eller om den blot kan skyldes den statistiske usikkerhed, der opstår, når kun en stikprøve af undersøgelsespopulationen er spurgt. P-værdien udtrykker i det tilfælde sandsynligheden for at finde den pågældende sammenhæng (eller en endnu stærkere) i datamaterialet, *såfremt* sammenhængen ikke findes i undersøgelsespopulationen. Hvis p-værdien er tilstrækkeligt lav (for eksempel mindre end 0,05), kan man afvise, at sammenhængen skyldes statistisk usikkerhed. Man siger, at sammenhængen er *statistisk signifikant*. Et sammenhængsmål viser ved hjælp af et enkelt tal styrken af en sammenhæng, men siger derimod ikke noget om signifikansen.

For at lave en bivariate analyse kan man eksemplevis følge disse grundlæggende anvisninger:

1. Undersøg – med udgangspunkt i kapitel 9 – hvilke skalatyper, de 2 spørgsmål har (dikotom, nominal, ordinal eller ratio/interval),
2. Benyt en  $\chi^2$ -test ved dikotom, nominal, ordinal skala og/eller brug tabel 16.1 til at udpege, hvilke sammenhængsmål, der kan beregnes mellem skalatyperne.
3. Anvend et statistikprogram til at udregne sammenhængsmål og p-værdier.
4. Søg eventuelt supplerende litteratur eller hjælp fra en statistisk kyndig person.

Valget af test og sammenhængsmål afhænger af, hvilke type svarskalaer der er brugt i de 2 spørgsmål, hvis sammenhæng undersøges. I det følgende gives der en kort introduktion til  $\chi^2$ -testen og en oversigt over forskellige typer af sammenhængsmål. Fælles for dem er, at de alle findes i et elementært statistikprogram som SPSS.

Sygehusafdelingen kan bruge afsnittet som udgangspunkt for at vælge den rigtige statistiske analyse, når man vil undersøge sammenhængen mellem 2 variable. Når afdelingen har valgt den relevante analyse, anbefales det at søge viden i supplerende litteratur om, hvad det er, man beregner, og hvordan man tolker resultatet. Herefter kan man godt lade et statistikprogram klare beregningerne.

### *Chi<sup>2</sup>-testen*

Den oftest anvendte, simple statistiske test i brugerundersøgelser er  $\chi^2$ -testen. Den anvendes, når man ønsker at undersøge, om sammenhængen mellem to variable (med dikotom, nominal eller ordinal svarskala) i en krydstabel er statistisk signifikant. Hvordan er eksempelvis det samlede indtryk af indlæggelsen (positivt/negativt) for hhv. patienter, som har oplevet fejl under indlæggelsen og patienter, som ikke har oplevet fejl? Hvis  $\chi^2$ -testen giver en tilstrækkeligt lav p-værdi kan man tillade sig at konkludere, at der er forskel på det samlede indtryk mellem de to patientgrupper. Det er imidlertid væsentligt at understrege, at en *statistisk* sammenhæng mellem to variable ikke er udtryk for en *årsagssammenhæng*. Selvom patienter, der har oplevet fejl under indlæggelsen, har et statistisk signifikant dårligere samlet indtryk af indlæggelsen end patienter, som ikke har oplevet fejl, er det ikke sikkert, at det er oplevelsen af fejl, der

er årsag til den negative samlede bedømmelse af indlæggelsen. En række andre forhold kan være årsag til resultatet. Eksempelvis kan det være, at fejl primært forekommer på sygehusafsnit, som generelt er dårligt organiserede, og det derfor er den dårlige organisation, der i virkeligheden er årsag til den manglende samlede tilfredshed med indlæggelsen. Det kan også være, at de patienter, som oplever fejl, primært er akut indlagte patienter, som i højere grad end planlagt indlagte patienter oplever dårligt tilrettelagte forløb. For at komme tættere på at kunne belyse årsagssammenhænge, er det derfor nødvendigt at inddrage flere forklarende variable i analysen end blot oplevelse af fejl. På sygehusafdelingerne er der oftest ikke den nødvendige statistiske ekspertise til at gennemføre sådanne "multivariate analyser" (for eksempel i form af en regressionsanalyse), og analyserne vil ikke blive beskrevet yderligere i denne bog. Men det er vigtigt at være opmærksom på muligheden for indflydelse fra andre variable, når man tolker sine resultater, for at undgå at man ikke drager for vidtgående eller fejlagtige konklusioner om de sammenhænge, man har fundet.

### *Sammenhængsmål*

I nedenstående skema gives der eksempler på, hvilke sammenhængsmål der kan anvendes til at måle styrken af sammenhæng mellem to variable, alt afhængigt af variabelens svarskalaer. Et statistikprogram vil også kunne beregne en p-værdi for sammenhængsmålet. Den viser som regel, om værdien af målet er signifikant forskelligt fra værdien svarende til ingen sammenhæng. Er den det, må man konkludere, at sammenhængen ikke blot findes i datamaterialet, men også i undersøgelsespopulationen.

**Tabel 16.1**

**Eksempler på sammenhængsmål**

	<b>Dikotom</b>	<b>Nominal</b>	<b>Ordinal</b>	<b>Ratio/Interval</b>
<b>Dikotom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odds ratio</li> <li>• Relativ risiko (reduktion)</li> </ul>			
<b>Nominal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phi</li> <li>• Cramer's V</li> <li>• Lambda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phi</li> <li>• Cramer's V</li> <li>• Lambda</li> </ul>		
<b>Ordinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamma Tau-b</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phi</li> <li>• Cramer's V</li> <li>• Lambda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamma Tau-b</li> <li>• Spearman's rho (<math>r_s</math>)</li> </ul>	
<b>Ratio/Interval</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pearson's r / korrelationskoefficienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spearman's rho (<math>r_s</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pearson's r / korrelationskoefficienten</li> </ul>

<b>Checkliste vedrørende analyse</b>	✓
Er det overvejet, hvilke konsekvenser den opnåede svarprocent har på de konklusioner, som kan drages af undersøgelsen?	
Er der kontrolleret for systematiske skævheder eller fejl i datamaterialet, som for eksempel gør, at resultaterne ikke kan anvendes repræsentativt?	
Giver analyserne svar på de på forhånd valgte problemstillinger?	
Er det overvejet, om der er behov for at understøtte resultaterne med nogle statistiske test, og i givet fald hvilke test der kan anvendes? (afhænger af tabellens form og skalatyper)	

# 17. Formidling

## 17.1 LØBENDE FORMIDLING

En løbende formidling fra brugerundersøgelser til afdelingens personale er en væsentlig ledelsesopgave. Formidlingen bør ske igennem alle faser af brugerundersøgelsen – fra undersøgelsens start, hvor formålet med undersøgelsen fastlægges, til afslutningen af undersøgelsen, hvor resultaterne implementeres. Den løbende formidling kan sikre, at personalet er orienteret om undersøgelsen, og at personalet løbende kan fremkomme med synspunkter på undersøgelsen. Dette vil medvirke til at motivere personalet for at medvirke i gennemførelse af undersøgelsen, og motivere personalet til at deltage aktivt i implementeringen af de ændringer og justeringer, som besluttet på grundlag af undersøgelsens resultater.

Især i den indledende fase er det væsentligt at informere om formålet med undersøgelsen – herunder hvad undersøgelsen skal bruges til – og informere om eventuelle konsekvenser for personalet.

## 17.2 AFRAPPORTERING

Resultaterne af undersøgelsen kan præsenteres på forskellig måde afhængig af, hvad undersøgelsen skal anvendes til, og hvem der kan have interesse i undersøgelsens resultater. Rapporten bør henvende sig til alle, som vil blive berørt af undersøgelsen, eller som på anden måde kan have interesse i undersøgelsens resultater – ledelse, personale, patienter, samarbejdspartnere, politikere mv. I dette afsnit redegøres der for 2 typer afrapportering:

1. Rapport, hvis primære formål er at præsentere resultater for sygehusudvalg, sygehusledelse, samarbejdspartnere, patienter eller andre relevante målgrupper (ekstern formidling).
2. Resultatformidling, der anvendes som diskussions- og handlingsgrundlag i afdelingen, med henblik på at foretage en opfølgning og implementering af undersøgelsens resultater (intern formidling).

## 17.3 EKSTERN FORMIDLING (RAPPORT)

Hvis resultaterne af brugerundersøgelsen skal præsenteres eksternt, for eksempel som dokumentation for sygehusudvalg eller sygehusledelse, er

det nødvendigt at udarbejde en undersøgelsesrapport. En god ekstern formidling stiller en række formkrav til undersøgelsesrapporten, som af dokumentationshensyn blandt andet bør redegøre for afdelingens aktiviteter, undersøgelsens metode og de temaer og kvalitetsmål, som undersøgelsen beskæftiger sig med. Rapporten bør desuden redegøre for undersøgelsens resultater, anbefalinger og initiativer til opfølgning og implementering af resultater. Nedenfor gives der et forslag til disponering og formkrav til en undersøgelsesrapport. Forslaget beskrives under følgende hovedoverskrifter:

- Forside
- Indholdsfortegnelse
- Resumé
- Organisering af arbejdet
- Om afdelingen
- Baggrund , problemstillinger og formål
- Metode og materiale
- Resultater
- Diskussion
- Anbefalinger
- Bilag
- Litteratur

### *Forside*

Forsiden skal være informativ og overskuelig, og bør derfor indeholde en titel, navn og stillingsbetegnelse på forfattere, afdelingen og måned/år for rapportens udgivelse. Disse oplysninger skal give læseren en orientering om, hvad rapporten indeholder.

### *Indholdsfortegnelse*

Indholdsfortegnelsen er et væsentligt redskab for læseren til at få indtryk af – og overblik over – hvad rapporten egentlig indeholder. Indholdsfortegnelser er især væsentlige for større rapporter, mens den ofte vil være overflødig i rapporter på mindre end 10 sider.

Det er vigtigt, at der til hvert af rapportens afsnit formuleres overskrifter, der klart angiver, hvad afsnittene indeholder. Indholdsfortegnelsen kan eventuelt indeholde overskrifter til både hoved- og underafsnit, som skrives med forskellig skriftformer. Der skrives afsnitsnummer og sidetal til hvert afsnit. Indholdsfortegnelsen bør også indeholde en bilagsoversigt

(og eventuelt en tabeloversigt), med angivelse af sidetal for hvert enkelte bilag/tabel.

### *Resumé*

Det anbefales at indlede rapporten med et kort resumé, som beskriver undersøgelsesområde, problemstillinger, metode og hovedresultater. Resuméet skal dels virke som en appetitvækker for læseren, som straks bliver orienteret om interessante konklusioner, og skal dels give “den travle læser” en hurtig og overskuelig mulighed for at sætte sig ind i hele undersøgelsen. Hvis rapporten ikke indeholder et resumé, risikeres det, at en række af de personer, som rapporten henvender sig til, ikke sætter sig ind i undersøgelsen og dens resultater.

### *Organisering af arbejdet*

I dette afsnit gives der en kort redegørelse for, hvem der har været involveret i projektet, og hvornår undersøgelsen er gennemført.

De involverede personer er de personer, som konkret har gennemført undersøgelsen, eventuelle eksterne vejleder og personer, som på anden måde har været involveret i projektet.

Beskrivelsen af, hvornår projektet er gennemført, indeholder for eksempel en oversigt over, hvornår projektet blev besluttet, tidspunkt for tilrettelæggelse af undersøgelsen og tidspunkt for gennemførelse af dataindsamling og analyse af resultater.

### *Om afdelingen*

Når personer, som ikke er ansat på afdelingen, eller har anden direkte tilknytning til afdelingen, skal kunne forholde sig til undersøgelsens problemstillinger, resultater og anbefalinger, kan det ofte være nødvendigt at give en kort beskrivelse af afdelingen. Denne beskrivelse kan for eksempel dreje sig om hovedaktiviteter og oplysninger om afdelingens patientgruppe.

### *Baggrund, problemstillinger og formål*

I dette afsnit præsenteres baggrunden for gennemførelse af undersøgelsen og undersøgelsens temaer og problemstillinger. Der redegøres for undersøgelsens formål, herunder baggrunden for at beskæftige sig med undersøgelsesområdet. I afsnittet redegøres der for centrale begreber. Der foretages en beskrivelse af, hvorfor undersøgelsens temaer og problemstillin-

ger er interessante, og der gives en præsentation af de konkrete mål, som undersøgelsen skal teste.

### *Metode og materiale*

Metodeafsnittet indeholder en redegørelse og argumentation for den valgte metode, herunder overvejelser om, hvilke styrker og begrænsninger metoden har i forhold til at belyse undersøgelsens problemstillinger.

Der foretages en redegørelse og argumentation for afgrænsningen af undersøgelsespopulationen, stikprøvestørrelse, svarprocent, pilotundersøgelse, og overvejelser om undersøgelsens repræsentativitet i forhold til den samlede målgruppe.

Endelig gives der en kort redegørelse for anvendte materialer, herunder spørgeskemaet, dets indhold og opbygning.

### *Resultater*

I afsnittet foretages der en gennemgang af undersøgelsens resultater og konklusioner. Resultatgennemgangen foretages inden for hvert af undersøgelsens problemområder (temaer), og bør udelukkende beskæftige sig med undersøgelsens problemstillinger.

For at gøre læsningen interessant, anbefales det at fremhæve de væsentligste resultater og sammenhænge. Resultatgennemgangen af spørgeskemaundersøgelser kommer meget let til at fremstå som uinteressant og kedsommelig, såfremt der foretages en slavisk gennemgang af resultaterne fra spørgsmål 1, spørgsmål 2 osv. frem til det sidste spørgsmål.

Det kan være hensigtsmæssigt at supplere resultatgennemgangen med krydstabeller, som kan illustrere nogle sammenhænge mellem forskellige spørgsmål. Da antallet af kombinationsmuligheder af spørgsmål er meget stort, bør man imidlertid kun foretage sådanne analyser for særligt interessante sammenhænge, og kun for sammenhænge, der kan medvirke til at underbygge konklusioner i relation til undersøgelsens problemstillinger.

### *Diskussion*

De fundne resultater diskuteres i forhold til afdelingens forventninger og mål for de undersøgte problemområder. Resultaterne sættes i forhold til de fastlagte mål, og der foretages eventuelt sammenligninger med resultater fra andre undersøgelser, som har beskæftiget sig med tilsvarende problemområder. Dette kan for eksempel være en tilsvarende undersøgelse,

som afdelingen har gennemført på et tidligere tidspunkt, eller undersøgelser fra andre sammenlignelige afdelinger.

### *Anbefalinger*

I dette afsnit gives der en beskrivelse af de temaer, der – på baggrund af undersøgelsens resultater – anbefales taget op til drøftelse i afdelingen. Der gives eventuelt forslag til, hvilke ændringer og justeringer af praksis der kan gennemføres, med henblik på at forbedre kvaliteten af afdelingens arbejde.

Når rapporten foreligger, indeholder den således ikke nødvendigvis en endelig beslutning om, hvilke handlinger der skal foretages, men et oplæg til drøftelse i afdelingen, eller til drøftelse eksternt med for eksempel politisk niveau, sygehusledelse eller andre afdelinger, som afdelingen samarbejder med. Selvom rapporten afsluttes med sådanne åbne diskussionsoplæg, er det dog vigtigt at være opmærksom på, at undersøgelsen ikke er afsluttet, før resultaterne er implementeret.

### *Bilag*

Som bilag vedlægges der relevant materiale, som ikke indgår i selve rapporten, men som kan bidrage til dokumentation for proces og resultater. Dette kan for eksempel være spørgeskemaet, følgebrev, sammenskrivning af resultater fra pilotundersøgelse og rykkerbreve.

Også svarfordelinger for spørgsmål, som ikke fandtes relevante at inddrage i resultatgennemgangen, kan medvirke som dokumentation for, at man har været "ærlig" i sin resultatgennemgang. Herved synliggøres det nemlig, at resultatgennemgangen indeholder de væsentligste og mest interessante resultater.

### *Litteratur*

Litteraturlisten indeholder den litteratur, som projektgruppen har anvendt som inspiration og sammenligningsgrundlag i forbindelse med projektets gennemførelse. I litteraturhenvisninger oplyses forfatterens navn (med efternavn først), bogens titel, udgivelsessted, forlag og årstal.

## **17.4. INTERN FORMIDLING (RESULTAT OG HANDLINGSPLAN)**

Skal resultaterne udelukkende anvendes internt i afdelingen, kan det anbefales at udarbejde oversigter over resultater til diskussion af planlagte og/

eller iværksatte handlinger. Der stilles ikke nødvendigvis de samme formkrav til afrapportering.

Det anbefales, at der udarbejdes nogle simple og overskuelige temaindelte oversigter, som præsenterer afdelingens mål, standarder, indikatorer, undersøgelsens resultater, eventuelle handlingsplaner og forslag til nye mål, som fastlægges med udgangspunkt i undersøgelsens resultater. I skema 17.1 er det illustreret, hvordan en sådan oversigt kan konstrueres.

Selvom der er tale om en intern præsentation af resultaterne, er det naturligvis vigtigt at kunne dokumentere (for ledelse og personale), at resultaterne er gyldige, repræsentative mv. Det anbefales derfor, at der udarbejdes et bilag (en side), som angiver antallet af svar, svarprocent, og data som viser resultaternes repræsentativitet (for eksempel respondenternes fordeling med hensyn til alder, køn og diagnose i forhold til de tilsvarende fordelinger for afdelingens samlede patientgruppe – på undersøgelsestidspunktet eller på årsbasis).

Resultaterne kan desuden præsenteres i en samlet figur, hvor andelen af positive og negative svarandele vises for hvert af undersøgelsens spørgsmål (se figur 17.1, side 91).

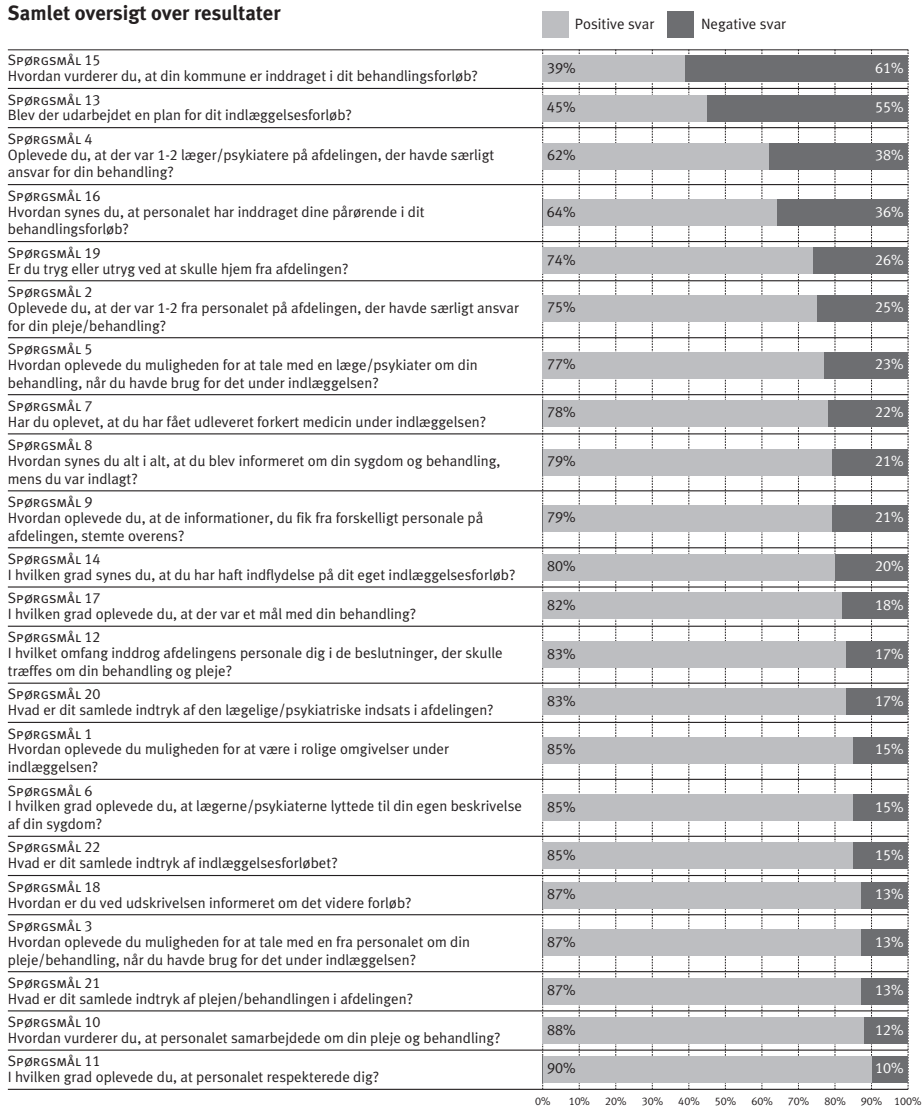
## Skema 17.1

### Oversigt over mål og resultater for temaet kommunikation og information

Indikator	Mål	Resultat	Handling	Nyt mål
Patienter skal være orienteret om, hvad der foregår, mens de bliver undersøgt (Spm. 7, I høj grad, I nogen grad)	Skal være opfyldt for 90%.	92%	Ingen	90%
Patienter, som har spørgsmål, får stillet de spørgsmål, de vil (Spm. 8, Ja)	Skal være opfyldt for 90%.	89%	Ingen	90%
Patienter skal have svar på de spørgsmål, de stiller (Spm. 9, Ja)	Skal være opfyldt for 90%.	91%	Ingen	90%
Personalet skal vise interesse for patienten (Spm. 10, I høj grad / I nogen grad)	Skal være opfyldt for 85% .	93%	Ingen	90%
Patienter skal forstå de informationer, de får, mens de bliver undersøgt (Spm. 11, I høj grad / I nogen grad)	Skal være opfyldt for 90%.	77%	Opfølgende kvalitativ undersøgelse med fokus på patientens oplevelse af den mundtlige information og koordinering af informationen til patienten. Efterfølgende tværfaglig drøftelse af handlingsplan.	90%
Patienter skal opleve, at der er overensstemmelse mellem de informationer, der gives fra forskelligt personale (Spm 12, I høj grad/I nogen grad).	Skal være opfyldt for 85% .	80%		90%

Figur 17.1

Samlet oversigt over resultater



Kilde: Psykiatriske patienters oplevelser, spørgeskemaundersøgelse blandt psykiatriske indlagte patienter i Københavns Amt, 2003/2004. København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Checkliste vedrørende formidling	✓
Skal undersøgelsens resultater formidles eksternt til for eksempel sygehusledelse, sygehusudvalg eller samarbejdspartnere, og er der i givet fald gjort overvejelser om formkrav til undersøgelsesrapporten?	
Skal undersøgelsens resultater formidles og drøftes internt i afdelingen, og er der i givet fald udarbejdet en overskuelig temainddelt resultatoversigt, som kan danne udgangspunkt for drøftelserne?	

## 18. Opfølgning og implementering

Udarbejdelse og distribuering af rapporten til relevante personer er ingen garanti for, at undersøgelsen i praksis bliver anvendt. For at sikre, at der kommer resultater ud af projektgruppens anstrengelser, er det vigtigt, at der sikres en opfølgning på rapportens anbefalinger.

En spørgeskemaundersøgelse er ikke afsluttet, når der er skrevet en rapport om undersøgelsens resultater. Opfølgning og implementering skal sikre, at undersøgelsens resultater bliver omsat til konkrete handlinger med henblik på at forbedre patientforløbene.

Opfølgning er tidligere blevet berørt i afsnittet vedrørende systematisk anvendelse af spørgeskemaundersøgelser i relation til afdelingens målsætninger (kapitel 6).

Opfølgningen på resultaterne er primært en ledelsesopgave. Opfølgningen kan tilrettelægges på flere måder. I punkterne nedenfor beskrives der en model for, hvordan opfølgningen på problemområder kan tilrettelægges:

- Indsatsområder/problemområder udvælges
- Personalet præsenteres for indsatsområder/problemområder
- Årsager til problemet identificeres i samarbejde med personalet
- Uklare eller uidentificerede årsager identificeres evt. ved kvalitative brugerundersøgelser
- Identificerede årsager følges op af justeringer eller ændringer
- Justeringer eller ændringer danner grundlag for justeringer eller ændringer af målene for aktiviteten
- Målopfyldelse undersøges ved ny spørgeskemaundersøgelse (gentagelse af processen)

Opfølgningen medvirker til, at brugerundersøgelsen lægges i systematiske rammer og danner grundlag for en løbende sikring og udvikling af afdelingens aktiviteter.

Når undersøgelsens resultater foreligger, er det væsentligt, at der udpeges indsatsområder. Indsatsområder er eksempelvis områder, hvor mål-

sætningen ikke blev opfyldt, eller kun delvist blev opfyldt. Også for aktiviteter, hvor afdelingens mål blev opnået, kan resultaterne danne grundlag for nye mål. Succeskriteriet kan i dette tilfælde betegnes som løbende forbedringer i forhold til de forudgående år.

Endelig kan resultaterne også danne grundlag for udarbejdelsen af mål for nogle aktivitetsområder, som ikke tidligere har været inddraget i undersøgelsen. Spørgeskemaundersøgelser er primært konstaterende, idet afdelingens mål kan af- eller bekræftes. Men undersøgelsen kan til tider give pejling på nye væsentlige områder, især hvis skemaet er konstrueret med en kombination af åbne og lukkede spørgsmål, eller hvis spørgeskemaundersøgelsen kombineres med supplerende kvalitative undersøgelser i den opfølgende fase.

Når afdelingen har drøftet undersøgelsens resultater, identificeret årsager og fastlagt, hvilke ændringer og justeringer der skal gennemføres, er det vigtigt at fastlægge handlingsplaner for, hvordan implementeringen af resultater konkret tilrettelægges.

Handlingsplanen bør give en konkret og detaljeret anvisning på, hvem der gør hvad, hvordan og hvornår ændringer/justeringer skal gennemføres samt en beskrivelse af, hvordan og hvornår der skal følges op på, hvilken effekt ændringerne/justeringerne har på patienternes oplevelse af behandlings- og plejetilbuddene.

<b>Checkliste til indlæsning af data</b>	✓
Gav spørgeskemaundersøgelsen grundlag for at udpege indsats-/problemområder?	
Er årsager til de fundne resultater identificeret og drøftet, evt. i samarbejde med afdelingens personale?	
Er der truffet beslutning om, hvilke justeringer og ændringer der er nødvendige/hensigtsmæssige at foretage på baggrund af den erhvervede viden?	
Har de vedtagne justeringer/ændringer givet anledning til revidering af afdelingens mål for de pågældende aktiviteter/ydelser?	
Er der udarbejdet en handlingsplan for implementering, som giver en konkret og detaljeret anvisning på, hvem der gør hvad, hvordan og hvornår?	
Er der truffet beslutning om, hvordan der foretages en opfølgning på, om ændringer/justeringer har en effekt på patienternes vurderinger og oplevelser (for eksempel ved en ny spørgeskemaundersøgelse)?	
Har spørgeskemaundersøgelsen haft en effekt på tilrettelæggelse og udvikling af afdelingens behandlings- og plejetilbud?	

# Bilag 1

## Følgeskrivelse

<<Patientens navn>>  
<<Patientens adresse>>  
Sygehuskode: <<Sygehuskode>>

<<Amtslogo>>

27. august 2004

### SPØRGESKEMA OM INDLÆGGELSE PÅ SYGEHUS

Patienternes tilfredshed med indlæggelse på landets sygehuse skal undersøges hvert andet år. Det har regeringen og amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab aftalt. Du har været indlagt på <<Sygehusnavn>>, <<Afdelingsnavn>> inden for perioden marts til juni 2004. Derfor håber vi på, at du vil hjælpe os ved at svare på nogle spørgsmål om dit ophold på sygehuset. Det er naturligvis frivilligt, om du vil medvirke.

Svarene skal bruges i en rapport om patienternes oplevelse af sygehusenes behandling, pleje og service. Rapporten offentliggøres og sendes til pressen i begyndelsen af 2005. Sygehusene vil benytte besvarelserne til at lære, hvad der kan gøres bedre. Derudover giver besvarelserne fremtidens patienter et bedre grundlag for at vælge, hvilket sygehus de vil indlægges på.

Undersøgelsen er **anonym**. Du skal derfor **ikke** skrive **navn** på skemaet. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet og sende det retur i svarkuverten **senest den 13. september**. Portoen er betalt.

Hvis du ikke selv kan udfylde skemaet, foreslår vi, at du beder en pårørende om at hjælpe dig.

Bagerst i spørgeskemaet kan du skrive, hvis der er noget, du synes, vi mangler at spørge om. Hvis du har **spørgsmål** til spørgeskemaet eller til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte <<Amtets kontaktperson>> på **telefon** <<Telefonnummer>> eller **e-mail**: <<E-mail adresse>>.

På forhånd **tak**.

Venlig hilsen

<<Navn på formand for Sygehusudvalget>>  
<<Titel på formand for Sygehusudvalget>>  
<<Amt>>

---

Sekretariatet for Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser · Enheden for Brugerundersøgelser ·  
Amtssygehuset i Glostrup · Afsnit 87 · Nordre Ringvej · 2600 Glostrup

# Bilag 2

## Sikkerhedsintervaller

Statistisk usikkerhed ved 95%'s signifikansniveau (procentpoint +/-)

Procent (negativ/positiv)	Stikprøvestørrelse										
	100	200	300	400	600	700	1000	1400	1800	2200	2800
<b>5 el. 95</b>	4,3	3,0	2,5	2,1	1,7	1,6	1,4	1,1	1,0	0,9	0,8
<b>10 el. 90</b>	5,9	4,2	3,4	2,9	2,4	2,2	1,9	1,6	1,4	1,3	1,1
<b>15 el. 85</b>	7,0	4,9	4,0	3,5	2,9	2,7	2,2	1,9	1,6	1,5	1,3
<b>20 el. 80</b>	7,8	5,5	4,5	3,9	3,2	3,0	2,5	2,1	1,8	1,7	1,5
<b>25 el.75</b>	8,5	6,0	4,9	4,2	3,5	3,2	2,7	2,3	2,0	1,8	1,6
<b>30 el. 70</b>	8,9	6,4	5,2	4,5	3,7	3,4	2,8	2,4	2,1	1,9	1,7
<b>35 el. 65</b>	9,3	6,6	5,4	4,7	3,8	3,5	3,0	2,5	2,2	2,0	1,8
<b>40 el. 60</b>	9,6	6,8	5,5	4,8	3,9	3,6	3,0	2,6	2,3	2,0	1,8
<b>45 el. 55</b>	9,8	6,9	5,6	4,9	4,0	3,7	3,1	2,6	2,3	2,1	1,8
<b>50</b>	9,8	6,9	5,7	4,9	4,0	3,7	3,1	2,6	2,3	2,1	1,9

# Bilag 3

## Checkliste til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse

<b>Forberedelse af undersøgelsen</b>	✓
Er de organisatoriske rammer afklaret med hensyn til ledelsens rolle i undersøgelsen, sammensætning af arbejdsgruppe, referencegruppe mm.?	
Er arbejdsfordelingen mellem ledelse og den nedsatte arbejdsgruppe afklaret og formidlet?	
Er der arbejdet med at involvere og engagere afdelingens personale i undersøgelsen?	
Er det afklaret, hvordan den gennemførte brugerundersøgelse skal bruges konkret i afdelingen, og hvilke konsekvenser afdelingen er villig til at drage af brugerundersøgelsens resultater?	
Er det besluttet, hvordan det kan sikres, at den nødvendige støtte gives til arbejdsgruppen under gennemførelse af undersøgelsen?	
Er formålet og det overordnede mål for brugerundersøgelsen gennemdrøftet og fastlagt?	
Er brugerundersøgelsens temaer og problemstillinger afgrænset, fastlagt og begrundet?	
Er der fastlagt en plan for, hvordan den erhvervede viden og erfaringer følges op i afdelingen?	
Er den tids- og ressourcemæssige ramme fastlagt?	
Er det afklaret, hvem der skal informeres om hvad og hvornår?	
Er der overvejet en samlet strategi for formidling og opfølgning?	
<b>Arbejdet med målsætninger, indikatorer og delmål</b>	✓
Er der formuleret overordnede målsætninger for undersøgelsens temaer, som signalerer, hvad afdelingen overordnet arbejder efter og ønsker at leve op til?	
Er der valgt nogle relevante og dækkende indikatorer, som indirekte kan medvirke til at belyse, om afdelingen lever op til de overordnede målsætninger for undersøgelsens temaer?	
Er der fastlagt nogle målbare konkrete delmål ud fra de valgte indikatorer?	
Er der gjort overvejelser om, hvordan afdelingen vil foretage en opfølgning på undersøgelsens resultater?	
<b>Spørgeskemaet</b>	✓
Har spørgeskemaet et design, som giver patienten et godt førstehåndssindtryk, og er skemaet overskueligt, således at det er let at besvare?	
Er spørgeskemaet struktureret logisk i forhold til patienternes oplevelse af indlæggelses-, undersøgelses- og/eller behandlingsforløbet?	
Er der gjort overvejelser om spørgeskemaets længde og antallet af spørgsmål (hverken for kort eller for langt)?	
Er spørgsmål og svarkategorier varierede, således at de er relevante og dækkende til at give svar på undersøgelsens problemstillinger?	

<b>Valg af spørgsmålstyper</b>	✓
Er det overvejet, hvilke spørgsmålstyper der bedst egner sig til at belyse undersøgelsens problemstillinger: (Evalueringsspørgsmål, faktuelle spørgsmål, prioriteringsspørgsmål og behovsspørgsmål)?	
Indeholder spørgeskemaet alle relevante baggrundsspørgsmål, som blandt andet skal anvendes til at vurdere undersøgelsens repræsentativitet (for eksempel køn, alder og diagnose)?	
Er der gjort overvejelser om, hvilke sammenhænge der ønskes belyst i den efterfølgende analyse, og er skemaet egnet til at belyse dette?	
<b>Udarbejdelse af spørgsmål og svarkategorier</b>	✓
Er spørgsmålet formuleret neutralt?	
Er spørgsmålet formuleret kort med anvendelse af korte ord?	
Er spørgsmålet formuleret præcist og entydigt?	
Er der anvendt hele sætninger?	
Kan eventuelle fremmedord og fagudtryk erstattes af "almindelige" ord og begreber?	
Spørges der kun om een ting i spørgsmålet?	
Er der overensstemmelse mellem spørgsmål og svarkategorier?	
Er svarkategorierne gensidigt udelukkende?	
Er svarskalaen dækkende (fra yderpunkt til yderpunkt) og kan skalaen diskriminere/skelne mellem forskellige oplevelser?	
Er der gjort overvejelser om, hvorvidt en neutralkategori kan udelades af svarskalaen?	
<b>Udarbejdelse af følgeskrivelse</b>	✓
Er følgeskrivelsen spændende, således at den kan medvirke til at motivere patienten til at besvare skemaet?	
Fremgår det af følgeskrivelsen, hvem der gennemfører undersøgelsen, hvad undersøgelsen drejer sig om, og hvad resultaterne skal anvendes til?	
Fremgår det af følgeskrivelsen, at deltagelse er frivillig, at det er vigtigt at flest muligt deltager, og at patienten er sikret anonymitet?	
Fremgår det af følgeskrivelsen, hvor og hvornår skemaet skal afleveres og hvem der kan kontaktes, hvis patienten har spørgsmål til skemaet?	
<b>Gennemførelse af valideringsinterviews</b>	✓
Er der eventuelt gennemført interviews med nogle få patienter, som har til formål at validere spørgeskemaet?	
Er der på baggrund af valideringen konstateret og korrigeret for fejl og uklarheder i spørgeskemaet?	
Har interviewene medvirket til at afdække, om patienterne finder emnerne relevante og væsentlige?	
<b>Forberedelse af dataindsamling</b>	✓
Er der foretaget en afgrænsning af undersøgelsespopulationen, som er dækkende og relevant for de valgte problemstillinger?	
Er der gjort overvejelser om, hvilken dataindsamlingsmetode der er mest hensigtsmæssig (for eksempel udlevering af skema ved udskrivning, postomdelt på baggrund af registerudtræk eller telefoninterviews)?	

Er dataindsamlingen organiseret således, at det sikres, at alle patienter i den valgte stikprøve modtager et spørgeskema?	
Er stikprøven udvalgt således, at resultaterne må forventes at kunne anvendes repræsentativt (for eksempel udvalgt systematisk, tilfældigt eller stratificeret)?	
Er stikprøven tilstrækkelig stor til, at der opnås en tilfredsstillende statistisk sikkerhed i resultaterne?	
Er der ved fastlæggelsen af stikprøvens størrelse taget højde for, at en andel af patienterne ikke besvarer spørgeskemaet?	
Er der behov for at vedlægge svarkuvert (evt. frankeret), og er det i givet fald gjort?	
Er der givet en passende svarfrist (hverken for kort eller for lang)?	
Er der foretaget en registrering af patienterne i stikprøven og i populationen til brug i bortfaldsanalysen?	
<b>Gennemførelse af rykkerprocedure</b>	✓
Er der fastlagt tidspunkt for eventuel udsendelse af rykkerskrivelse?	
Er der gjort overvejelser om, hvordan rykkerproceduren tilrettelægges (nummerering af spørgeskemaer, så skrivelser kun fremsendes til dem, som ikke har besvaret skemaet, eller rykkerskrivelse til alle)?	
<b>Indlæsning af data</b>	✓
Er der gjort overvejelser om, hvilken metode til indlæsning af data der er mest hensigtsmæssig at anvende (database, regneark eller indscanning)?	
Kan afdelingens krav til analyser, statistiske test mv. imødekommes i det valgte databehandlingsprogram?	
<b>Analyse</b>	✓
Er det overvejet, hvilke konsekvenser den opnåede svarprocent har på de konklusioner, som kan drages af undersøgelsen?	
Er der kontrolleret for systematiske skævheder eller fejl i datamaterialet, som for eksempel gør, at resultaterne ikke kan anvendes repræsentativt?	
Giver analyserne svar på de på forhånd valgte problemstillinger?	
Er det overvejet, om der er behov for at understøtte resultaterne med nogle statistiske test, og i givet fald hvilke test der kan anvendes? (afhænger af tabellens form og skalatyper)	
<b>Formidling</b>	✓
Skal undersøgelsens resultater formidles eksternt til for eksempel sygehusledelse, sygehusudvalg eller samarbejdspartnere, og er der i givet fald gjort overvejelser om formkrav til undersøgelsesrapporten?	
Skal undersøgelsens resultater formidles og drøftes internt i afdelingen, og er der i givet fald udarbejdet en overskuelig temainddelt resultatoversigt, som kan danne udgangspunkt for drøftelserne?	
<b>Opfølgning og implementering</b>	✓
Gav spørgeskemaundersøgelsen grundlag for at udpege indsats-/problemområder?	
Er årsager til de fundne resultater identificeret og drøftet, evt. i samarbejde med afdelingens personale?	
Er der truffet beslutning om, hvilke justeringer og ændringer der er nødvendige/hensigtsmæssige at foretage på baggrund af den erhvervede viden?	
Har de vedtagne justeringer/ændringer givet anledning til revidering af afdelingens mål for de pågældende aktiviteter/ydelser?	

Er der udarbejdet en handlingsplan for implementering, som giver en konkret og detaljeret anvisning på, hvem der gør hvad, hvordan og hvornår?	
Er der truffet beslutning om, hvordan der foretages en opfølgning på, om ændringer/justeringer har en effekt på patienternes vurderinger og oplevelser (for eksempel ved en ny spørgeskemaundersøgelse)?	
Har spørgeskemaundersøgelsen haft en effekt på tilrettelæggelse og udvikling af afdelingens behandlings- og plejetilbud?	

# Anvendt litteratur

Bradburn (1983): "Response Effects". Kap. 8. I: Rossi, P. H. et al. (eds.): *Handbook of Survey Research*. Academic Press, Washington DC.

Converse M. & Presser S. (1986): *Survey Questions. Handcrafting the standardized*. Questionnaire. Sage, Newbury Park, California.

Couch & Kensington (1960): "Yeasayers and Naysayers: Agreeing response set as a personality variable". I: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 60, No. 2, s. 151-174.

Cox, E. P. (1980): "The optimal number of response alternatives for a scale". I: *Journal of Marketing Research*, Vol. 7, s. 407-422.

Dahler-Larsen P (1999). *Den rituelle refleksion - om evaluering i organisationer*. Odense Universitetsforlag, Odense.

De Maio (1984): "Social Desirability and Survey Measurement: A Review". I: Turner, C. F. & Martin, E. (eds.): *Surveying Subjective Phenomena*, Vol. 2. Russel Sage Foundation, New York.

Finansministeriet, Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen (2002). *Vejledning om brugerundersøgelser*. Finansministeriet, København

Hellevik O (1972). *Gallupdemokratiet ; Bruk og misbruk av meningsmålinger*. Det Norske Samlaget, Oslo.

McDowell & Newell (1987): *Measuring Health, a Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press, New York/Oxford.

Miller, G.A (1996): "The marginal number seven, plus or minus two". I: *The Psychological Review*, Vol. 63, No. 2, s. 81-97.

Olsen, Henning (1995): *Tallenes talende tavshed. En kundskabsrejse om sprog og hukommelse i surveyundersøgelser*. Akademisk Forlag.

Olsen, Henning (1997): "Tal taler ikke uden ord". I: *Politica*, Årgang 29, nr. 3.

Schumann & Presser (1977): "Question wording as an independent variable in survey analysis". I: *Sociological Methods and Research*, No. 2, s. 151-170.

Schumann & Presser (1981): *Questions and answers in attitude surveys*. Academic Press, New York.

Socialforskningsinstituttet (1992): *Om spørgeskemaer, studie 46*. København.

Wärneryd B. m.fl. (1990): Att fråga. *Om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postenkärter*. Statistiska Centralbyrån, Stockholm.

***Udvalgte publikationer fra Enheden for Brugerundersøgelser  
(anvendt som baggrundslitteratur):***

Freil M, Knudsen JL. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet – Patienters oplevelser af sygehusenes kvalitet. *Ugeskrift for Læger*, 2004, 19:1796-1799.

Freil M. Landsdækkende måling af patientoplevelt kvalitet i Danmark. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen*, 2004, 4:141-143

Freil M, Gothen I, Gut R, Hermann N: Spørg patienterne, internet-baseret emnekatalog og spørgsmålsdatabase til gennemførelse af brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2002.

Gut R, Gothen I, Freil M.: Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? København: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, 2004.

Patienters vurderinger af landets sygehuse 2002, spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 patienter, 2003.

Patienters vurdering af sygehusafdelinger i Vejle Amt 2002, spørgeskemaundersøgelse blandt 8.700 patienter, 2003.

Patienters vurdering af sygehusafdelinger i Roskilde Amt 2002, spørgeskemaundersøgelse blandt 3.400 patienter, 2003.

Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.900 ambulante patienter i Vejle Amt, 2004.

Patienters vurdering af sygehusafdelinger i Nordjyllands Amt 2003, spørgeskemaundersøgelse blandt 11.500 patienter.

Psykiatriske patienters oplevelser, spørgeskemaundersøgelse blandt psykiatriske indlagte patienter i Københavns Amt, 2003/2004.

Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004.

Patienters vurderinger af hospitals afdelinger i H:S, spørgeskemaundersøgelse blandt 14.600 patienter, 2004.

Ambulante patienters oplevelser i Roskilde Amt, spørgeskemaundersøgelse blandt 4.400 ambulante patienter, 2004.

Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004 – Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter, 2005