

Om helsetjenesten

Pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å undersøke hvilke sykdomsrelaterte, psykososiale og behandlingsrelaterte faktorer det er som spår pasienttilfredshet etter kirurgisk opphold i kirurgisk avdeling.

Materiale og metode. Registreringer ble gjort før innleggelse, ved utskrivning og to og fire måneder etterpå hos 482 pasienter innlagt elektivt for ulike kirurgiske lidelser ved tre kirurgiske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Resultater. De sentrale behandlingsfaktorene var: global behandlingstilfredshet, opplevd kvalitet i kontakten med pleierne (pleierkontakt) og legene (legekontakt) og behandlingsinformasjon. Av 49 % forklart varians i global behandlingstilfredshet ble halvparten forklart av pleierkontakten. Bare en mindre del av variansen i pleierkontakten og legekontakten kunne forklares ut fra egenskaper hos pasientene. Vesentlig uforklart varians må tilskrives personlige egenskaper og ferdigheter hos behandlerne. Behandlingsinformasjon ble predikert av pasientkarakteristika, pasientens sykdom og livssituasjon og behandlingsrelaterte faktorer. Pleierkontakten var den sterkeste prediktor for behandlingsinformasjonen.

Fortolkning. Kontakten med pleierne synes å bety mest både for global behandlingstilfredshet og for behandlingsinformasjon. Sammen med andre forklaringsfaktorer er også legekontakten viktig. Relasjonen til sykepleierne og legene kan utnyttes til ytterligere forbedring av behandlingsinformasjonen.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Basert på artikkel i *International Journal of Quality in Health Care* (2)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Tore Sørli

tore.sorlie@unn.no
Avdeling for klinisk psykiatri
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Rolf Busund

Avdeling for hjerte, lunge og karkirurgi
Universitetssykehuset Nord-Norge

Harold C. Sexton

Avdeling for klinisk psykiatri
Universitetet i Tromsø

Dag Sørli

Avdeling for hjerte, lunge og karkirurgi
Universitetssykehuset Nord-Norge

Hvor tilfreds en pasient er med den medisinske behandlingen påvirkes av forventninger, psykososiale forhold, medisinsk tilstand og behandling (1, 2). Pasienttilfredshet har vært forbundet med bedre oppfølging av medisinsk behandling (3–5) og behandlingsresultat (6). Behandlingsresultatene bedres når pasientene opplever at de er aktivt med i behandlingen, blir oppmuntret til å stille spørsmål og føler seg emosjonelt støttet (7). En samlet prospektiv vurdering av betydningen av alle kjente prediktorer for pasienttilfredshet etter kirurgisk behandling er tidligere ikke gjennomført.

Vi ønsket å besvare følgende spørsmål: Hvilke psykososiale, sykdoms- og behandlingsrelaterte faktorer predikerte global behandlingstilfredshet? Hva spår de viktigste behandlingsrelaterte faktorer som bidrar til å predikere global behandlingstilfredshet, og hvor stabile er disse?

Materiale og metode

1 158 pasienter innlagt ved Regionsykehuset i Tromsø til elektiv kirurgisk behandling for forskjellige lidelser ble invitert til å delta i studien. 482 (41,6 %) ble inkludert i løpet av 1996/97. De øvrige sa enten nei til å delta eller besvarte ikke henvendelsen. I studiepopulasjonen var det 195 kvinner og 287 menn. Gjennomsnittsalderen var 56,6 år, 33 % var i arbeid, gjennomsnittlig utdanningslengde var ti år og 63 % var gift. Gjennomsnittlig liggetid var 6,4 dager (SD = 5,1).

Pasientene var innlagt ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi, ved urologisk avdeling og ved avdeling for hjerte-, lunge- og karkirurgi. Demografiske og medisinske karakteristika for inkluderte og ikke-inkluderte pasienter er gjengitt i tabell 1.

Studiepopulasjonen ble delt inn i koronar-

pasienter (14,3 %), kreftpasienter (17,4 %) og pasienter med andre kirurgiske lidelser (68,3 %).

Utfylling av spørreskjemaene

Pasientene skåret behandlingstilfredshet ved utskrivning og to og fire måneder etterpå. Forventninger til behandlingen ble registrert to uker før innleggelse, grad av innfrielse ved utskrivning. Mengde legekontakt og religiøs interesse ble rapportert ved utskrivning. Alle psykososiale spørsmål ble besvart to uker før innleggelse. Legene rapporterte ved innskrivning og utskrivning av pasientene.

Alle instrumenter hadde adekvat indre sammenheng i dette materialet (Cronbachs alfa > 0,65).

Potensielle prediktorer for forventninger til og opplevelse av behandlingen

Behandlingsforventninger. Studien inneholdt flere spørsmål om behandlingstilfredshet, som ble faktoranalyser. Seks spørsmål utgjorde én faktor. Her ble pasientenes forventninger og oppnådde forventninger vedrørende symptomlindring og helbredelse samt ønske om kunnskap om hva de selv kunne gjøre for å oppnå bedre helse registrert. Det ble også spurt om hvilke forventninger pasienten hadde til at sykepleiere og leger ville formidle slik kunnskap. Uinnfridde forventninger ble beregnet som differanse mellom utgangsforventninger og grad av oppnåelse ved utskrivning (10-punkts Likert-skalaer fra «i liten grad» til «i stor grad»).

Sentrale aspekter ved opplevd behandling. En faktoranalyse av et spørreskjema om pasienttilfredshet (8) i en tidligere retrospektiv tilfredshetsstudie med pasienter fra de samme kirurgiske enheter hadde resultert i fire behandlingsrelaterte faktorer (9): Global behandlingstilfredshet (sju ledd), kvali-



Hovedbudskap

- Kvaliteten på kontakten med pleierne er viktigst for global behandlingstilfredshet og behandlingsinformasjon etter opphold i kirurgisk avdeling
- Legekontakten er også viktig, og pasienten etterspør mer kontakt med legen

teten på kontakten med pleierne (pleierkontakt) (åtte ledd), kvaliteten på kontakten med legene (legekontakt) (seks ledd) og kvaliteten på behandlingsinformasjonen (behandlingsinformasjon) (seks ledd). Alle spørsmål ble skåret på en 5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye».

Legekontakt – faktisk og ønsket. Pasientene angav antall minutter faktisk og ønsket individuell kontakt med legene ved innkomst, utskrivning og det daglige gjennomsnitt under oppholdet.

Sykehusoppholdets varighet ble også brukt som potensiell prediktor.

Potensielle medisinske prediktorer

Diagnoser. Alle ICD-9 diagnosene ble registrert.

Sykdommens alvorlighetsgrad. Denne ble vurdert ved bruk av en 10-punkts Likert-skala med spenn fra «liten» til «svært alvorlig».

Tilsvarende mål ble brukt i vurdering av behandlingens vellykkethet, dens kurative natur, sykdommens kronisitet og alvorlighetsgraden av ev. komplikasjoner.

Potensielle psykososiale prediktorer

Subjektiv helse. Ved hjelp av et instrument på ni ledd, utledet av SF-36 (10), registrerte vi hvordan pasientene vurderte sin helsetilstand og sammenliknet den med andres, om fysiske og emosjonelle symptomer hadde begrenset de daglige aktiviteter og om de hadde smerte (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Fysisk funksjonsnivå. Et globalt mål på fysisk funksjon med en skala fra 1 (maksimalt hjelpetrengende) til 100 (fremragende helse) ble benyttet (11).

Emosjonell stress. Et instrument på åtte ledd utviklet fra delen med angst, depresjon og somatiske symptomer i Brief Symptom Inventory (12) ble benyttet (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Sykdomsrelatert stress. Dette ble registrert på en 10-punkts Likert-skala med spenn fra «ikke i det hele tatt» til «svært stressende».

Personlighet. Et instrument som kartlegger personlighetstrekkene nevrotisme (12 ledd), utadvendthet (12 ledd), samvitighetsfullhet (12 ledd), imøtekommenhet (12 ledd) og åpenhet (12 ledd) (13) ble benyttet (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Psykisk velvære. Et instrument på ni spørsmål utviklet fra et opprinnelig 32-ledds spørsmålsskjema (14) ble benyttet (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Tanker om helsekontroll. Vi benyttet et mål på hva den enkelte tenker om kontrollen over egen helse (15): intern (seks ledd), ekstern (seks ledd) og tilfeldig kontroll (seks ledd) (6-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Mestringsstrategier. Et instrument som

Tabell 1 Karakteristika ved hele den valgbare populasjon, de ikke-undersøkte og studiepopulasjonen

Variabler	Valgbar populasjon	Ikke-undersøkt	Studiepopulasjonen	
			T1 ¹	T2 ²
Antall (%)	1 158 (42)	674 (58)	482 ³	369
Mann/kvinne ⁴	647/511	358/316	287/195	225/144
Prosent menn	56	53	60	61
Alder (SD) ⁴	58,4 (16,5)	59,3 (17)	56,6 (15,1)	54,7 (15,1)
Gift (%) ⁵	655 (57)	351 (52)	301 (63)	234 (64)
Koronarsykdom (%) ⁵	124 (11)	54 (8)	69 (14)	50 (14)
Kreft (%)	218 (19)	133 (20)	84 (17)	63 (17)
Ikke operert (%) ⁵	318 (28)	227 (34)	92 (19)	70 (19)

¹ T1 = før innleggelse i sykehuset

² T2 = ved utskrivning fra sykehuset

³ 482 av 484 deltakere som utfylte spørreskjemaene godt nok

⁴ P < 0,05 (forskjell mellom ikke-undersøkte og studiepopulasjonen)

⁵ P < 0,001 (forskjell mellom ikke-undersøkte og studiepopulasjonen)

måler bruken av mestingsstrategiene «målrrettethet» (fem ledd), «støttesøking» (fem ledd), «ønsketenkning» (seks ledd), «unn-gåelse» (seks ledd) og «tenke på det» (fire ledd) (16) ble benyttet (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Religiositet. Tre spørsmål etterspurte i hvilken grad pasientens tro hadde vært støttende for dem (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Alkoholvaner. Vi bruke et tildeedsinstrument som kartlegger bruk av alkohol (17) (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Røykevaner. Ett enkelt spørsmål bestående av fem alternativer for antall sigaretter daglig.

Fysisk aktivitet. Et enkelt spørsmål på en 10-punkts Likert-skala med spenn fra «ingen» til «daglig».

Sosial kontakt. Et instrument på fire ledd som kartla hvor sannsynlig pasientene mente det var at de ville få nødvendig hjelp hvis de ble liggende til sengs på grunn av sykdom (18) ble benyttet (5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»).

Dataanalyse

Muligheten for kolinearitet mellom prediktorpar ble utelukket. Uinnfridde forventninger ble ikke tatt med som prediktor grunnet den nære begrepsmessige sammenheng med tilfredshetsbegrepet. Multipl regressjon ble brukt for å analysere hvordan de psykososiale, medisinske og behandlingsrelaterte variablene influerte på global behandlingstilfredshet og de sentrale behandlingsaspekter som signifikant forklarte variansen i denne. Variablene ble introdusert i modellen i følgende rekkefølge: Først psykososiale variabler og behandlingsforventninger, dernest de medisinske og til sist de sentrale aspekter ved opplevd behandling. Pleier- og legekontakt ble introdusert i modellen før behandlingsinformasjon.

Pleier- og legekontakt og behandlingsinformasjon ble analysert ved tre tidspunkter.

SAS Procedure Mixed (19) ble benyttet til å bygge vekstkurvmodeller av disse variablene for å estimere stabilitet over tid.

Resultater

Global behandlingstilfredshet var korrelert med pasientenes forventninger ($r = 0,16$, $p < 0,01$) og uinnfridde forventninger ($r = -0,50$, $p < 0,01$). Forventninger var også korrelert med lege- og pleierkontakt ($r = 0,20$ og $0,25$, $p < 0,01$).

Totalt kunne 49 % av variansen i global behandlingstilfredshet forklares (tab 2). Nevrotisme og velvære forklarte til sammen 13 % av variansen. Den gjenværende del ble forklart ut fra behandlingsrelaterte variabler: Pleierkontakt (24 %), legekontakt (5 %), behandlingsinformasjon (6 %) samt behov for mer tid sammen med legen under sykehusoppholdet (1 %). Nevrotisme og opplevd behov for mer tid med legen reduserte tilfredsheten. Verken kjønn, alder, sykdommens alvorlighetsgrad eller forventninger til behandlingen hadde noen signifikant innvirkning.

8 % av den totale variansen i pleierkontakten kunne forutsies. Nevrotisme og utadvendthet spådde til sammen 4 %, mens sykdommens alvorlighetsgrad og forventninger til behandlingen spådde de resterende 4 %. Nevrotisme og sykdommens alvorlighetsgrad hadde en negativ innvirkning.

Seks variabler forutsa til sammen 15 % av variansen i legekontakten. Nevrotisme og utadvendthet forutsa til sammen 5 %, Nevrotisme virket negativt. Alder og tilhørighet i gruppen med koronarsykdom forklarte ytterligere 6 % av variansen, mens forventninger til behandlingen og i hvilken grad behandlingen ble ansett for å være vellykket forklarte de resterende 4 %.

Åtte variabler kunne spå til sammen 33 % av variansen i behandlingsinformasjonen (tab 3). Tanker om intern helsekontroll og bruk av mestingsstrategien «støttesøking» spådde 5 %. Tilhørighet til koronargruppen

Tabell 2 Prediktorer for global behandlingstilfredshet (N = 369)

Prediktorer	Forklart varians	Ustandardisert regresjonskoeffisient	SD	Standardisert regresjons koeffisient	T-verdi	P-verdi
Nevrotisme	-0,084	0,029	-0,109	-2,876	0,004	0,069
Velvære	0,092	0,027	0,132	3,413	0,001	0,063
Pleierkontakt	0,256	0,038	0,290	6,660	0,000	0,238
Legekontakt	0,166	0,046	0,162	3,604	0,000	0,046
Behandlingsinformasjon	0,243	0,036	0,272	6,782	0,000	0,058
Behov for mer legekontakt	-0,521	0,158	0,120	-3,285	0,001	0,013
Sum forklart varians						0,487

Tabell 3 Prediktorer for behandlingsinformasjon (N = 369)

Prediktorer	Forklart varians	Ustandardisert regresjonskoeffisient	SD	Standardisert regresjons koeffisient	T-verdi	P-verdi
Intern helsekontroll	0,108	0,037	0,120	2,901	0,004	0,038
Søker støtte	0,097	0,043	0,093	2,276	0,023	0,014
Koronarsykdom	2,611	0,582	0,193	4,485	0,000	0,060
Kronisitet	-0,099	0,045	-0,093	-2,214	0,027	0,012
Gift eller samboende	0,294	0,131	0,093	2,281	0,023	0,008
Pleierkontakt	0,250	0,048	0,253	5,213	0,000	0,141
Legekontakt	0,261	0,057	0,227	4,619	0,000	0,038
Operert eller ikke	1,616	0,526	0,128	3,070	0,002	0,015
Sum forklart varians						0,326

og sykdommens kronisitet forklarte 7 %, hvorav den siste negativt. Å være gift eller samboende (referansegruppe enslig) forklarte ytterligere 1 %. De tre behandlingsrelaterte variablene pleierkontakt (14 %), legekontakt (4 %) og hvorvidt pasienten ble operert eller ikke (2 %) forklarte de resterende 20 %.

Legekontakten bedret seg hos pasienter med koronarsykdom etter utskrivning fra sykehuset ($t(1\ 098) = 5,36$, $p < 0,0001$). Behandlingsinformasjonen, som også bedret seg over tid ($t(1\ 121) = 3,36$, $p < 0,001$), var negativt predikert av pleierkontakten ved utskrivning ($t(1\ 121) = -3,05$, $p < 0,01$).

Diskusjon

Global behandlingstilfredshet er definisjonsmessig (1) og empirisk knyttet til uinnfridde forventninger (20, 21). Også i denne studien var global behandlingstilfredshet og uinnfridde forventninger korrelert ($r = -0,50$). Grunnet det begrepsmessige sammenfall ble ikke uinnfridde forventninger inkludert som prediktor.

Pasientenes forventninger bidrog ikke til å forklare variansen i global behandlingstilfredshet. Global behandlingstilfredshet og pasientenes forventninger var riktignok korrelert ($r = 0,16$, $p < 0,01$), men forventninger gav ikke lenger uttelling som prediktor når velvære og pleier- og legekontakt ble introdusert i likningen. Dette negative funnet kan dels være et uttrykk for at pasienter som innlegges til elektiv kirurgi har nokså realistiske forventninger til nytten eller effekten av behandlingen, slik at disse i relativt stor grad blir innfridd.

Pleierkontakt, legekontakt og behand-

lingsinformasjon forklarte til sammen en tredel av den totale variansen i global behandlingstilfredshet, hvorav pleierkontakt alene forklarte en firedel. Dette må ses i sammenheng med at kontakten med pleierne under sykehusopphold er mer omfattende enn kontakten med legene. Også andre undersøkelser har dokumentert hvor viktig de mellommenneskelige forhold er for pasientene (1, 4, 9).

Lite av variansen i pleier- og legekontakt kunne forklares, og nesten alle prediktorene uttrykte egenskaper ved pasientene. Den henholdsvis positive og negative sammenheng mellom mellommenneskelig kontakt og utadvendthet og nevrotisme er dokumentert tidligere (22). Alderens positive betydning for legekontakten kan reflektere forskjell i holdninger til medisinske autoriteter mellom eldre og yngre. At pasienter med koronar hjertesykdom opplevde best legekontakt ved utskrivning og ytterligere bedring to og fire måneder senere, reflekterer trolig at de relativt sett fikk mest tid med legene både under og etter sykehusoppholdet. Positive behandlingsforventninger predikerte pleier- og legekontakt og kan indikere høy motivasjon for samspill med personalet.

Ettersom så lite av variansen i pleier- og legekontakt kunne forklares, kan trolig mye tilskrives egenskaper ved personalet og behandlingssystemet. Avklaring vil forde en mer detaljert studie.

Pleierkontakten var den prediktoren som hadde størst betydning for behandlingsinformasjonen, og den var langt viktigere enn legekontakten. Dette hadde sannsynligvis sammenheng med at pasienten tilbringer

mest tid sammen med pleierne. Forbedrede kommunikasjonsferdigheter hos legene og mer tid til pasientene kan fremme legenes rolle som informasjonsformidlere. Ønsket om mer tid sammen med legene predikerte imidlertid ikke mindre behandlingsinformasjon.

Ikke uventet var bedre behandlingsinformasjon relatert til tanker om intern helsekontroll og bruk av mestringsstrategien «støttesøking». Begge er forbundet med informasjonssøkende atferd. Bedre behandlingsinformasjon hos pasienter med koronarsykdom henger trolig sammen med en mer grundig pre- og postoperativ undersøkelse og mer informasjon enn det pasientene i de andre diagnosegruppene fikk. Den negative innvirkningen av sykdommens kronisitet kan tyde på mindre kontaktsøkende atferd blant de mer kronisk syke og/eller mindre behandlingsoptimisme blant behandlerne.

Behandlingsinformasjonen var best hos gifte og samboende. Diskusjoner med partner kan klargjøre informasjon og instruksjoner som er blitt gitt på sykehuset. Partneren kan også komme med forslag om hvordan pasienten kan mestre ulike utfordringer i bedringsprosess og hjemmesituasjon (23).

Behandlingsinformasjonen bedret seg etter utskrivning. Samtidig ble pleierkontakten svekket. Dette reflekterer nok mer kontakt med legene enn med pleierne etter utskrivning.

Over halvparten (58 %) av pasientene som ble invitert til å være med i studien, sa enten nei eller lot være å besvare henvendelsen. Dette betyr en seleksjon som kan gjøre funnene mindre representative.

Konklusjon

Global behandlingstilfredshet var først og fremst påvirket av pleierkontakten, legekontakten og behandlingsinformasjonen. Pleierkontakten fremstod som den viktigste determinant for behandlingsinformasjonen. Legenes rolle som informasjonsformidlere kan styrkes.

Studien er støttet økonomisk av Den norske lægeforening og Nord-Norsk Psykiatrisk Forskningscenter

Litteratur

- Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1998; 27: 935–9.
- Sørli T, Sexton HC, Busund R et al. Predictors of satisfaction with surgical treatment. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 31–40.
- Lunde IM. How patients views can be integrated into quality evaluation. *Nord Med* 1993; 108: 121–3.
- Barlett EE, Grayson M, Barker R et al. The effects of physician skills on patient satisfaction; recall and adherence. *J Chronic Dis* 1984; 37: 755–64.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction 1: important general considerations. *BMJ* 1991; 302: 887–9.
- Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997; 35: 714–30.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423–33.
- Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI et al. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 386–91.
- Sørli T, Sexton H, Sørli D. I hvilken grad kan pasienttilfredshet forklares? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2637–40.
- Ware JR jr., Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473–81.
- Sørli T, Sexton H, Busund R et al. A global measure of physical functioning: psychometric properties. *Health Serv Res* 2001; 36: 1109–24.
- Derogatis L, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595–605.
- Costa PT, McCrae RR. The NEO Personality Inventory Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.
- Carp F, Carp A. Structural stability of well-being factors across age and gender, and development of scales of well-being unbiased for age and gender. *J Gerontol* 1983; 38: 572–81.
- Levinson H. Differentiating among internality, powerful others, and chance. New York: Academic Press, 1981: 15–63.
- Sørli T, Sexton H. The factor structure of «The Ways of Coping Questionnaire» and the process of coping in surgical patients. *J Pers Ind Diff* 2001; 30: 961–75.
- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB et al. A review of research on the Alcohol Use Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 21: 613–9.
- Sørensen T. The feeling and satisfaction of social support; life stress, and their impact on mental health. I: Torgersen S, Abrahamsen P, Sørensen T, red. *Psychiatry at the crossroads between social science and biology*. Oslo: Norwegian University Press, 1991: 32–43.
- Littell RC, Milliken GA, Stroup WW et al. SAS system for mixed models. Cary, NC: SAS Institute, 1996.
- Jackson JL, Chamberlin J, Kroenks K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52: 609–20.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829–43.
- Geerts E, Bouhuys N. Multi-level prediction of short term outcome of depression: non-verbal interpersonal processes, cognitions and personality traits. *Psychol Res* 1998; 79: 59–72.
- Cohen S, Hoberman HM. Positive events and social support in the aetiology of physical disease. *Health Psychol* 1983; 13: 99–125.