

Træning, kvalitet og patienttilfredshed

Udvikling af et spørgeskema om patienttilfredshed

Fysioterapeut Linda Rasmussen

*Linda Rasmussen. Træning, kvalitet og patienttilfredshed.
Udvikling af et spørgeskema om patienttilfredshed under indlæggelse på en
neurorehabiliteringsafdeling (19. juni 2017). Webadresse: fysio.dk/bachelorprisen2017*

Baggrund

Et af de overordnede mål for kvalitet i sundhedsvæsenet er at sikre en høj grad af patienttilfredshed, og i den danske model for medicinsk teknologivurdering (MTV) er patientperspektivet et af de fire analyseelementer (1). Stigende interesse for at få belyst mødet mellem patienten og sundhedsvæsenet ud fra patientens synsvinkel, har ført til udvikling af redskaber til måling af patienttilfredshed og registrering af patientoplevelser med det overordnede formål at styrke sygehusenes arbejde med kvalitetsudvikling (2).

I 2000 blev der iværksat en række brugerundersøgelser med nogle fælles spørgsmål, som kunne suppleres med lokale spørgsmål. Dette resulterede i beslutningen om at udføre Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), som gennemføres hvert andet år på vegne af landets regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (3).

På trods af lovgivning og kvalitetsstandarder på området kan det dog være vanskeligt for sundhedspersonalet at leve op til patienternes forventninger. Dette kommer blandt andet til udtryk i LUP 2014, hvor patienterne angav, at de ikke i tilstrækkelig grad oplever, at personalet involverer dem i beslutninger om behandling og pleje. Desuden savner patienterne information især i forbindelse med deres udskrivelse (4). Samtidig er klager om manglende patientinddragelse, information og kommunikation hos patientombuddet stigende (5).

Derfor arbejdes der i flere regioner løbende med at forbedre patienttilfredsheden blandt andet ved at gennemføre spørgeskemaundersøgelser (5). Ved at anvende spørgeskemametoden har sygehusafdelinger en mulighed for at spørge mange patienter, således at resultaterne kan anvendes repræsentativt for afdelingens samlede brugergruppe (3).

To kvalitative studier fra henholdsvis 2004 og 2013 viser, at der er brug for at sætte fokus på, hvordan patienterne oplever deres rehabilitering under indlæggelsen (6,7). Patienter med hjerneskade har et langt rehabiliteringsforløb på sygehusene. Disse patienter har meget forskellige og samtidig

ofte multifacetterede problemer og rehabiliteringsbehov (1). Derfor er det væsentligt at undersøge, hvordan de oplever deres forløb, så behandlingen bedst muligt kan tilpasses deres individuelle behov.

Da træningen hos fysioterapeut og ergoterapeut er en del af den tværfaglige indsats indenfor i neuro-rehabiliteringen, er det et centralt spørgsmål, hvordan patienterne oplever den træning, de modtager under deres rehabiliteringsforløb.

Formålet med herværende projekt er derfor at få en beskrivelse af både terapeuter og patienters oplevelse af, hvad der er god kvalitet i træningen for på den baggrund at udarbejde nogle gode og dækkende spørgsmål, der kan bruges i et spørgeskema om patienttilfredshed. Patienterne er indlagt på en neuro-rehabiliteringsafdeling på et sygehus, og deres svar vil således kunne bidrage til at udpege kvalitetsindikatorer og på den måde give terapeuterne mulighed for at videreudvikle og tilpasse træningen fremover.

Projektets forforståelse er baseret på oplevelser og erfaringer fra tidligere kliniske praktikforløb, samt fra forfatterens ansættelse som vikar på et sklerosehospital. Forfatteren har under sit arbejde bemærket, hvor vigtigt det er at kommunikere med patienterne, så de føler sig medinddraget og godt informeret i løbet af deres indlæggelse. Det betyder, at forfatterens forforståelse har præget projektets indgangsvinkel og har været en afgørende motivationsfaktor for gennemførelse af projektet (8).

Den teoretiske forståelse for, hvordan spørgeskemaer til brug i sundhedsvæsenet udvikles, bygger på Region Hovedstadens guide til kvalitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet samt Freil M et al.'s publikationer om spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger (12,3).

Design og metode

Projektet omhandler menneskelige oplevelser af et konkret behandlingsforløb, hvilket betyder, at menneskene i projektet præger den videnskabelige tilgang og metode. Projektet tager således afsæt i den humanvidenskabelige tradition (13).

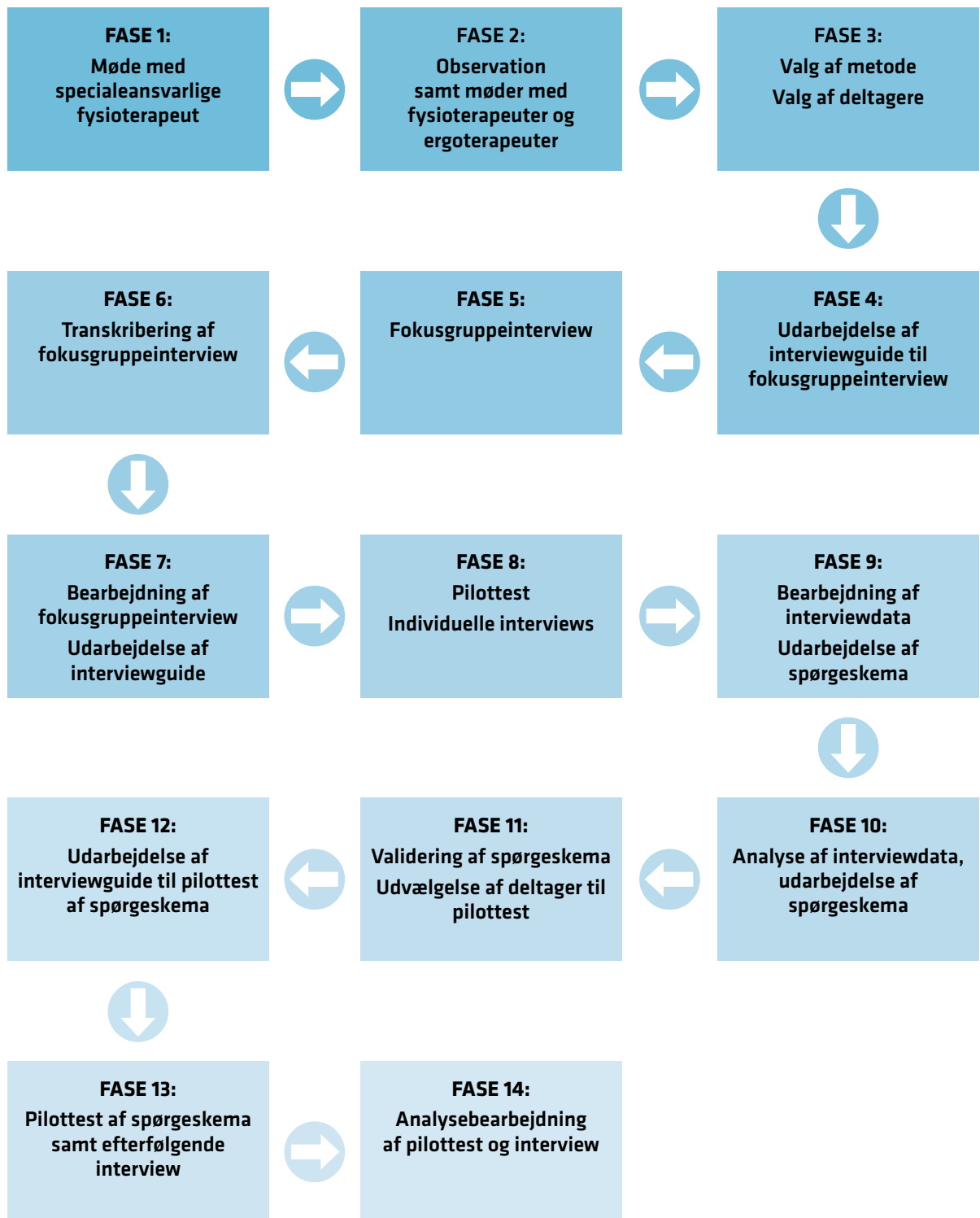
Der blev arbejdet ud fra den kvalitative forskningsmetode, da der blev søgt en nuanceret belysning af forholdet mellem patienter og terapeuter samt deres oplevelse og vurdering af træningsforløbet (14).

Projektet indeholder flere faser med gentagne udvælgelse af deltagere, flere faser med dataindsamlinger og databearbejdnings. Metodeafsnittet er derfor opbygget kronologisk ud fra de forskellige faser og ikke som i et traditionelt dataindsamlings-, databearbejdnings- og resultatafsnit. Gennemgangen af faserne redegør således for brug af observation, udarbejdelse af interviewguide til både fokusgruppeinterviewet samt til de kvalitative interviews, transskriptionsfremgangsmetode, analysebearbejdningen samt processen med at udvikle og validere et spørgeskema.

Selve analysearbejdet af de individuelle interviews blev inspireret af Charmaz modificerede udgave af The Grounded Theory. Denne teori lægger vægt på udviklingen af nye begreber og har samtidig vist sig at være et kraftfuldt redskab, der kan forbedre kvaliteten inden for sundhedsvæsenet, eftersom metoden er baseret på virkeligheden og dermed har fat i det, der er relevant for området (15).

For at udvikle en bredere viden om problemstillingen, blev der benyttet både kilde- og metodetriangulering. Kildetrianguleringen bestod i at lave interviews med både fysioterapeuter, ergoterapeuter og patienter om den samme problemstilling. Metodetrianguleringen indebar, at der blev benyttet forskellige metoder som observation, fokusgruppeinterview og individuelle interview for at belyse det samme fænomen (16).

Design og metode fremgår af flowdiagrammet figur 1.



Figur 1. Metode præsenteret som flowdiagram.

Beskrivelse af de 14 faser

Fase 1-3: *Opstart*

Projektet blev i samarbejde med den specialeansvarlige fysioterapeut indledt med observation på afdelingen og med deltagelse i teammøde. For at opnå kendskab til afdelingens rutiner, blev der benyttet en usystematisk observationsmetode. Forfatteren var åben og modtagelig for alle indtryk og noterede indtrykkene, som de kom uden nogen form for systematik eller struktur (16). På den måde blev der observeret forskellige situationer, som dannede baggrund for udarbejdelsen af spørgsmål til de kommende interviewguides.

På baggrund af observation og teammødet blev det besluttet at begynde med et *fokusgruppeinterview* med fysio- og ergoterapeuter fra afdelingen efterfulgt af semistrukturerede individuelle interviews med 4-5 patienter. Hensigten med fokusgruppeinterviewet var at få de ansatte terapeuters syn på problemstillingen. Deltagerne blev udvalgt i samarbejde med den specialeansvarlige fysioterapeut og bestod af fire fysioterapeuter og to ergoterapeuter fra afdelingen.

Det *semistrukturerede interview* blev valgt for at komme i tæt dialog med deltagerne (pt.) og samtidig give interviewereren mulighed for at forfølge deltagerens svar (16). De fire individuelle deltagere blev udvalgt af den specialeansvarlige fysioterapeut ud fra en strategisk tilgang, og der blev bestemt inklusions- og eksklusionskriterier (faktaboks 1).

| INKLUSIONSKRITERIER | EKSKLUSIONSKRITERIER |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • M/K med neurologisk skade, der er indlagt på neurologisk afdeling under projektperioden. | <ul style="list-style-type: none"> • M/K med impressiv afasi. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patienten skal have modtaget træning af både fysioterapeuter og ergoterapeuter under indlæggelsen. | <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med store kognitive udfordringer. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patienten skal have tid og lyst til at lade sig interviewe. | <ul style="list-style-type: none"> • Patienter, der lider af hukommelsestab. |

Faktaboks 1. Inklusions- og eksklusionskriterier.

Empiri-indsamlingen foregik over en to-måneders periode i efteråret 2015. Alle deltagere, der blev kontaktet, gav tilsagn om deltagelse, og ingen aflyste eller faldt fra under forløbet. Tre mænd og en kvinde i alderen fra 47-67 år deltog.

Fase 4-7: *Fokusgruppeinterview, transkribering samt bearbejdning*

På baggrund af observation og teammøde blev der udarbejdet en interviewguide til fokusgruppeinterviewet. Idet forfatteren alene afholdt fokusgruppeinterviewet, indtog forfatteren både rollen som interviewer og moderator. Da meningen var at få mange forskellige synspunkter frem under interviewet, blev der benyttet en ikke-styrende interviewstil (17). Interviewet blev båndet.

Transskriptionen foregik dagene efter interviewet. For at sikre ensartethed blev der brugt en trans-

skriptionsnøgle (18). Interviewet blev transskriberet så ordret som muligt for at undgå tab af vigtige detaljer. Herefter blev interviewet lyttet igennem samtidig med gennemlæsningen af udskriftet for at sikre, at der ikke var gået noget tabt mellem tale og skrift.

Under bearbejdningen af fokusgruppeinterviewet blev det tydeligt, at der var fem overordnede temaer, terapeuterne fandt interessante at følge op på (faktaboks 2).

Overordnede temaer

- Føler patienterne sig medinddraget
- Patienternes oplevelse af træningen
- Patienternes oplevelse af at blive trænet af flere forskellige terapeuter
- Patienternes oplevelse af stemningen på afdelingen
- Patienternes oplevelse af, hvad der er god kvalitet

Faktaboks 2. Terapeuternes fem overordnede temaer.

Ud fra disse fem temaer og med inspiration fra relevant teori og tjeklister (19,20), blev der udarbejdet en interviewguide til de individuelle interviews.

Fase 8-9: Pilottest og transkribering af individuelle interviews

Der blev gennemført et pilotinterview inden de individuelle interviews af patienterne. De individuelle interviews foregik ansigt-til-ansigt for at bruge den nonverbale kropslige kommunikation som støtte for dialogen (16). Alle interviews blev gennemført på deltagerens egne stuer på sygehuset for at skabe ro og få deltagerne til at slappe af.

De fire individuelle interviews blev gennemført inden for den samme uge og blev transskriberet dagen efter. Der blev brugt samme transskriptionsnøgle og procedure som ved fokusgruppeinterviewet.

Fase 10: Analyse af interviewdata og udarbejdelse af spørgeskema

Bearbejdning af de empiriske data er udført med inspiration fra Charmaz (2006) modificerede version af the Grounded Theory (21). Ifølge Charmaz skal materialet kodes omhyggeligt og selve koderne skal være umiddelbare, korte og definere den handling eller oplevelse, der beskrives af interviewpersonen (15). Det er en begrebsgenererende metode, der fokuserer på forhold, der gentager sig om og om igen. Dataanalysen gennemføres i tre trin: 1. den åbne, 2. den selektive, og 3. den teoretiske kodning (15,22).

Denne analysemodel blev valgt i projektet, da det var hensigten at udarbejde nogle gode og dækkende spørgsmål (begreber) ud fra patienternes beskrivelser af erfaringer med træningen (15).

TRIN 1 – Den åbne kodning

Alle interviewene blev læst igennem for at få et helhedsindtryk og finde foreløbige koder. Herefter blev interviewene lagt til side for senere at blive gennemlæst igen for at finde nye koder, der ikke optrådte ved første gennemlæsning. I løbet af processen blev nogle af koderne lagt sammen til fælles begreber. Til sidst var der identificeret 14 foreløbige kernekategorier.

Med udgangspunkt i de 14 foreløbige kernekategorier blev trin 2 i analysen påbegyndt.

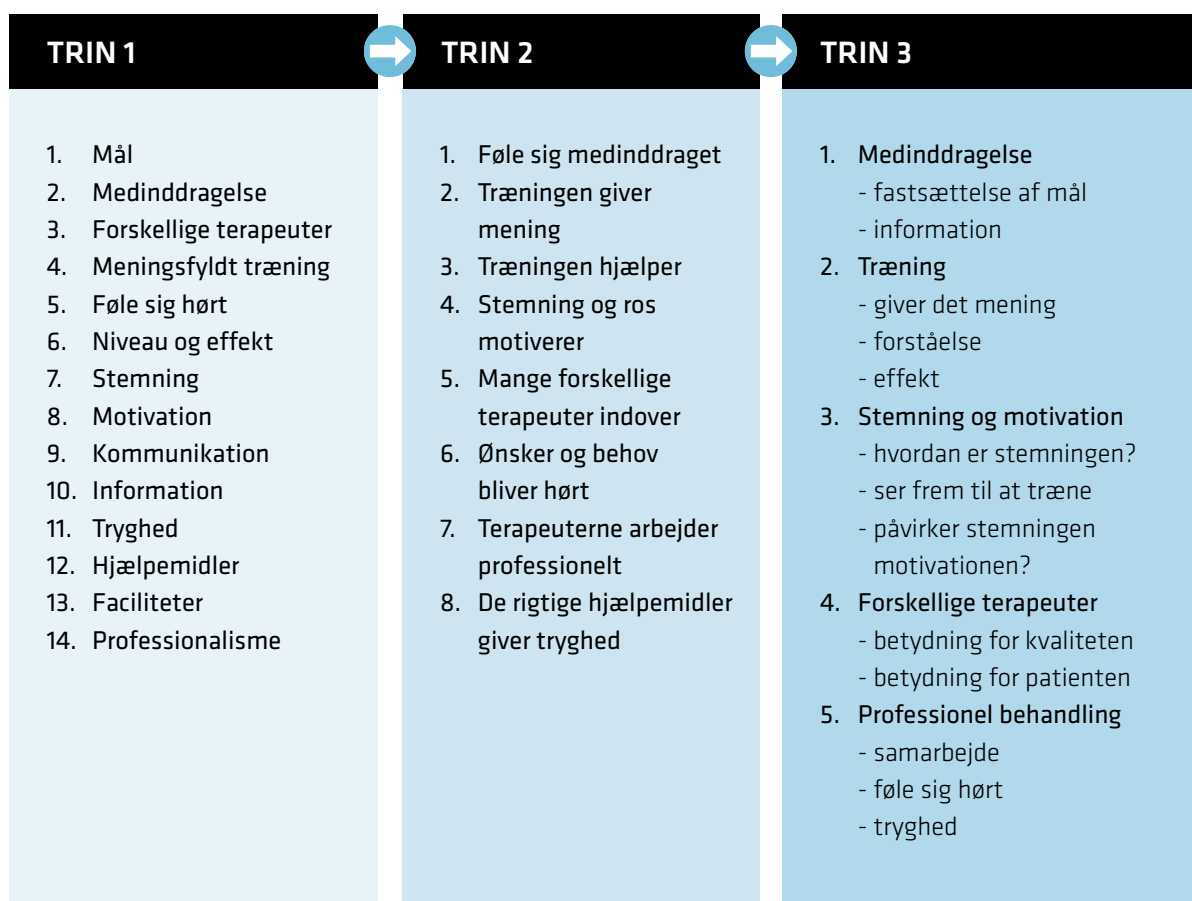
TRIN 2 – *Selektiv kodning*

I denne fase blev der udelukkende kodet data, som på forskellig måde relaterede sig til de 14 kernekategorier. På den måde blev datamængden afgrænset og den videre dataindsamling blev begrænset til de områder, der havde størst betydning for kernekategorierne og deres begreber (15,22). Hvert interview blev systematisk gennemgået og holdt op imod de andre, indtil analysen ikke tilførte noget nyt. Under analysearbejdet blev det tydeligt, at flere af de foreløbige koder belyste forskellige nuancer af samme kodegruppe, hvorfor de blev lagt sammen under en fælles kode. For eksempel blev mål, medinddragelse og information slået sammen og kaldt: *Føle sig medinddraget*, og *Kommunikation*, tryghed og professionalisme blev lagt sammen under koden: *Terapeuterne arbejder professionelt*.

Herefter blev det tydeligt, at koderne begyndte at gentage sig, og der var opnået datamætning. Koderne var nu reduceret til otte kodegrupper, der blev arbejdet videre med i trin 3.

TRIN 3 – *Teoretisk kodning*

De otte kodegrupper blev gennemgået hver for sig og derefter relateret til hinanden for at identificere underliggende temaer. Under denne proces blev koderne reduceret til fem temaer, der indeholdt 2-4 undergrupper hver (figur 2).



Figur 2. Databearbejdning: fra koder til temaer.

Disse fem temaer og deres undergrupper dannede herefter grundlag for udviklingen af spørgsmålene til spørgeskemaet. Det var vigtigt at undgå upræcise og overflødige spørgsmål og derudover skulle en række baggrundvariable som for eksempel køn, alder og erhverv medtages.

Ved udarbejdelsen af spørgeskemaet blev der taget udgangspunkt i fire ud af Boelsens fem metode-regler (23). Ud fra disse regler blev spørgeskemaets indhold og struktur nøje overvejet (faktaboks 3). Skemaet blev opbygget på en logisk måde med tydelige overskrifter og luft imellem spørgsmålene, så det var let at overskue og forstå.

Metoderegler

- Tænk baglæns.
- Vær præcis.
- Tænk på respondenterne.
- Vær særlig opmærksom på de centrale variable (gyldighed og pålidelighed).

Faktaboks 3. Fire ud af Boelsens fem metoderegler.

Der blev taget højde for, at patienterne er svækkede både fysisk og psykisk på grund af deres sygdom. For at motivere til besvarelse af skemaet blev spørgeskemaets længde, antal af spørgsmål og svar-kategorier nøje overvejet. Skemaet måtte hverken være for langt, så patienterne mistede koncentrationen undervejs eller for kort, så de ikke fik lejlighed til at svare på det, som de fandt mest væsentligt (24). Samtidig var det vigtigt at begrænse svarkategorierne for at gøre spørgeskemaet overskueligt og entydigt. For at give et mere præcis billede af patientens vurdering af kvaliteten, blev der benyttet både vurderings- og prioriteringsspørgsmål, og nogle af spørgsmålstyperne og svarkategorierne blev varieret, så deltagerne ikke blot ville sætte kryds i samme svarkategori igennem hele skemaet uden at gennemlæse og forholde sig nøje til hvert spørgsmål (24).

Fase 11-12: Validering af spørgeskema og udvælgelse af deltagere til pilottest

Et udkast til det foreløbige spørgeskema blev sendt til gennemlæsning hos både den specialeansvarlige fysioterapeut samt en ergoterapeut fra afdelingen. Dette gav ingen nye forslag eller kritikpunkter, og der blev derfor gennemført en pilottest, hvor en mindre gruppe patienter blev bedt om at udfylde skemaet. De blev derefter interviewet om, hvordan de forstod spørgsmålene i spørgeskemaet, og om spørgsmålene var dækkende. På den måde fik patienterne mulighed for at vurdere spørgsmålenes relevans og samtidig udpege væsentlige emner, der eventuelt manglede at blive belyst (18).

Seks patienter blev udvalgt af den specialeansvarlige fysioterapeut ud fra de sammen inklusions- og eksklusionskriterier som tidligere. Deltagerne var fem mænd og en kvinde mellem 48 og 64 år.

Inden pilottestningen blev en interviewguide udarbejdet med inspiration fra relevant teori og tjek-lister (20).

Guiden kom til at bestå af tre udforskende spørgsmål (faktaboks 4).

Udforskende spørgsmål

- Var der en svarmulighed, som passede til de svar, du ønskede at give?
- Hvilke overvejelser gjorde du dig, før du svarede?
- Hvad synes du om længden på spørgsmålene?

Faktaboks 4. Interviewguide til pilottestning.

Fase 13-14: Pilottest og analyse

Pilottesten blev foretaget på deltagerne stuer på sygehuset. Interviewet blev gennemført umiddelbart efter besvarelsen og blev båndet. Alle seks pilottest foregik på samme dag. Alle seks deltagere mødte op, men en deltager faldt fra under forløbet.

Dagen efter testen blev spørgeskemaerne, noterne og optagelserne gennemgået og sammenlignet. Det blev her tydeligt, at flere af deltagerne mente, der var behov for at blive spurgt ind til, om træningen var alsidig, og om træningsmængden var passende. Spørgeskemaet blev således revurderet, og der blev tilføjet to ekstra spørgsmål under temaet træning.

Tre af deltagerne påpegede, at der til sidst i skemaet kunne være et opsamlingsspørgsmål omkring kvaliteten af træningen. Der blev derfor udviklet et sidste spørgsmål under overskriften: Dit samlede indtryk.

Alle oplevede, at både længden og mængden af spørgsmål var passende, og at spørgeskemaet var nemt og overskueligt at besvare.

Der blev løbende foretaget en systematisk litteratursøgning indenfor emnet, da der under processen ofte dukkede nye temaer op, der krævede nye søgninger for at identificere relevant litteratur. Under søgningerne er der blevet benyttet usystematisk, systematisk og kaskadesøgning (25).

Etik

Der er indhentet informerede samtykkeerklæringer og skrevet under på tavshedspligt vedrørende behandling af personlige informationer og data. Alle deltagere er anonymiserede, og data er blevet opbevaret sikkert under processen samt slettet efter projektets afslutning.

Videnskabsetisk Komité har vurderet, at interventionen er af så lille, at der ikke er tale om et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt.

Resultat

Analysen frembragte fem overordnede temaer samt tretten undertemaer.

Medinddragelse

Analysen viste, at patienter, der bliver medinddraget i vigtige beslutninger som for eksempel fastsættelse af mål, var mere tilfredse med deres forløb. Desuden viste det sig, at det var en vigtig faktor for patienttilfredsheden, at sundhedspersonalet gav en god og forståelig information til patienterne under hele indlæggelsen.

Træning

Pilottestningen af spørgeskemaet viste, at det var vigtigt for patienterne at modtage en alsidig, og meningsfuld træning, hvor de følte sig medinddraget.

Stemning og motivation

Analysen viste samtidig, at det var en stor motivationsfaktor, at der var god stemning under træningen, og patienterne følte sig stærkt motiverede, når træningen viste sig at have en effekt i hverdagen.

Forskellige terapeuter

Interviewene i projektet belyste, at flere af deltagerne havde oplevet at blive trænet af forskellige terapeuter op til flere gange. Selvom de alle mente, det ikke havde nogen betydning for kvaliteten af træningen, oplevede de det dog lidt utrygt ikke at have den samme terapeut hver gang.

Professionel behandling

Alle deltagerne i projektet oplevede, at samarbejdet med terapeuterne var vigtig. Det var vigtigt for patienterne at blive taget godt og venligt imod af personalet på afdelingen, og at det gav tryghed at føle, at terapeuterne var kompetente og havde overskud.

De fem temaer dannede således spørgeskemaets overskrifter, hvorefter de tretten undertemaer blev bearbejdet og omformuleret til 21 konkrete spørgsmål.

Diskussion af resultater

Flere kvalitative studier (26,27) samt Sundhedsstyrelsens MTV-rapport om hjerneskaderehabilitering (1) understøtter projektets analyse. Den måde personalet informerer og medinddrager personen med hjerneskade på, er afgørende for, at denne udvikler et mere positivt syn på sig selv. Dette er med til at øge patienttilfredsheden.

I MTV-rapporten understreges det, at personer med hjerneskade har behov for aktiv involvering i form af terapeutiske og pædagogiske tilgange, der fremmer personens motivation, autonomi og oplevelse af selv at kunne mestre livssituationen bedre (1).

I et kvalitativt studie af Gubrium, hvor der blev indhentet benchmarking-data fra dybdegående kvalitative interviews med mandlige patienter med apopleksi, beskriver mændene, at det havde en betydning for deres motivation, at de selv kunne måle deres egen fremgang eller tilbagegang i forhold til forskellige hverdagssituationer (28).

Det har ikke været muligt at finde studier, der belyser, om det at blive trænet af forskellige terapeuter påvirker kvaliteten af træningen.

MTV-rapporten understreger, at flere studier har vist, at et samspil med andre ligestillede er befordrende for, at personen med hjerneskade udvikler en ny positiv forståelse af sin livssituation (1).

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse har i deres undersøgelse fra 2014 haft fokus på, hvornår patienterne føler sig set og hørt. Derfor har enheden interviewet indlagte patienter og pårørende om, hvilken adfærd personalet skal udvise, for at de føler sig set og hørt under deres indlæggelse (4). Disse interviews viste, at patienterne mente, at personalet bør være fysisk til stede ved ankomsten, give løbende, enslydende og primær mundtlig information, skabe god stemning og være tilgængelige, være venlige, imødekommende og handlekraftige, tage sig tid og udvise ro.

Et kvalitativt interviewstudie af Chamberlains, hvor patienter med traumatisk hjerneskade beskriver deres oplevelser og erfaringer et år efter skaden, viste, at flere af deltagerne var frustrerede over at møde manglende empati og forståelse fra personalet, og således ikke følte sig hørt og taget alvorligt (29).

Samtidig viser Stephen J Mays review om patienttilfredshed tydeligt, at de sundhedsprofessionelles kompetencer er en vigtig faktor for patienttilfredsheden. Det giver patienterne en følelse af tryghed og ro, at de føler, de er i gode hænder (30).

Ovenstående studier synliggør, at hvis personalet udviser empati og forståelse, bidrager det til, at patienten udvikler et mere positivt syn på sin livssituation. Samtidig giver et kompetent personale den indlagte en større tillid, tryghed og ro.

Diskussionen belyser, at fire af temaerne har en høj grad af ekstern validitet, idet både MTV-rapporten, LUPs kvalitative interviews og flere studier understøtter projektets analyse. Derimod findes der lav ekstern validitet for, at temaet *forskellige terapeuter* er væsentlig i en patienttilfredshedsundersøgelse.

Diskussion af metode

Projektets interne validitet højnes ved, at der er opsamlet data over en længere periode samt at alle interviewguides er blev gennemlæst af både vejleder samt specialeansvarlige fysioterapeut og holdt op imod en tjekliste (20). Derudover er der blevet brugt ansigt-til-ansigt interviews for at kunne afkode deltagerens kropssprog og ansigtsudtryk og for at opbygge tillid (18). Der er blevet anvendt transskriptionsnøgle for at sikre ensartethed i udskrift af de optagede interviews, og der er blevet udført pilotinterview for at øve interviewteknik og afprøve interviewguide, hvilket er en styrke.

At forfatteren har være alene om projektet, må generelt opfattes som en svaghed, hvilket der er taget højde for ved blandt andet at diskutere flere af projektets temaer med andre studerende og vejledere. På den anden side har dette også været en styrke ved projektet, da forfatteren således har været involveret i alle faserne under hele projektskrivningen.

En anden svaghed er, at der kun blev foretaget fire korte individuelle interviews. Det har ikke været muligt at gennemføre længere interviews på grund af patienternes sygdom, og derfor ville det have været bedre at interviewe flere patienter for at højne validiteten. Til gengæld mødte alle deltagere op og alle var i stand til at beskrive og vurdere deres oplevelser og synspunkter i forhold til træningen. Det er også en styrke, at de patienter, der besvarede spørgeskemaet, efterfølgende fandt temaerne relevante, samt at den eksterne validitet for temaerne er god.

Der blev ikke foretaget et deltagertjek, hvilket er en svaghed for projektets interne validitet. Dog blev der ved afslutningen på hvert interview opridset hovedpunkter, givet mulighed for at tilføje eller tale mere om specifikke emner og afslutningsvis informere om den videre proces i forhold til transskribering og fortolkning. Deltagerne fik derved mulighed for at kommentere på både indhold og proces.

I den videre analyseproces er validiteten højnet ved brug af Charmaz modificerede udgave af The Grounded Theory (15).

Spørgeskemaet blev herefter gennemlæst og kommenteret af både fysio- og ergoterapeuter, hvorefter der blev gennemført en pilottest, hvor patienterne fik mulighed for at vurdere spørgsmålenes

relevans og samtidig udpege emner, der eventuelt manglede at blive belyst. Dette blev gjort for at højne overfladevaliditeten (31). Der er desuden gjort brug af kilde- og metodetriangulering for at få en bredere forståelse af materialet (17), hvilket tilsvarende højner validiteten.

Projektets reliabilitet relaterer sig til det tekniske udstyr, der blev brugt i interviewsituationerne. For at sikre interviews af god kvalitet blev der foretaget lydprøve før hvert interview for at teste, at teknikken virkede, og at lydniveauet var tilfredsstillende. Desuden blev transskriptionen af interviewene kontrolleret op imod de oprindelige optagelser for at sikre reliabilitet (14).

Projektet er søgt gennemført med en høj grad af intersubjektivitet ved at formidle den metodiske fremgangsmåde så transparent som muligt. Forløbet er således præsenteret med et flowdiagram for at illustrere de overlappende faser. Hver fase er grundigt beskrevet, for at læseren har større mulighed for at vurdere resultaternes gyldighed (17).

På baggrund af ovenstående metode- og analysediskussion vurderes projektets temaer at være eksternt valide og metoderne til at være internt valide, hvilket betyder, at spørgeskemaet i store træk er velegnet til at undersøge patienters oplevelse af at være indlagt på en neurorehabiliteringsafdeling.

Konklusion

Projektets formål var at udarbejde et spørgeskema, der kunne formidle patienters tilfredshed med træning hos fysioterapeut og ergoterapeut under på en neurorehabiliteringsafdeling på et sygehus. Projektet har forsøgt at forstå patienternes erfaringer og oplevelser med træningen for at udvikle et spørgeskema, der inkluderer patienternes behov og præferencer, og således sætter patienten i centrum.

Under analysen af interviewene fremkom fem centrale temaer samt tretten undertemaer. Disse temaer fremgår af faktaboks 5.

| CENTRALE TEMAER | UNDERTEMAER |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Medinddragelse | <i>Fastsættelse af mål og Information</i> |
| Træning | <i>Giver det mening, Forståelse, Effekt</i> |
| Stemning og motivation | <i>Hvordan er stemningen, Ser frem til at træne, Påvirker stemningen motivationen</i> |
| Forskellige terapeuter | <i>Betydning for kvaliteten, Betydning for patienten</i> |
| Professionel behandling | <i>Samarbejde, Føle sig hørt, Tryghed</i> |

Faktaboks 5. De fem centrale temaer samt undertemaer.

Ud fra disse temaer blev patienttilfredshedsspørgeskemaet konstrueret og kom til at indeholde i alt 21 spørgsmål. Herefter blev skemaet valideret af både fysioterapeuter, ergoterapeuter samt patienter, hvorefter spørgeskemaet blev revideret.

Perspektivering

Dette projekt har givet stemme til patienter med neurologiske skader med det mål at blive klogere på patienternes oplevelse af kvalitet. Denne viden kan bruges til at videreudvikle samt tilpasse andre spørgeskemaer om patienttilfredshed. For eksempel kan projektet bruges som input til nye spørgsmål omhandlende patienttilfredshed, samt ideer til tilpasning af layout. Såfremt man ønsker at tage spørgeskemaet i brug, som det er, anbefales det, at skemaet først valideres på en større gruppe patienter.

Set i et fysioterapeutisk og ergoterapeutisk regi vil viden om patienters tilfredshed med træningen under et rehabiliteringsforløb gavne udviklingen og tilpasningen af interventionen, der således i højere grad vil kunne målrettes den enkelte patient og dermed højne kvaliteten på afdelingen. Ved inddragelse af patienternes viden til målretning og forbedring af spørgeskemaer om patienttilfredshed, vil man også i højere grad kunne sætte patienten i centrum. Dette vil være i overensstemmelse med de tiltag, der er nævnt i Finansloven 2015, hvor der er afsat 0,3 mia. kr. til bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende (32).

Bilag 1: Spørgeskema (fysio.dk/bachelorprisen2017).

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering; Hovedrapport. Medicinsk teknologivurdering.* (Internet). København 2011. (cited 2015 Nov. 29) Available from: sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2011/hjerneskaderehabilitering
2. Sundhedsstyrelsen. *Patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser af behandling og pleje en analyse baseret på patienter behandlet for tyk- og endetarmskræft.* (Internet). København 2006. (cited 2015 Nov. 15) Available from: sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2006/patienters-og-sundhedsprofessionelles-oplevelser-af-behandling-og-pleje-en-analyse-baseret-paa-patienter-behandlet-for-tyk-og-endetarmskraeft
3. Freil M, Gut R & Jensen A. *Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinge.* København: Enheden for brugerundersøgelser, sundhedsforvaltningen Danmark; 2005.
4. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Region Hovedstaden. *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2014.* (Internet). København 2014. (cited 2015 Nov. 15) Available from: patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/lup-2000-2013/landsdaekkende-undersoegelse
5. Region Sjælland. *Sundhed, samarbejde og indsatser* (Internet). (cited 2015 Dec 12) Available from: www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Patientkommunikation/Sider/default.aspx
6. Stephen D, Gill SD, Dunnin T, McKinnon F, Cook D and Bourke J. *Understanding the experience of inpatient rehabilitation: insights into patient- centred care from patients and family members.* Caring Sci; (Internet). 2014. (cited 2015 December 12); 28; 264–272. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23789871
7. Cott AC. *Client-centred rehabilitation: client perspectives.* *Disability and rehabilitation* (internet). 2004; (cited 2015 December 17) Vol. 26, No. 24, 1411– 1422. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15764361
8. Malterud K. *Kvalitative metoder i medicinsk forskning.* 3rd ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. p. 26-48.
9. *Patientforløb og kvalitetsudvikling Sundhedsstyrelsen* (internet)1999, p 7. (cited 2015 Nov. 2). Available from: sundhedsstyrelsen.dk/~media/293B4D57AB57466C88CB82B5AE3B94D9.ashx
10. Kjærgaard J. *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.* København: Munksgaard Danmark; 2001. p. 25.
11. Mandag Morgen. *Patienternes nye rejse – genvej til et bedre sundhedsvæsen.* (Internet). København; 2014. (cited 2015 Dec. 9). Available from: www.mm.dk/patienternes-nye-rejse-%E2%80%93-genvej-bedre-sundhedsvaesen
12. Enhed for evaluering og brugerinddragelse. Region Hovedstaden. *Spørg brugerne – en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet.* (Internet). København 2011. p. 20-24. (cited 2015 Oct. 17) Available from: patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/tjekliste-2udg.pdf
13. Thisted J. *Forskningsmetode i praksis.* København: Munksgaard Danmark; 2010.
14. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* 4ed. Oslo: Universitetsforlaget; 1996. P 31-40.
15. Henricson M. *Videnskabelig teori og metode, fra ide til eksamination.* 1nd ed. København: Munksgaard; 2014. P.424-241.
16. Hovmann B & Præstegaard J. *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion. Nyt om forskning* (internet). 2002; Nr. 2, p 40-57. (cited 2015 Okt. 11). Available from: fysio.dk/upload/graphics/PDF-filer/Metodeartikler/2002/kvalitative_forskningsmetoder.pdf

17. Kvale S & Brinkmann S. Interview. *Introduktion til et håndværk*. 2 nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2008. P. 170-171.
18. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2nd ed. Oslo: Universitetsforlaget; 1996. p. 77-82.
19. Brinkmann S & Tanggaard L. *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
20. Enhed for evaluering og brugerinddragelse. Region Hovedstaden. *Spørg brugerne – en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. (Internet). København 2011. p 82-84. (cited 2015 Oct. 17) Available from: patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/tjekliste-2udg.pdf
21. Charnaz K. *Constructing Grounded Theory – A practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage publications; 2006.
22. Kvale S & Brinkman S. Interview. *Introduktion til et håndværk*. 2 nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2008. p. 223 – 227.
23. Boelsen M. *Spørgeskemaundersøgelser; fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. København: Hans Reitzels Forlag Danmark; 2008. P.50 – 58.
24. Enhed for evaluering og brugerinddragelse. Region Hovedstaden. *Spørg brugerne – en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. (Internet). København 2011. p. 20-24 (cited 2015 Oct. 17) Available from: patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/tjekliste-2udg.pdf
25. Lindahl M & Juhl C. *Den sundhedsvidenskabelige opgave – vejledning og værktøjskasse*. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2010. p. 35-95.
26. Olofsson A, Andersson SO, Carlberg B. 'If only I manage to get home I'll get better' – interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. *Clin Rehabil.* (internet) 2005 (cited 2015 Dec. 13).Jun;19(4):433-40. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15929513
27. Rittman M, Boylstein C, Hinojosa R, Hinojosa MS, Haun J. *Transition experiences of stroke survivors following discharge home*. *Top Stroke Rehabil.* (internet) 2007 (cited 2015 dec.11) 11Mar-Apr;14(2):21-31. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17517571
28. Gubrium JF, Rittman MR, Williams C, Young ME, Boylstein CA. *Benchmarking as everyday functional assessment in stroke recovery*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*2003 Jul;58(4):S203-11. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12878653
29. Chamberlain DJ. *The experience of surviving traumatic brain injury*. *J Adv. Nurs.* (internet) 2006 (cited 2015 Nov. 5)May;54 (4):407-17. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16671970
30. May, S.J. *Patient Satisfaction with management of back pain Part 1: What is Satisfaction? Review of satisfaction with medical care*. *Physiotherapy*, 87 (1), p. 4-9 (internet) 2001 (cited 2015 Nov. 3) s.5. Available from: www.sciencedirect.com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:2048/science/article/pii/S003194060561098X
31. Beyer N, Magnusson P, Thorborg K. *Målemetoder – i forebyggelse, behandling og rehabilitering*. 2 nd ed. København: Munksgaard; 2012. p. 42.
32. Finansministeriet. *Finanslov 2015*. (Internet). København 2014 (cited 2015 Dec. 27). Available from: www.fm.dk/temaer/finanslov-2015/6-en-halv-mia-kr-til-bedre-sundhed/#.VKVvhiuG-CM

Summary

TRAINING, QUALITY AND PATIENT SATISFACTION

Development of a questionnaire regarding patient satisfaction when admitted to a neurorehabilitation unit.

Linda Rasmussen, PT.

Background

Securing a high level of patient satisfaction is one of the overall quality goals within the healthcare system. However, it might be difficult for healthcare personnel to live up to patients' expectations. This is why several regions are working to improve patient satisfaction by conducting questionnaire surveys.

A group of patients with prolonged hospital rehabilitation are patients with brain damage. These patients have very different – and at the same time often multifaceted – problems and rehabilitation needs. As the physiotherapist and occupational therapist-led training is part of an interdisciplinary approach in neurological rehabilitation, it is important to investigate how patients experience their training, so that the treatment can best be adapted to the individual needs of patients.

Objective

The objective of this project is to compose a questionnaire to gather relevant information regarding patient satisfaction with their physiotherapy and occupational therapy treatment during their stay at the neurorehabilitation unit at hospital X.

Method

The study is based on four individual, semi-structured interviews with patients, and the analysis of the data is inspired by the modified version of the Grounded Theory by Charmaz. Subsequently, the newly-designed questionnaire has been pilot-tested by therapists and patients and followed up with interviews.

Results

The analysis showed that all four participants experienced five overall themes and thirteen sub-themes which they found important with regards to patient satisfaction. The development of the patient-satisfaction questionnaire was based on these themes. Later, the questionnaire was validated by therapists and patients and revised.

Conclusion

Based on patients' experiences with training and aftercare, this project developed a questionnaire attempting to put the patient in the centre by including the preferences and needs of the patient. The patients' experiences manifested these five themes: Involvement, Training, Atmosphere and Motivation, Different Therapists and Professional Treatment. The questionnaire was composed on the basis of these themes.

The knowledge derived from the project can be used to further develop and adapt other questionnaires dealing with patient satisfaction. When including patients' knowledge to target and improve questionnaires dealing with patient satisfaction, the therapist will be better able to put the patient in the centre in the future.

Keywords:

Patient Satisfaction, Questionnaire, Physiotherapy and Occupational Therapy Training, Neurorehabilitation.