

# Hvordan møter vi pasienten?

## BRUKERUNDERSØKELSE VED EN ERGOTERAPI- OG FYSIOTERAPIENHET

Av Reidun Skøien, Helga Hovden og Unni Vågsmyr

Reidun Skøien er spesialergoterapeut ved Sykehuset Innlandet Helseforetak i Lillehammer.

E-post: reidun.skoiens@sykehuset-innlandet.no

Helga Hovden er spesialergoterapeut ved Sykehuset Innlandet Helseforetak i Lillehammer.

Unni Vågsmyr er spesialergoterapeut og enhetsleder ved Sykehuset Innlandet Helseforetak i Lillehammer.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

### Sammendrag

**Kvaliteten i møtet** mellom pasient og terapeut er avgjørende for god behandling, men føler pasienten seg respektert og ivaretatt? I en brukerundersøkelse i 2012 ved Sykehuset Innlandet Lillehammer (SIL), spurte vi pasientene om dette. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om respekt, tillit, forståelse, forventninger, nytte og tilfredshet. Pasientgrunnet var 100 pasienter ved nevrologisk, medisinsk og ortopedisk avdeling. Resultatet viste at pasientene var fornøyde med hvordan de ble møtt av ergoterapeut og fysioterapeut. Verken alder eller kjønn påvirket resultatet i særlig grad. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er opptatt av menneskets funksjon i hverdagen. Ved behov innhentes informasjon om pasientens hverdag. Dette kan være en årsak til at pasientene følte seg ivaretatt. Årsaken til at noen pasienter ikke svarte på brukerundersøkelsen, kan være at de var misfornøyde med resultatet av behandlingen, ikke rakk å svare, eller at de glemte det. Undersøkelsen bidro til å bevisstgjøre oss som fagpersoner og var nyttig som kvalitetssikring av ergoterapi- og fysioterapitilbudet.

**Nøkkelord:** Sykehusopphold, kvalitet og brukertilfredshet.

### Innledning

Helsepersonell skal møte pasienten med respekt (Gabrielsen, 2001). Dette er en selvfølge, men det er ikke alltid at pasientene opplever det i møte med helsepersonell. Ifølge en rapport fra Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) har undersøkelser om pasienttilfredshet blitt stadig mer aktuelle som følge av kvalitetsutvikling ved sykehus (Gabrielsen, 2001). Gabrielsens hovedfokus er kvalitet slik pasienten opplever den. I sin rapport redegjør hun for ulike kvalitetsaspekter ved sykehusopphold. Aspektene dreier seg blant annet om ventetid for behandling, ansattes evne til å lytte, fagpersonals tilgjengelighet, informasjon om behandling og punktlighet.

I Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) står det blant annet at pasienter har en lovfestet rett til informasjon og medvirkning i forbindelse med egen sykdom. Det overordnede målet for Sykehuset Innlandet HF er å skape god kvalitet i møte mellom pasient og ansatte. I handlingsplanen ved Ergoterapi- og fysioterapienheten ved SIL er det et mål at vi skal ha god faglig standard på alt pasientrettet arbeid for å oppnå optimal funksjon, aktivitet og deltakelse. Kunnskapsbasert praksis har økt fokus.

Vi opplever i dag at våre vurderinger i større grad enn tidligere blir tatt med som en del av epikrisen ved utskrivning av pasienter. Vurderingene blir på den måten vektlagt på lik linje med legens og andre faggruppers vurderinger. God faglig kvalitet på arbeidet vi gjør, er avgjørende. I en rapport fra Kunnskapscenteret (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2013) står det at pasienter innlagt ved somatiske sengeposter i 2013 hadde bedre erfaringer enn pasienter i 2011 på fire områder (informasjon, pleiepersonalet, legene, organisering), og bedre erfaringer enn pasienter i 2012 på to områder (organisering, informasjon).

Parallelt med krav til god faglig kvalitet stilles det også krav om effektiv behandling. Liggetiden på sykehuset blir stadig kortere, og pasientene må behandles så raskt og effektivt som mulig (Skøien, Rosseland, Vågsmyr, Hovden & Kornkveen, 2011). Spørsmålet er om dette går utover pasienttilfredsheten. Er pasientene fornøyde med behandlingen de får, møter vi pasientene med respekt, og gir vi pasientene tilstrekkelig informasjon om behandlingen? Hvordan pasienten blir møtt på sykehuset, viser seg å ha størst betydning med tanke på tilfredshet med tjenesten (Gabrielsen, 2001).

### KOMMUNIKASJONSASPEKTER

Kvalitet kan måles objektivt gjennom struktur (fasiliteter, utstyr, behandlingstilbud, kompetanse, organisering etc.), subjektivt gjennom prosess (klinisk praksis, organisatorisk flyt, kommunikasjon etc.) og gjennom pasienttilfredshet (Gabrielsen, 2001). Aspekter innenfor kommunikasjonen mellom pasient og terapeut er respekt, forståelse, forventninger, nytte, tillit og generell tilfredshet. «En god terapeutisk relasjon forutsetter et indre arbeid fra terapeutens side som gjør at en møter pasienten med empati og nysgjerrighet og er åpen for det som dukker opp» (Strand 2011, s. 683).

*Respekt* handler om ikke å trække over grenser og å ivareta pasientens integritet. Ofte svarer pasientene «du vet best» når terapeuten spør om pasientens mening. Terapeuten bør imidlertid oppfordre pasienten til å komme med sine synspunkter og legge vekt på dette i behandlingen. I dag skjer dette i større grad enn tidligere. Mange pasienter er dessuten bedre orientert enn før om sine rettigheter og finner informasjon via nettet (Gabrielsen, 2001).

Gjensidig *forståelse* av hva som skal skje er viktig og avgjørende for et vellykket resultat (Gabrielsen, 2001). Er terapeuten usikker på om pasienten har forstått instruksjonen, kan det være hensiktsmessig å be pasienten om å gjenta det som ble sagt. Instruksjonen terapeuten gir, må være klar og tydelig. Pasientens hørsel er viktig å sjekke. For mye informasjon på en gang kan bidra til at pasienten ikke får med seg alt. Noen ganger må instruksjonen gjentas, og andre ganger bør den deles opp. Det er viktig at det er satt av tilstrekkelig med tid. Aktuell sykdom kan svekke evnen til å forstå og nyttiggjøre seg informasjon, noe som gjør det nødvendig å involvere pårørende.

Pasienter møter ergoterapeuten og fysioterapeuten med ulik grad av *forventning*. Elektive pasienter (pasienter som har stått på venteliste) ved ortopedisk avdeling vet ofte at de trenger fysioterapi, men kan ha ulike forventninger til type behandling og lengden på behandlingen. Pasienter som kommer inn for øyeblikkelig hjelp, vet gjerne ikke hva de trenger, og har kanskje ingen forventninger. Pasienter med nevrologiske skader vet ofte ikke hvorfor de blir henvist til ergoterapi. Uansett hvilke forventninger pasienten har, er det viktig å avklare dette for at pasienten skal oppleve behandlingen som nyttig.

Opplevelsen av *nytte* henger ofte sammen med forventningene, som beskrevet over, men ikke alltid. Noen ganger kan opplevelsen av nytte knyttes til

kunnskap om egen sykdom. Andre ganger kan opplevelsen av nytte knyttes til det å få en avklaring av situasjonen eller å få et godt råd. Informasjon som terapeuten innhenter om hjemmeforholdene og tidligere funksjonsnivå, kan også oppleves som nyttig.

I hvilken grad pasienten har *tillit* til terapeuten kan avhenge av kommunikasjonen mellom dem. Det å føle seg ivaretatt og bli lyttet til skaper tillit. Det handler også om hvordan terapeuten gjør jobben sin. Noen ganger opplever pasienter at behandlingen har vært bra, andre ganger kan de være misfornøyde. Uansett vil måten de blir møtt på være av stor betydning for om de opplevde tillit til terapeuten og det faglige tilbudet.

*Tilfredshet* kan være avhengig av flere forhold; forventninger, informasjon, opplevelse av å bli ivaretatt, resultatet av behandlingen etc. (Gabrielsen, 2001). Ofte kan det å bli lyttet til og hørt på være tilstrekkelig til at pasienten er tilfreds. Enhetens rammevilkår (bemanning og kapasitet) vil også kunne gi en indikator på pasientens tilfredshet (Gabrielsen, 2001). Tilfredshet kan også handle om at behandlingen skjer til avtalt tid. Må pasienten vente, er informasjon om hvor lang ventetiden er, viktig.

For å finne ut av pasientenes tilfredshet i møte med terapeut ble det i 2012 gjennomført en brukerundersøkelse ved Ergoterapi- og fysioterapienheten ved SIL.

## MÅL

Målet med brukerundersøkelsen var å finne ut om pasientene følte seg ivaretatt og respektert i forbindelse med behandling hos henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut. I tillegg ønsket vi å finne ut om de opplevde at behandlingen hadde vært nyttig. Dette ble gjort som et ledd i kvalitetssikringsarbeidet ved sykehuset.

## Metode

Brukerundersøkelsen var en kvantitativ undersøkelse. Det ble benyttet et spørreskjema med svaralternativer, og besvarelsene var anonyme. Som utgangspunkt for spørreskjemaet benyttet vi et spørreskjema om pasienters erfaringer fra sykehusopphold, hentet fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.

## UTARBEIDING AV SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet vi utarbeidet skulle være enkelt å fylle ut og ikke inneholde for mange spørsmål. Et annet viktig poeng var å få alle spørsmålene inn på ett ark (to sider). Aktuelle spørsmål ble hentet og redigert

fra nevnte spørreskjema. Spørsmålene vi stilte var:

- 1 Snakket terapeuten til deg slik at du forsto hva som ble sagt?
- 2 Opplevde du at terapeuten var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
- 3 Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan undersøkelsen/behandlingen skulle foregå?
- 4 Har du tillit til terapeuten faglige dyktighet?
- 5 Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?
- 6 Fikk du forklart hvorfor du skulle til undersøkelse/behandling?
- 7 Følte du deg ivaretatt av terapeuten?
- 8 Mener du undersøkelsen/behandlingen var nyttig for deg?
- 9 Svarte undersøkelsen/behandlingen til dine forventninger?
- 10 Var undersøkelsen/behandlingen du fikk, alt i alt tilfredsstillende?

Spørreskjemaet inneholdt i tillegg spørsmål om alder og kjønn. Det ble benyttet aldersgrupper (under 30 år, 30-50 år, 51-70 år og over 70 år). Eksakt alder var ikke relevant i denne sammenhengen. Det å undersøke seg selv kan være et forskningsmessig dilemma fordi det kan oppfattes som «bukken til havresekken». Grunnen til at det likevel ble gjort på denne måten, var at det både økonomisk og ressursmessig var en fordel å kunne gjennomføre undersøkelsen som en del av den daglige driften. Av den grunn ble spørreskjemaet kvalitetssikret og metode overvåket av forskningsveileder ved sykehuset. Kunnskapssenteret anbefaler en fempunkts svarskala med svarkategorier. En ulempe med fempunktskala er at mange da har en tendens til å svare «midt på treet». Vi benyttet derfor firepunktskala hvor 1 var «Ikke i det hele tatt», 2 «I noen grad», 3 «I stor grad» og 4 «I svært stor grad». På den måten ble pasientene i større grad tvunget til å tenke gjennom hva de ville svare.

Før brukerundersøkelsen startet, ble avdelingsledere og ansatte på de aktuelle avdelingene informert muntlig og skriftlig om undersøkelsen. De ble også informert om hvordan de skulle forholde seg til pasienter som hadde fått med seg spørreskjema fra terapeuten tilbake til avdelingen.

## INFORMANTER

Informantene var delvis et tilfeldig utvalg innlagte pasienter fra nevrologisk og medisinsk avdeling, inkludert slagenheten, og ortopedisk avdeling.

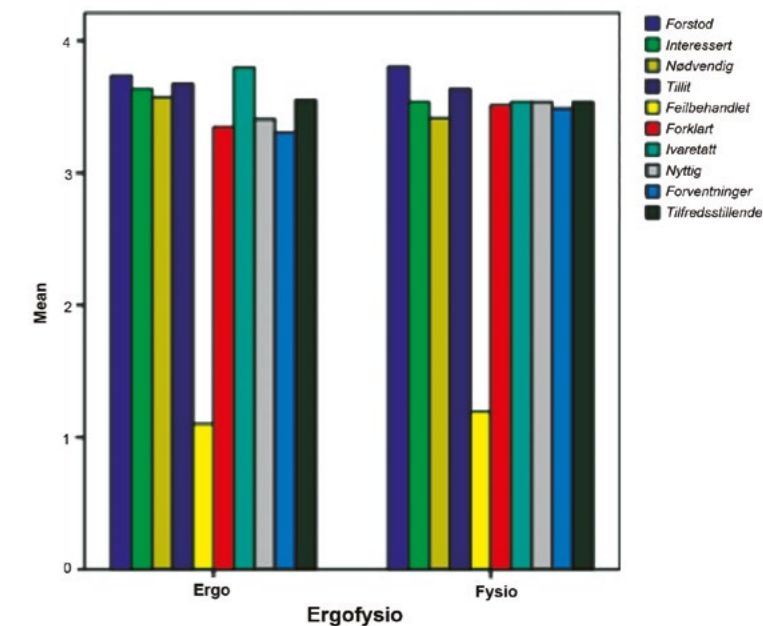
Mange pasienter skiller ikke mellom ergoterapi og fysioterapi. Inklusjonskriterier var derfor pasienter (kvinner og menn >18 år) fra nevrologisk og medisinsk avdeling som kun fikk ergoterapi, og pasienter (kvinner og menn >18 år) fra ortopedisk avdeling som kun fikk fysioterapi. Der det var aktuelt, foretok henholdsvis ergoterapeuten og fysioterapeuten en vurdering om pasienten forstod verbal instruksjon og hadde samarbeidsevne. På bakgrunn av dette avgjorde terapeuten om pasienten ville være i stand til å svare eller ikke. Pasienter som utførte MMSE (Mini Mental Status Evaluering) som et ledd i kartleggingen/behandlingen hos ergoterapeut, ble ekskludert dersom skår var < 15 poeng. Dette var et råd vi fikk fra alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet. Tidlig i undersøkelsen fant vi at pasienter med denne grenseverdien ikke alltid klarte å svare adekvat. Vi valgte derfor å sette grensen for ekskludering til <18 for å være mer sikre på at svarene vi fikk var valide.

## DATAINNSAMLING

Datainnsamlingen startet i mars 2012 og ble avsluttet ved utgangen av august 2012. Kunnskaps-senteret anbefaler et antall på 100 – 200 svar ved mellomstore og store institusjoner. I 2010 var antall henviste pasienter til ergoterapi totalt 705, og henviste pasienter til fysioterapi ved ortopedisk avdeling var totalt 773. Aktuelle pasienter ble i etterkant av behandlingen informert om prosjektet med spørsmål om de kunne tenke seg å delta i undersøkelsen. De som ville delta, fikk med seg spørreskjemaet og en konvolutt, og de ble informert om hvordan de skulle fylle ut skjemaet. Det ble presisert at det var frivillig å svare, og at undersøkelsen var anonym. For at undersøkelsen skulle kunne gjennomføres så effektivt som mulig, ble pasientene bedt om å svare og levere utfylt skjema på avdelingen før de ble utskrevet. Pasienter som ikke klarte å krysse av selv, men som ønsket å svare, kunne be om hjelp til dette av pårørende eller avdelingspersonell. Utfylt spørreskjema skulle legges i vedlagt konvolutt og konvolutten legges i en merket postkasse på avdelingen. Utfylte skjema ble registrert fortløpende. Siden undersøkelsen ble gjennomført uten ekstra ressurser, var det av stor betydning at den ble avsluttet etter planen (seks måneder), med tanke på den ekstrabelastningen den medførte for involverte ansatte.

## ANALYSE AV DATA

Dataene ble lagt inn i SPSS statistikk- og analyse-



Figur 1. Gjennomsnitt av alle svarene fordelt på ergoterapi og fysioterapi.

program. Det ble laget en datafil hvor alle spørsmålene med svarkategoriene samt pasientenes alder og kjønn ble registrert. Beskrivende statistikk ble benyttet for å få fram fordelingen av svarkategoriene og gjennomsnittlig skår av svarene. Krysstabell ble brukt for å få fram pasientenes alder og kjønn fordelt mellom de som fikk ergoterapi og de som fikk fysioterapi. I tillegg ble figurer brukt for å illustrere resultatet.

## ETIKK

Det ble sendt melding om prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) med tanke på personvern. Siden dette ikke var et forskningsprosjekt, men et kvalitetsforbedringsprosjekt, og vi ikke skulle registrere pasientdata (kun kjønn og aldersgrupper), var det ikke nødvendig å fylle ut meldeskjema.

## Resultat

Informantene var pasienter >18 år ved nevrologisk, medisinsk og ortopedisk avdeling. Etter et halvt år hadde vi fått inn 100 svar. Fordelingen mellom informanter som fikk ergoterapi (fra nevrologisk og medisinsk avdeling) og fysioterapi (fra ortopedisk avdeling) var 51/49. Kjønnfordelingen var 47 kvinner og 45 menn (åtte informanter oppgav ikke kjønn). I underkant av 200 spørreskjema var delt ut. Antall svar ble ansett som tilstrekkelig, også fordi fordelingen mellom ergoterapi og fysioterapi var omtrent lik. Generelt gir svarene et entydig

	Ergo	Fysio	Total
Alder	under 30	0	2
	30-50	9	2
	51-70	24	23
	over 70	17	22
Total	50	49	99

Tabell 1 viser aldersfordelingen blant pasientene som var hos ergoterapeut og fysioterapeut (n=99).

inntrykk, også når vi sammenligner svarene mellom yrkesgruppene (Figur 1). Gjennomsnittet av svarene, med unntak av spørsmålet om feilbehandling, ligger mellom 3 og 4, som betyr at pasientene i stor grad eller svært stor grad var fornøyde i møtet mellom pasient og terapeut. Når det gjelder spørsmålet om feilbehandling, var svarkategoriene motsatt på den måten at 1 (Ikke i det hele tatt) var best og 4 (I svært stor grad) var dårligst. Dette kan ha ført til at noen pasienter har svart feil fordi de på spørsmålet om de var tilfredse med behandlingen svarte «I stor grad» eller «I svært stor grad».

Hovedvekten av informanter var fra 51 år og oppover (tabell 1). Antall pasienter i denne aldersgruppen som var hos henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut, utgjorde 41 og 45. Antall pasienter under 50 år var totalt 13. Et større antall pasienter i aldersgruppen under 50 år fikk ergoterapi (9 pasienter) sammenlignet med fysioterapi (4 pasienter). Resultatet viser at uansett alder er pasientene tilfredse i stor eller svært stor grad med behandlingen de fikk (Figur 2).

Antallet informanter er jevnt fordelt mellom kvinner og menn totalt sett (47/45). Åtte informanter krysset ikke av for kjønn på spørreskjemaet. Antall kvinner og menn som var hos henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut viser 46/46 (tabell 2). Resultatet viser stor grad av tilfredshet samlet sett uansett kjønn, med en svak tendens til noe høyere grad av tilfredshet blant menn sammenlignet med kvinner (Figur 3).

## Diskusjon

Pasientrettighetsloven presiserer pasientens rett til medvirkning i egen behandling. Dette innebærer blant annet at pasienten skal ha mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i ettertid. Målet med vår undersøkelse var å finne ut om pasientene følte seg ivaretatt og respektert i forbindelse med behandlingen hos ergoterapeut og fysioterapeut, og om de opplevde at behandlingen de fikk, var nyttig. Resul-

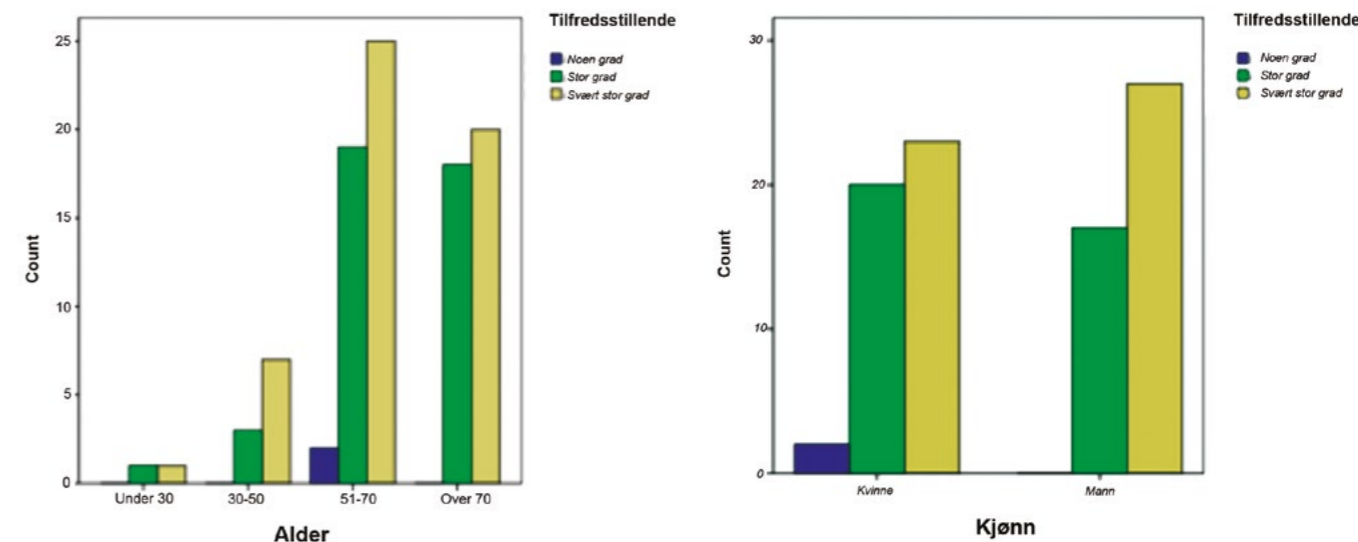
	Ergo	Fysio	Total
Kjønn	kvinne	23	24
	mann	23	22
Total	46	46	92

Tabell 2 viser kjønnsfordelingen mellom pasientene som var hos ergoterapeut og fysioterapeut (n=92).

tatet viste stor grad av tilfredshet, enten de var hos ergoterapeut eller fysioterapeut. Terapeutenes måte å snakke med pasientene på, og evne til å lytte, viser at de ivaretar pasientene og møter deres behov. Uansett sykdomstilstand skal pasienten behandles som et medmenneske og ivaretas med verdighet og integritet (Gabrielsen, 2001). Behandlingen hos ergoterapeut foregår som oftest uten ytre forstyrrelser, og pasienten har terapeutens fulle oppmerksomhet. Ergoterapeutene beregner selv hvor lang tid undersøkelsen vil ta, og det er sjelden snakk om ventetid. Behandlingen hos fysioterapeut skjer som oftest på sengeavdelingen. Der kan det være mer uro rundt behandlingen i forbindelse med den daglige driften på avdelingen. Uansett følte pasientene seg ivaretatt både av ergoterapeuten og fysioterapeuten. Pasientene opplevde også at behandlingen var nyttig. Ergoterapeutene og fysioterapeutene ønsker å få et helhetlig bilde av situasjonen rundt pasienten. Derfor innhenter de ofte informasjon om hjemmeforhold og tidligere funksjonsnivå. Mange pasienter opplever dette som både positivt og nyttig. Behandlingen skjer til avtalt tid i de aller fleste tilfeller. Dette betyr at terapeutene viser respekt for pasientens tid.

Tilfredshet måles også opp mot hvilken type behandling pasientene får (Frich & Ramleth, 2004). Terapeutene tilstreber kunnskapsbasert praksis og følger i stor grad fagprosedyrer innenfor kognitiv og fysisk funksjon.

Ved nevrologisk og medisinsk avdeling foretar ergoterapeuten ofte vurdering av pasientens kognitive funksjon. Mange pasienter vet ikke hva en vurdering av kognitiv funksjon går ut på, og ergoterapeuten forklarer dette i forkant av undersøkelsen. I en del tilfeller kan resultatet av undersøkelsen bety at vedkommende for eksempel ikke innfrir helsekrav for bilkjøring. De nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010) anbefaler at pasienter som har hatt hjerneslag eller TIA får et kjøreforbud i en periode. Det gis informasjon til pasienten om dette. Noen pasienter synes det er



Figur 2. Spørsmål nummer 10, om undersøkelsen/behandlingen du fikk, alt i alt var tilfredsstillende. Her fordelt på alder samlet for ergoterapi og fysioterapi (n=99).

Figur 3. Spørsmål nr. 10, om undersøkelsen/behandlingen du fikk, alt i alt var tilfredsstillende, fordelt mellom kvinner og menn (n=92).

urimelig å bli fratatt førerkortet. Det oppleves ekstra sår å bli fratatt muligheten for å kjøre bil, spesielt i områder der bilen ofte er eneste framkomstmiddel. Pasienten kan si «Jeg har kjørt feilfritt i alle år» og mener at de derfor bør kunne fortsette å kjøre. Andre pasienter opplever derimot det å få en vurdering av kognitiv funksjon som nyttig og meningsfylt, og er innforståtte med at de i en periode ikke bør kjøre bil. Ut fra dette tyder det på at den sistnevnte gruppen pasienter har svart at de er tilfredse med behandlingen de har fått, mens den andre gruppen sannsynligvis ikke har svart.

Pasienter ved ortopedisk avdeling var i stor grad tilfredse med behandlingen de fikk av fysioterapeuten. Liggetiden på denne avdelingen er kort. Det er derfor viktig at pasientene får presis og konkret informasjon, muntlig og skriftlig, både før og etter operasjon. Fysioterapeutene gir også pasienten trygghet i form av råd og veiledning om videre opptrening etter operasjoner. Målet er at pasientene skal bli selvhjulpne. Pasienter med hodeskader eller multitraume forekommer relativt sjelden og er ikke inkludert i denne undersøkelsen.

Alder synes å ha hatt mindre betydning med hensyn til pasientenes tilfredshet. Dette kan skyldes at flertallet av pasientene som svarte på brukerundersøkelsen var >50. Denne aldersgruppen har i stor grad en positiv innstilling til behandlere. Ifølge Gabrielsen (2001) er det større sannsynlighet for tilfredshet jo eldre pasienten er. Pasientene uttrykker tilfredshet når behandleren har tid til å lytte til deres historie. I dag bruker flere og flere pasienter inter-

nett for å innhente informasjon om egen sykdom. Dette gjelder foreløpig kanskje mest yngre pasienter. De kan derfor stille andre typer spørsmål når de treffer helsepersonell. Pasientene får på denne måten en mer aktiv rolle i egen behandling og kan stille krav til behandlingen. Siden antallet pasienter under 50 år var kun 13/100 (to pasienter <30), vet vi lite om yngre pasienters tilfredshet spesielt.

Kjønn synes ikke å ha påvirket pasientenes tilfredshet i stor grad. I vårt datamateriale fant vi en minimal forskjell med en tendens til litt mer tilfredse menn enn kvinner (figur 3). Gabrielsen (2001) fant derimot at menn er mindre tilfredse med sykehustjenestene generelt enn kvinner. Dette samsvarer med andre studier om brukertilfredshet, ifølge Gabrielsen. Selv om menn og kvinners subjektive verdier kan være forskjellige, konkluderer meta-analyser med at det er lite eller ingen sammenheng mellom pasientenes kjønn og pasienttilfredshet (Foss, 2000). Det å bli hørt og lyttet til synes å være det viktigste, uansett kjønn (Foss, 2000).

Det kan være ulike årsaker til at en del pasienter ikke svarte på spørreundersøkelsen. Noen forstod kanskje ikke hva de skulle gjøre eller de glemte det. Andre rakk kanskje ikke å svare før de ble skrevet ut. Noen kan, som nevnt, ha vært misfornøyde, og opplevd at behandlingen ikke svarte til forventningene, og kan av den grunn ha ønsket ikke å svare.

Det er i dag blitt mer vanlig å benytte betegnelsen pasienterfaring framfor pasienttilfredshet. Grunnen til dette er at spørsmålene i en del brukerundersøkelser er konkrete erfaringer pasienter har gjort seg (Gabri-

elsen, 2001). Erfaringer kjennetegnes dessuten som mer nøytralt enn tilfredshet. I vår undersøkelse var imidlertid spørsmålene av subjektiv opplevd karakter.

I 2012 satte Sykehuset Innlandet i gang en plan for brukermedvirkning. Målet var å synliggjøre og styrke arbeidet slik at brukermedvirkning kan bidra til god kvalitet på tjenestene (Sykehuset Innlandet, 2013). Behandleren er ikke lenger den eneste eksperten. Pasienten er ekspert på egen situasjon. I takt med denne utviklingen kan det derfor tenkes at pasientenes tilfredshet også vil endre seg.

#### STYRKER OG SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN

En spørreundersøkelse med svaralternativer er en effektiv måte å få svar fra mange på relativt kort tid. Den er mindre ressurskrevende og økonomisk besparende enn en tilsvarende kvalitativ undersøkelse ville vært. Det ble ikke søkt om ekstra midler, og ansatte jobbet med prosjektet i sitt daglige virke. En spørreundersøkelse med svaralternativer gir imidlertid begrenset informasjon. Pasientene må forholde seg til svaralternativer uten mulighet for utdyping. Tilfredshet er, som beskrevet over, et mål på subjektiv opplevd kvalitet som kanskje best kan beskrives gjennom å benytte intervju eller åpne spørsmål. En kvalitativ studie var imidlertid vanskelig for oss å gjennomføre. En kvantitativ studie, mente vi, ville uansett gi oss en pekepinn på hvordan pasienten opplevde møtet med terapeuten.

Det kan være en fordel å følge opp en kvantitativ spørreundersøkelse med kvalitative (åpne) spørsmål til et mindre utvalg. Dette kan gjøre resultatet mer nyansert. Om vår brukerundersøkelse har gitt oss et helt riktig bilde av situasjonen, kan være usikkert. Mens reliabiliteten (etterprøvarheten) er bra, er validiteten (at studien er gyldig) ved bruken av spørreskjema dårlig dokumentert (Frich & Ramleth, 2004). Likevel kan resultatet være nyttig og motivere den enkelte terapeut til mer bevissthet rundt sitt møte med pasienten.

I vår undersøkelse hadde vi fokus på hvordan vi som helsepersonell møter pasienter, og ikke på pasientenes behov for å bli ivaretatt i møtet med helsepersonell. Vi var ikke opptatt av pasientens bekymringer for hva som skulle skje på sykehuset eller deres bekymring for hvordan det ville gå når de kom hjem. I en pasientsentrert oversikt om lege-pasient forholdet kom det fram at pasientene blant annet ønsket å få vite hvilke konsekvenser deres sykdom ville få for deres liv (familie, venner og økonomi) (Delbanco & Gerteis, 2012). De var dessuten eng-

stelige med tanke på hvordan de ville klare seg når de kom hjem. Dette aspektet kan det være aktuelt å inkludere i en framtidig brukerundersøkelse.

#### Konklusjon

En brukerundersøkelse som denne bidrar til å bevisstgjøre oss som fagpersoner om hvordan vi møter pasienten. Undersøkelsen har først og fremst vært nyttig som et ledd i kvalitetssikringen av ergoterapi- og fysioterapiens tilbud. Når resultatet bekrefter at tillit og respekt i stor grad blir ivaretatt i pasientmøtet, gir det en pekepinn om at vi er på rett vei. På den annen side må vi bruke resultatet til å vurdere hva vi bør være bevisste på framover i møtet med pasientene.

#### Referanser

- Bjerkan, A.M., Holmboe, O. & Skudal, K.E. (2014). *Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013*. PasOpp-rapport - Brukererfaringundersøkelse nr. 2. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus.nasjonale-resultater>
- Bjørndal, A. (1998). Fra pasienttilfredshet til brukermedvirkning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118(3), 353.
- Delbanco, T. & Gerteis, M. (2012). A patient-centred view of the clinician-patient relationship. *UpToDate*. Lokalisert på <http://www.uptodate.com/contents/a-patient-centred-view-of-the-clinician-patient-relationship>
- Foss, C. (2000). Kjønn som variabel i pasienttilfredshet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(27), 3283-3286.
- Frich, J. C. & Ramleth, Ø. (2004). Pasienttilfredshet som mål for kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Kommentar og debatt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 88.
- Gabrielsen, H. (2001). *Pasientopplevd kvalitet - en tverrsnittsanalyse av brukertilfredshet ved norske sykehus*. (Samfunns- og næringslivsforskning - rapport nr. 59/2001). Bergen: Stiftelsen for Samfunn og næringslivsforskning.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. (IS 1688). Oslo. Lokalisert på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste\_lokale\_brukerundersokelser\_190509. Pdf - Adobe Reader. Lokalisert på [www.kunnskapssenteret.no/verktoy/\\_attachment/166896](http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/_attachment/166896)
- Skøien, R., Rosseland, H., Vågsmyr, U., Hovden, H. & Kornkveen, S. (2011). ErgUs - Vurdering av kognitiv funksjon ved akuttisykehus. *Ergoterapeuten*, 5, 18-25.
- Strand, N. (2011). Hva gjør gode terapeuter gode? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(7), 682-684.
- Sykehuset Innlandet (2013). *Brukermedvirkning. Informasjon fra Sykehuset innlandet HF*. Informasjonstrykksak, 2013 - 2016.
- [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/\\_kvalitet/\\_systematisk-kvalitetsarbeid-i-si/\\_Sider/side.aspx](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/_kvalitet/_systematisk-kvalitetsarbeid-i-si/_Sider/side.aspx)