

Pasienttilfredshet blant pasienter med et ”ikke skandinavisk morsmål” Hvilke faktorer er viktige?

Grete Andreassen

Master of Public Health

MPH 2007:2



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Pasienttilfredshet blant pasienter med et "ikke skandinavisk morsmål". Hvilke faktorer er viktige? Del II av en bruker- og kvalitetsutviklingsstudie om pasienttilfredshet.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-03-0



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Pasienttilfredshet blant pasienter med et ”ikke – skandinavisk morsmål” Hvilke faktorer er viktige? Del II av en bruker- og kvalitetsutviklingsstudie om pasienttilfredshet				
Författare Grete Andreassen				
Författarens befattning och adress Divisjonsfysioterapeut Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus 0407 Oslo, Norge				
Datum då oppsatsen godkändes 2007-01-26			Handledare NHV/extern Seniorforsker Vibeke Graver, dr.philos	
Antal sider 30	Språk – oppsats Norsk	Språk – sammanfattning Norsk, Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-01-6

Sammanfattning:

Bakgrunn Studien tar utgangspunkt i resultatet av en brukerundersøkelse om pasienttilfredshet ved fysioterapipoliklinikken, Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, Ullevål universitetssykehus i 2003. Resultatet av denne studien var at pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål var signifikant mindre tilfredse med behandlingen enn øvrige pasienter.

Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer som er viktige for å oppnå pasienttilfredshet blant pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål.

Metode Materialet besto av pasienter som hadde avsluttet sin behandling for en langvarig muskel-skjelettlidelse. De fleste hadde kommet fra Asia. De hadde ikke brukt tolk. Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder samt en metodetriangulering ble benyttet. Tretti pasienter ble inkludert i den anonyme spørreskjemaundersøkelse. To fokusgruppeintervjuer, ett med kvinner og ett med menn, ble gjennomført. Fenomenografi ble benyttet.

Resultat Det var i store trekk sammenfallende funn i den kvantitative og kvalitative undersøkelsen. I spørreskjemaundersøkelsen var resultatet at eldre pasienter var mer fornøyde enn yngre. Det var ingen forskjell mellom kjønnene. Mange pasienter var ikke blitt bedre av behandlingen, men mange var likevel fornøyde. Det som betydde mest for tilfredsheten var at informasjonen og kommunikasjon var god, at fysioterapeuten var dyktig og hadde nok tid til pasienten. Lokalene, utstyr, etc hadde mindre betydning.

Konklusjon Resultatet indikerte at i tillegg til bedring av tilstanden var informasjon, kommunikasjon og tilstrekkelig med tid viktige faktorer for tilfredsheten blant disse pasientene. Dette er det viktig å ta hensyn til ved behandling av pasienter med fremmed kultur og språk.

Nyckelord pasienttilfredshet, minoritets helse



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Patient satisfaction among minority groups. Which factors are important? Part II of a consumer- and quality improvement study on patients satisfaction				
Author Grete Andreassen				
Author's position and address Head of Physiotherapy Department, Medical Division Ullevaal universityhospital 0407 Oslo, Norway				
Date of approval 2007-01-26			Supervisor NHV/External Senior researcher Vibeke Graver PhD	
No of pages 30	Language – essay Norwegian	Language – abstract English, Norwegian	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-01-6

Abstract

Background This study is a follow up of a patient survey study done in the Physiotherapy outpatient clinic, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ullevaal university hospital, 2003. The previous study showed that patients with a non- Scandinavian mother tongue were less overall satisfied with the treatment than other patients.

Purpose of this study was to find out why patients with a non- Scandinavian mother tongue were less overall satisfied with the treatment than other patients, and to assess with which factors the patients were most dissatisfied and how the patients had experienced the treatment.

Methods The material consisted of patients who had finished their physiotherapy treatment for muscle skeleton diseases. Most of them came from Asia. Both quantitative and qualitative (phenomenography) research methods were used. In the patient survey 30 patients were included. Another four patients were included in focus group interviews.

Results Older patients were more satisfied than younger. There was no significant association between gender and satisfaction. The main dissatisfaction factor was no improvement following treatment. However, many patients were satisfied despite that there had not been any improvement. Other factors that had impact on the overall satisfaction were communication, professional skills, information, enough time and expectations. Facilities and equipment were of less importance.

Conclusion The results indicate that in addition to improved condition, communication, information and enough time were of great importance for patient satisfaction. These factors should be taken into consideration while treating patients with foreign culture and language.

Key words: patient satisfaction, minority health

INNHold

INNLEDNING.....	5
HENSIKTEN MED STUDIEN.....	8
Mål.....	9
MATERIALE.....	9
METODE.....	10
Kvantitativ spørreskjemaundersøkelse.....	10
Kvalitativ intervjuundersøkelse.....	11
Metodetriangulering.....	12
RESULTAT.....	13
Kvantitativ spørreskjemaundersøkelse.....	13
Kvalitativ intervjuundersøkelse.....	18
Metodetriangulering.....	22
DISKUSJON.....	22
KONKLUSJON.....	29
ETTERORD.....	30
REFERANSER.....	31
VEDLEGG.....	34

INNLEDNING

Med stadig økt fokus på effektivitet, har kravet om kvalitet i helsevesenet fått større plass de senere årene. I tillegg til at sykehusene skal måles etter økonomiske resultater, skal de også måles på kvalitet. På dette feltet er det satt nasjonale mål med kvalitetsindikatorer som alle sykehus i Norge blir målt på. For å måle kvalitet, er det påkrevd at man har med brukerperspektivet. Pasienttilfredshetsundersøkelser har derfor blitt viktige verktøy.

I 2003 ble det gjennomført en større anonym brukerundersøkelse med spørreskjemaer blant polikliniske pasienter (n=166) ved fysioterapiavdelingen, Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, Ullevål universitetssykehus (UUS). Studien hadde følgende tittel: "Hva mener pasientene og hva tror de ansatte?" en Bruker- og kvalitetsutviklingsstudie om pasienttilfredshet" (1). Denne undersøkelsen ble gjennomført for å få kunnskap om pasientenes oppfatning, opplevelse og erfaringer med fysioterapitilbudet, slik at denne informasjonen senere skulle kunne benyttes til å forbedre tilbudet til pasientene. Resultatet av undersøkelsen viste at pasientene stort sett var tilfredse med behandlingstilbudet de fikk. Alder og kjønn hadde liten betydning for hvor fornøyde pasientene var, men pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål (n= 30) var generelt mer misfornøyde med behandlingen enn de øvrige pasientene. For å få en dypere innsikt og forståelse av hva pasienter med ikke-skandinavisk morsmål er mindre tilfredse med ved fysioterapitilbudet, ble det bestemt å foreta en videreføring av studien. Avgjørelsen om dette er også helt i tråd med sykehusets satsingsområde. På en Dialogkonferanse på Ullevål universitetssykehus, september 2006 var temaet: "Hvordan sikre gode og likeverdige tilbud til minoritetsspråklige brukere på UUS." Slike konferanser holdes årlig mellom brukerorganisasjonene og sykehuset. Helse Øst, som er regionforetaket til Ullevål Universitetssykehus, har som visjon at det skal tilbys et: "Et likeverdig tilbud" til alle. Sykehuset ønsker også å bli kvalifisert som et "Migrants-friendly hospital" (flerkulturelt vennlig sykehus).

Folkehelsearbeid og Ottawa Charteret om Helsefremmende Arbeid

I erklæringen fra konferansen om Folkehelsearbeid og Ottawa Charteret om Helsefremmende Arbeid har man tatt opp strategier for dette. "Et viktig mål er å oppnå likhet i helse og at alt legges til rette for å oppnå dette". Helsestrategier og programmer må tilpasses lokale behov og muligheter og ta hensyn til landenes ulike sosiale, kulturelle og økonomiske systemer". Videre må "helsetjenesten ha utvidet mandat som respekterer, og er følsomt overfor, de kulturelle behov"(2).

De nordiske samfunn har endret seg de siste årene ved at de er blitt flerkulturelle. Helsetjenesten må derfor reorientere seg, tilrettelegge og tilpasse seg til den nye befolkningssammensetningen for å innfri målene til Ottawa Charteret. Dette er en stor utfordring for helsetjenesten i Norden.

I World Health Organization / WHO's 51. assembly i 1998 har "likhet i helse" fått

hovedprioritet (3). Der hevdes det at de som trenger det mest, ikke får et tilfredsstillende tilbud. Videre blir det fokusert på nødvendigheten av å bygge bro mellom befolkningsgrupper.

Innvandrere og helse

En voksende andel av Nordens befolkning utgjøres av mennesker som er født i andre land. I følge Statistisk sentralbyrå var innvandrerbefolkningen, det vil si innvandrere som var født utenlands med ikke vestlig bakgrunn, 285.300 personer, 6,1% av befolkningen i Norge per 01.01.06 (4). Med hensyn til legemeldt sykefravær i Norge, ligger sykefraværet blant ikke-vestlige arbeidstakere på topp i alle aldersklasser, og de har et fravær som er 50 % eller mer over gjennomsnittet (5).

Ullevål universitetssykehus, har blant mange funksjoner, lokalsykehusansvar for Oslo kommune. I enkelte bydeler i Oslo har 50–70% av alle nyfødte innvandrerbakgrunn. Den økende andelen innbyggere med innvandrerbakgrunn i kommunen gjenspeiles i pasientstrømmene til sykehuset. Andelen pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn er stigende. Språkproblemer, samt kulturelle og religiøse forskjeller, medfører et særlig behov for å sikre kvaliteten i tjenestene som ytes ved sykehuset.

Behandlingstilbudet har tradisjonelt vært basert på sykdomsforståelsen i vestlig kultur. Den kan imidlertid være helt annerledes enn sykdomsforståelsen i andre kulturer. Kultur kan beskrives som et unikt sett av felles verdier, religion, praksis, språk og sosial oppførsel som kjennetegner en spesiell gruppe mennesker. Kulturelle forskjeller kan derfor handle om ulikheter på alle disse områdene (6).

Kulturforskjeller

Sykdom oppfattes forskjellig, og det er mange ulike forklaringer om årsaksforholdene til sykdom rundt om i verden. Oppfatningene må forstås på bakgrunn av de sosiokulturelle, religiøse, politiske og økonomiske sammenhenger de opptrer i. Sykdomsforklaringer er samtidig også beskrivelse av ”verden” slik den blir oppfattet og tolket av den syke og de pårørende. Ulik sykdomsforståelse og ulik måte å presentere symptomer på fører erfaringsmessig til kommunikasjonsproblemer mellom innvandrere og helsepersonell. Her er det ikke bare et spørsmål om språkproblemer, men å forstå hverandre på tvers av kulturforskjellene. Dette betyr at det er en viktig oppgave å gi grundig informasjon om sykdom og behandling. Hvis denne informasjonen skal ha noen mening, må den være ”mottagerorientert”(7).

Brukerundersøkelser – å måle pasienttilfredshet

For å undersøke om innvandrergrupper er fornøyde med helsevesenet, kan man benytte seg av brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser er et verktøy for å måle pasienttilfredshet eller pasientopplevd kvalitet. Det er et hjelpemiddel for å forbedre

kvaliteten av behandlingstilbud. Med økte kostnader og mindre ressurser til helsetjenesten, i tillegg til fritt sykehusvalg, har pasienttilfredshet kommet mer og mer i fokus. Det å spørre brukerne direkte om hva de mener om behandlingstilbudet, ser ut til å bli stadig viktigere (8).

Brukermedvirkning er generelt kommet som følge av sentrale føringer i form av lover, forskrifter og styrende dokumenter (9). Det er også et uttrykk for en demokratiseringsprosess i samfunnet hvor brukerne har endret seg fra å være passive mottagere til å være aktive og bevisste brukere som stiller krav til helsevesenet. Det stilles også krav til Brukermedvirkning i et ISO (International Organization for Standardization) kvalitetssystem som flere sykehus har som mål å innføre.

USA er et foregangsland med hensyn til forskning på pasienttilfredshet. Det viser seg at pasientene i hovedtrekk er stort sett fornøyde med helsevesenet. Det handler ofte mer om grader av tilfredshet enn direkte misnøye. Forskere har funnet at 80-90% av pasientene er fornøyde med den behandlingen de har fått. Dette er en trend som går igjen i USA, Øst- og Vest Europa samt Sør-Amerika (10).

I de fleste studier har man funnet at pasienttilfredshet er uavhengig av demografiske bakgrunnsvariabler, men noen studier har likevel vist at menn er mer fornøyde enn kvinner og at eldre er mer fornøyde enn yngre (11). Personer med dårlig helse er mindre fornøyde med behandlingstilbudet enn de med god helse (12). Det samme gjelder økonomi; personer med dårlig økonomi er mindre fornøyde enn de med god økonomi (11).

Etnisitet, som refereres til et menneskes kulturelle identitet (13), er beskrevet som kanskje en av de mest kompliserte karakteristiske determinantene i forhold til pasienttilfredshet (11). Fra USA er det dokumentert at hvite totalt sett er mer fornøyde med helsetjenesten enn ikke-hvite (14). I en undersøkelse som så på i hvilken grad pasienttilfredshetsskåringer hadde sammenheng med pasientenes demografiske karakteristika og kjennetegn ved organisasjonen der de fikk behandling, viste at alder, helsestatus og rase hadde gjennomgående en signifikant effekt på grad av tilfredshet (12). En annen studie har vist at de fleste innvandrere var fornøyde med den behandlingen de hadde fått, men en liten prosent av dem var misfornøyd på grunn av språkbarriæren, kommunikasjon og / eller kulturkompetansen til helsepersonellet. Det vil si at de mente at helsepersonellet ikke hadde nok kunnskaper om deres rase, etnisitet og kulturelle bakgrunn (15). Noen pasienter mente at de ville ha foretrukket helsepersonell fra samme rase, etnisitet eller kulturelle bakgrunn (15).

I Del I av Brukerundersøkelsen som ble utført ved UUS, ble pasientens morsmål (skandinavisk eller ikke-skandinavisk) benyttet som en demografisk variabel, og resultatet var, som nevnt over, at pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål alt i alt var mindre fornøyde enn pasienter med et skandinavisk morsmål. Det er blitt beskrevet at forekomst av språkproblemer er den tydeligste kulturelle hindring for å yte en tilfredsstillende helsetjeneste (6).

Bruker- og kvalitetsutviklingsstudier kan foretas på forskjellige måter. Kvantitative forskningsmetoder med spørreskjemaer er mye brukt. Flere forfattere har imidlertid påpekt et presserende behov for også å benytte alternative tilnærminger med hensyn til å evaluere pasientbehandling, og det anbefales å benytte kvalitative forskningsmetoder for å kunne gå mer i dybden av stoffet (11). Fenomenografi er en kvalitativ forskningsmetode som defineres som en forskningstilnærming for å analysere meningen som mennesker tilskriver til verden (16). Metoden undersøker de kvalitative ulike måtene som mennesker erfarer eller tenker om ulike fenomen på, det vil si en undersøkelse av kunnskap om pasienters forståelse av sin erfaring (17).

Fokusgrupper, brukes også ofte innen kvalitativ forskning. Dette er gruppediskusjoner som er organisert for å utforske spesifikke temaer, som for eksempel menneskers meninger og erfaringer om ulike spørsmål. Fokusgrupper skiller seg fra andre typer gruppeintervjuer med den eksplisitte bruk av interaksjonen i gruppen (18).

Dersom man anvender både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder er det også blitt anbefalt å utføre såkalt metodetriangulering, der man kan supplere harde data fra kvantitative spørreskjemaundersøkelser med mer myke data og opplysninger fra informanter i forbindelse med et intervju (19).

HENSIKTEN MED STUDIEN

Hensikten med den foreliggende studien var å undersøke pasienttilfredshet blant pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål.

Studien består av tre deler med følgende metoder og forskningsspørsmål:

Spørreskjemaundersøkelse (fortsettelse av den kvantitative forskningsstudien i Del I av brukerundersøkelsen):

Hvilke faktorer er viktige for å oppnå tilfredshet? Hva er pasientene misfornøyde med?

Kvalitative fokusgruppeintervjuer basert på fenomenografi for å få en forståelse og en dypere innsikt i hvordan denne pasientgruppen opplevde og erfarte behandlingstilbudet ved avdelingen:

Hva forteller informantene om opplevelsen av behandlingen?

Metodetriangulering / Syntese av resultatene fra den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen:

Understøtter de to undersøkelsene hverandre, eller er det forskjellige funn som kommer frem?

Mål

Det ultimate målet med studien var å få mer kunnskap og innsikt om dette viktige temaet, slik at det senere skal kunne tilrettelegges og tilbys et behandlingstilbud som alle pasienter, uansett morsmål, er like tilfredse med.

MATERIALE

Denne studien, som består av en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse, en kvalitativ intervjuundersøkelse og en metodetriangulering, ble utført ved Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, fysioterapipoliklinikken, UUS i 2003 og i 2006.

Pasientene som var med i studien hadde et ikke-skandinavisk morsmål, og de fleste av dem kom fra Asia. De tilhørte alle sammen en pasientgruppe med langvarige muskel- og skjelettlidelser fra rygg, nakke eller skuldre. Mange av pasientene hadde vært sykmeldt i lengre tid. Fysioterapibehandlingen de hadde mottatt hadde bestått av individuell behandling, selvtrening med veiledning og / eller behandling i gruppe. Pasientene som ble inkludert skulle ha avsluttet sin fysioterapibehandling ved avdelingen. De skulle ikke ha hatt behov for tolk under behandlingen, og de skulle minst ha hatt tre behandlinger.

Spørreskjemaundersøkelsen tok utgangspunkt i data fra Del 1 av Brukerundersøkelsen som ble utført ved UUS (1) høsten 2003. Totalt ble 166 pasienter inkludert i den studien. Av disse var det 30 pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål og som hadde besvart spørreskjemaet. Disse 30 inngår i den aktuelle spørreskjemaundersøkelse.

Materialet i den kvalitative intervjuundersøkelsen bestod av fire informanter med et ikke-skandinavisk morsmål. De hadde gått til behandling ved fysioterapipoliklinikken og avsluttet sin behandling i 2006. Rekruttering av disse informantene skjedde ved at daglig leder av prosjektet fikk en navneliste på 23 pasienter, 10 kvinner og 13 menn, som var aktuelle for inklusjon til intervju. Kvinnene fikk først tilsendt en forespørsel om de ville delta i et fokusgruppeintervju. I brevet fikk de informasjon om at det var helt frivillig å delta. De fikk også beskjed om at de ville få dekket reiseutgifter til intervjuet med kr. 200,-. Noen dager etter utsendelsen av brevene, ble kvinnene ringt opp og spurt om de ville komme. Seks kvinner sa ja, en sa kanskje. To kvinner møtte til intervjuet og en meldte forfall. Deretter ble mennene tilsendt en forespørsel, og ringt opp på samme måte som kvinnene. Fire menn sa ja til å komme, og to sa kanskje. To menn møtte til intervjuet. Gjennomsnittsalderen på de fremmøtte var 40 år (32–52år).

Det ble bestemt at kvinner og menn skulle intervjues hver for seg. Bakgrunnen for dette var at det ble antatt at spesielt kvinnene, på grunn av sin kulturelle bakgrunn, ikke ville føle seg frie til å uttale seg hvis det var menn tilstede. Denne antagelsen støttes av Holter og Kalleberg som skriver at "Gruppen settes sammen så homogent som mulig fordi vi ønsker å vektlegge felles erfaringsgrunnlag for samtalen" (19).

METODE

Kvantitativ spørreskjemaundersøkelse

Spørreskjemaet (Vedlegg) ble utarbeidet på avdelingen der undersøkelsen skulle foretaes. Det inneholdt generelle spørsmål hentet fra nasjonale brukerundersøkelser, innspill fra tidligere pasienter som hadde deltatt på Brukermøter ved avdelingen og spørsmål utarbeidet av fysioterapeutene (1).

Spørreskjemaet bestod av spørsmål vedrørende:

- demografiske bakgrunns variabler, morsmål (skandinavisk eller ikke) alder og kjønn
- tre globale spørsmål i forhold
 - hvor ”alt i alt tilfredse” pasientene var med behandlingen
 - om de var blitt bedre eller ”ikke bedre av behandlingen”
 - om pasientene ville anbefale avdelingen til andre
- generelle spørsmål, for eksempel om faglig dyktighet, kommunikasjon, informasjon, behandlingsutstyr, tilgjengelighet og lokaler
- plass for pasientene til å skrive ned råd og kommentarer

De fleste spørsmålene skulle besvares på en ordinal skala fra 1–10, der 1 var dårligste skår og 10 var beste oppnådde skår.

Spørreskjemaet ble sendt ut samtidig til alle pasientene. Alle pasientene fikk en skriftlig purring om svar etter tre uker. Svarene var anonyme.

Statistisk bearbeidelse av resultatene

For å undersøke om de demografiske bakgrunnsvariablene, alder og kjønn, hadde betydning for hva pasientene svarte, ble disse variablene analysert mot to av de globale effektvariablene, ”Alt i alt tilfreds” og ”Ikke bedre av behandlingen”, ved hjelp av henholdsvis enkle lineære regresjonsanalyser og Mann Whitney U tester.

Det ble laget en rangeringsliste over hvordan pasientene skåret. Svarene ble rangert fra dårligst til best ut i fra prosent andel negative svar. Et negativt svar fremkom der medianverdien var mindre enn eller lik 5 på skalaen fra 1- 10, der 1 var dårligste skår og 10 var beste oppnådde skår.

For å undersøke om resultatene av spørreskjemaet var til å stole på, det vil si for undersøke om de spørsmålene pasientene ikke var fornøyde med virkelig hadde betydning for om pasientene var alt i alt tilfredse eller ikke, ble sammenhengen mellom de enkelte spørsmålene og ”Alt i alt tilfreds” analysert i enkle lineære regresjonsanalyser.

Dataene ble lagt inn i databasen EpiData 2.1b og ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet Epi Info 2002. Et signifikansnivå på 5% ($p \leq 0,05$) ble valgt ved alle testene.

Undersøkelse av pasientenes råd

I siste del av spørreskjemaet kunne pasientene skrive ned råd om forbedringer av behandlingstilbudet. Det ble undersøkt om disse kommentarene ga ytterligere eller annerledes informasjon enn det som ellers kom frem i spørreskjemaet.

Kvalitativ intervjuundersøkelse

Datainnsamlingen og analysene av data i denne kvalitative forskningsstudien ble utført ved hjelp av fenomenografi (3). Fenomenet som ble studert var ”hvordan pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål hadde opplevd og erfart behandlingen ved fysioterapipoliklinikken.”

Det ble utført to fokusgruppeintervjuer. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av resultatet fra den kvantitative undersøkelsen med fokus på noen temaer, blant annet om: selve behandlingen, interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient, råd om forbedringer. Hvert spørsmål hadde en tematisk og en dynamisk (interpersonell relasjon) dimensjon. Den tematiske gikk på de viktigste emnene – hva som hadde skjedd, og den dynamiske dimensjon hvordan den enkelte hadde opplevd dette (20). Det ble lagt vekt på oppfølgingsspørsmål om det som nettopp var sagt og om gjentakelse av viktige ord. Videre ble inngående, fortolkende og indirekte spørsmål benyttet. Taushet ble benyttet for å avvente svar på spørsmål. Aktiv lytting ble også benyttet.

Intervjuene var semistrukturerte, uformelle og konversasjonspregede i stil og varte i ca en time. De ble holdt i gymnastikksalen der informantene hadde gått til behandling. Tilstede var intervjueren / daglig leder av prosjektet og en referent (veileder). Ingen av de ovennevnte hadde deltatt i behandling av pasientene. Intervjuene fokuserte på informantenes erfaringer, opplevelser og oppfatninger av behandlingen.

Spørsmålene var av omfattende karakter som:

- Kan dere fortelle meg om hvordan dere opplevde å være pasient ved poliklinikken?
- Nå etter at dere har avsluttet behandlingen, hva kunne dere ha ønsket dere /tenkt dere at vi hadde gjort annerledes?
- Hvis dere skulle gå til behandling i fremtiden, er det noe som dere kunne tenke dere ville være viktig for at dere skulle bli fornøyd? Kan dere si litt mer om det.
- Hva tror dere kan være grunnen til at pasienter med ikke-skandinavisk morsmål var mindre fornøyde slik det kom frem i spørreundersøkelsen?

Referenten skrev ned alt som ble sagt. Referatene fra intervjuene ble renskrevet av intervjueren etter at intervjuene var avsluttet.

Det ble vurdert om det skulle benyttes tolk ved intervjuene, men det ble bestemt å la det være. Begrunnelsen for dette var både at informantene ikke hadde benyttet tolk under behandlingen, og at informantene med stor sannsynlighet ville ha kommet fra forskjellige land, hvilket ville resultere i at det måtte ha vært flere tolker tilstede.

Analyse av kvalitative data

Dataene ble analysert ved hjelp av prinsippene til fenomenografi. Analysen ble inndelt i fire faser (21):

1. Bli kjent med dataene og få et hovedinntrykk
2. Se likheter og forskjeller i utsagnene
3. Bestemme beskrivende kategorier av oppfattelse og erfaringer
4. Undersøke den underliggende struktur av systemet med kategorisering

Veileder ble benyttet som co-eksaminator for å teste validiteten til kategoriene og underkategoriene. Det var enighet mellom veileder og daglig leder av prosjektet i plassering av utsagnene i de ulike kategoriene.

Metodetriangulering

Ved en metodetriangulering ble resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene sammenlignet for å undersøke om de understøttet hverandre, eller om det var forskjellige funn som kom frem. Flere og forskjellige observasjoner kan berike/utdype beskrivelsen av et fenomen, og når både kvantitativ og kvalitativ metode blir benyttet, får fenomenet som blir studert belysning fra ulike vinkler. Samstemmighet fra de to metodene bekrefter validiteten av funnene (22).

Å gjøre en slik metodetriangulering er blitt anbefalt av flere (19;22). Hensikten er, som Malterud skriver: “To gain a better understanding of the meaning and implication of the findings. More creative combinations are seen in triangulation”(22). Målene med metodetriangulering er å øke forståelsen av kompliserte fenomen. Metoden egnet seg derfor godt i denne studien. Det ble ansett som viktig å få supplert resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen med informantenes erfaringer og opplevelser av fysioterapibehandlingen.

Etiske overveielser

Avdelingsoverlegen, leder for Senter for Fellesfunksjoner, Forskningsutvalget i Medisinsk Divisjon og Personvernombudet ved UUS hadde gitt tillatelse til å gjennomføre studien.

Det ble sendt søknad om godkjenning av studien til Regional Etisk Komité for Medisinsk Forskningsetikk i Norge (REK). Tilbakemeldingen derfra var at komiteen ”oppfatter prosjektet som kvalitetssikring av det fysioterapitilbudet som gis ved avdelingen, og ikke som en vitenskapelig studie av en slik art at det omfattes av komiteens mandat om fremleggelsesplikt. Komiteen har derfor ikke realitetsbehandlet saken.”

Den kvantitative spørreskjemaundersøkelsen var anonym. Pasientene ga et informert samtykke til å delta i undersøkelsen gjennom skriftlig å besvare et spørsmål om dette på spørreskjemaet. De fikk grundig informasjon om undersøkelsen i et følgebrev til spørreskjemaet. De ble forsikret om at deltagelse i studien ikke ville få noen negative konsekvenser for eventuell senere behandling ved UUS.

For å ivareta anonymitetskravet til pasientene, ble det ikke oppbevart noen navnelister over hvem som deltok i undersøkelsen.

Ved fremmøte til intervjuene, fikk informantene muntlig informasjon om hva som skulle skje. Deretter fikk de en skriftlig informasjon og skulle undertegne på et informert samtykke før intervjuet kunne starte.

RESULTAT

Kvantitativ spørreskjemaundersøkelse

Blant de 30 pasientene med et ikke-skandinavisk morsmål som inngikk i spørreskjemaundersøkelsen, var det 16 kvinner og 14 menn. Gjennomsnittsalderen (mean) var 46,0 (SD 10,6) median 45,5 (range 26-73). To pasienter hadde ikke besvart spørsmålet om alder.

Resultatet av spørreskjemaundersøkelsen er presentert i Tabell 1.

Tabell 1. Resultat av spørreskjemaundersøkelse vedrørende pasienttilfredshet blant 30 pasienter med ikke-skandinavisk morsmål.

nr	Spørsmål i forkortet form	n	mean (SD)	median (range)	Ikke svart	Ikke Aktuelt
4	Alt i alt tilfreds	28	6,2(3,2)	7,0(1-10)	2	
5a	Faglig dyktighet	29	7,6(2,5)	8,0(1-10)	1	
5b	Organisering og samordning	28	7,4(2,4)	8,0(2-10)	2	
5c	Info behandlingsopplegg	29	7,5(2,9)	9,0(1-10)	1	
5d	Info oppfølging	29	6,6(3,1)	7,0(1-10)	1	
5e	Kommunikasjon pasient/fysio	29	7,5(3,3)	9,0(1-10)	1	
5f	Utstyr	29	7,4(3,0)	8,0(1-10)	1	
5g	Tilgjengelighet	29	7,9(2,8)	9,0(1-10)	1	
5h	Lokaler	29	6,3(3,2)	7,0(1-10)	1	
6a	For få behandlinger	27	7,0(3,1)	9,0(1-10)	3	
6b	Dårlig oppfølging etter avsluttet beh	16	5,6(3,3)	6,0(1-10)	2	11
6c	Savnet ansvarlig fysioterapeut	26	8,0(2,4)	9,0(1-10)	4	
6d	Dårlig plass i treningssalen	27	7,4(2,9)	8,0(1-10)	3	
6e	Dårlig renhold	27	8,4(1,9)	9,0(3-10)	3	
6f	Støy	27	7,1(3,2)	8,0(1-10)	3	
6g	Redd bli verre av testene	13	6,6(2,8)	7,0(1-10)	2	15
6h	Ikke bedre av behandlingen	27	4,1(3,5)	3,0(1-10)	3	
6i	Parkeringsutgiftene for høye	13	4,7(4,3)	2,0(1-10)	3	14
6j	Langt å gå	21	5,0(3,9)	6,0(1-10)	2	7
8	Behandling etter behov	26	5,7(3,5)	6,0(1-10)	4	
9	Feilbehandling	20	7,7(3,2)	9,0(1-10)		10
10	Egeninnsats	26	6,8(3,4)	7,5(1-10)	1	3
11	Tatt med på råd	26	7,4(3,0)	8,0(1-10)	4	

Resultatet av analysene mellom alder og de globale effektvariablene ”Alt i alt tilfreds” og ”Ikke bedre av behandlingen viste signifikante sammenheng. Dette innebar at jo eldre pasienten var, desto mer ”alt i alt tilfredse” var de ($p=0.04$) og jo bedre var de blitt av behandlingen ($p=0,05$). Det var ingen signifikant sammenheng mellom kjønn og de samme globale effektvariablene

Tabell 2 viser prosentandelen negative svar ($\text{median} \leq 5$) som pasientene ga på de enkelte spørsmålene. Prosentandelen er fordelt på det antall som faktisk svarte på det enkelte spørsmålet.

Tabell 2. Prosentandel negative svar (median ≤ 5) på de enkelte spørsmålene.

Nr	Spørsmål i forkortet form	n (n= antall som svarte)	Prosentandel negative svar (median≤ 5)
4	Alt i alt tilfreds	28	42,9%
5a	Faglig dyktighet	29	20,7%
5b	Organisering og samordning	28	25,0%
5c	Info behandlingsopplegg	29	24,1%
5d	Info oppfølging	29	37,9%
5e	Kommunikasjon pasient/fysioterapeut	29	27,6%
5f	Utstyr	29	31,0%
5g	Tilgjengelighet	29	20,7%
5h	Lokaler	29	41,4%
6a	For få behandlinger	27	33,3%
6b	Dårlig oppfølging etter avsluttet behandling	16	50,0%
6c	Savnet ansvarlig fysioterapeut	26	26,2%
6d	Dårlig plass i treningssalen	27	18,5%
6e	Dårlig renhold	27	11,1%
6f	Støy	27	29,6%
6g	Redd bli verre av testene	13	30,8%
6h	Ikke bedre av behandlingen	27	66,7%
6i	Parkeringsutgiftene for høye	13	61,5%
6j	Langt å gå	21	47,6%
8	Behandling etter behov	26	42,3%
9	Feilbehandling	20	20,0%
10	Egeninnsats	26	34,6%
11	Tatt med på råd	26	23,1%

I Tabell 3 vises rangeringslisten for hvordan pasientene rangerte spørsmålene fra dårligst til best ut fra antall svar på spørsmålene. Spørsmål med lik prosentandel ble rangert på lik plass.

Tabell 3. Rangering av negative svar fra dårligst til best ut fra antall svar på spørsmålene. Spørsmål med lik prosentandel er rangert på lik plass.

Pasientenes rangordning	Spørsmål i forkortet form
1	Ikke bedre av behandling
2	Parkeringsutgiftene for høye
3	Dårlig oppfølging etter avsluttet behandling
4	Langt å gå
5	Alt i alt tilfreds
6	Behandling etter behov
7	Lokaler
8	Info oppfølging
9	Egeninnsats
10	Få behandlinger
11	Utstyr
12	Redd verre av testene
13	Støy
14	Kommunikasjon pasient /fysioterapeut
15	Savnet ansvarlig fysioterapeut
16	Organisering og samordning
17	Info behandlingsopplegg
18	Tatt med på råd
19	Tilgjengelighet
19	Faglig dyktighet
20	Feilbehandling
21	Dårlig plass i treningssalen
22	Dårlig renhold

Analysene av sammenhengen mellom de ulike spørsmålene i spørreskjemaet og den globale effektvariabel "Alt i alt tilfreds" vises i Tabell 4.

Tabell 4. Sammenheng mellom spørsmålene i spørreskjemaet og effektvariablen ”Alt i alt tilfreds” hos 30 pasienter med ikke-skandinavisk morsmål.

Nr	Spørsmål i forkortet form	”Alt i alt tilfreds”			
		β	SE	r^2	P
4	Alt i alt tilfreds				
5a	Faglig dyktighet	1,017	0,165	0,59	<0,0001
5b	Organisering samordning	0,903	0,213	0,42	0,0003
5c	Info behandlingsopplegg	0,930	0,123	0,69	<0,0001
5d	Info oppfølging	0,741	0,150	0,49	<0,0001
5e	Kommunikasjon fysio/pas	0,612	0,155	0,37	0,0006
5f	Utstyr	0,401	0,197	0,14	0,05
5g	Tilgjengelighet	0,011	0,229	0,00	Ns
5h	Lokaler	0,131	0,203	0,02	Ns
6a	For få behandlinger	0,185	0,205	0,03	Ns
6b	Dårlig oppfølging etter beh.	0,469	0,249	0,20	Ns
6c	Savnet ansvarlig fysioter.	0,237	0,275	0,03	Ns
6d	Dårlig plass i treningssalen	0,158	0,220	0,02	Ns
6e	Dårlig renhold	0,311	0,332	0,03	Ns
6f	Støy	0,219	0,201	0,05	Ns
6g	Redd bli verre av testene	0,714	0,287	0,36	0,032
6h	Ikke bedre av behandling	0,665	0,138	0,49	<0,0001
6i	Parkeringsutgifter for høye	-0,102	0,299	0,01	Ns
6j	Langt å gå	0,240	0,173	0,10	Ns
8	Behandling etter behov	0,828	0,082	0,82	<0,0001
9	Feilbehandling	0,696	0,150	0,54	0,0002
10	Egeninnsats	0,649	0,144	0,46	0,0001
11	Tatt med på råd	0,654	0,172	0,38	0,0009

β = beta, SE= Standard Error, r^2 = forklart varians, Ns= non significance

Råd

Seksten pasienter av totalt 30 benyttet anledningen til å gi råd på spørsmålet: ”Hva er dine tre beste råd til oss i forhold til hva vi kan gjøre for å forbedre tilbudet vårt til din pasientgruppe?” Totalt kom pasientene med 35 råd. Rådene ble gruppert etter antall og innen følgende fire hovedområder:

1. Oppfølging under og etter behandling
2. Lokaler / utstyr
3. Informasjon / kommunikasjon (mellom pasient – lege – fysioterapeut)
4. Diverse

Flest råd gikk på punkt 1, Oppfølging under og etter behandling. For øvrig fordelte rådene seg ganske jevnt på de tre andre områdene. De viktigste rådene var:

- ”Å bruke mer tid med pasientene”
- ”Prøve bli kjent bedre med pasient”
- ”At de kommuniserer godt”
- ”Får vite hva fysioterapeutene gjør med pasientene og hvorfor”

Kvalitativ intervjuundersøkelse

Det var dårlig oppmøte til intervjuene. Fire av 23 personer, ca.17 %, møtte. Dette skjedde til tross for at flere informantene hadde sagt at de ville komme ved telefonkontakt noen dager før intervjuene fant sted.

Hovedinntrykkene som satt igjen fra intervjuene var at dette var fire ressurssterke informanter som snakket og forstod norsk godt. De var meget fornøyde med det meste rundt behandlingen og hadde få ting som de hadde opplevd som negative. Felles for alle var at de ikke var blitt bedre av behandlingen. En stund ut i intervjuene ble dette litt mer nyansert for to av informantene.

Analysen av data fra intervjuene resulterte i fem kategorier; Kulturelle forskjeller, Utøvers opptreden, Miljø/omgivelser, Forventninger/resultater, og Tilgjengelighet. Det var 12 underkategorier. Kategoriene ble dannet på bakgrunn av empiriske funn og ved at noen var identifisert på forhånd.

Kategorier

Kategori: Kulturelle forskjeller

Den første kategorien, Kulturelle forskjeller, beskriver informantenes oppfattelse og erfaringer med hensyn til at de representerer minoritetsgrupper. Kategorien blir illustrert ved hjelp av tre underkategorier; Språk/kommunikasjon, Forhold til autoriteter og Kjønnsaspektet.

Språk/kommunikasjon

Den første underkategorien, Språk/kommunikasjon, omfatter ulik kunnskap om språkproblemer, sykdom og sykdomsforståelse. På spørsmål om hva informantene trodde grunnen kunne være til at pasienter med ikke-skandinavisk morsmål var mindre fornøyde, trakk de frem at det kunne skyldes forståelse, det vil si om norskkunnskapene var gode nok, om man hadde fått med seg all informasjon, om forståelsen av hva behandlingen ville gå ut på og behandlingsfilosofien. Informantene påpekte at det er behov for mer tid når pasienter har et annet morsmål og i tillegg kommer fra en annen kultur. *”Jeg vil ikke si at innvandrere er dumme mennesker. Noen kommer til fysioterapeut og vet ikke hva det går ut på”.*

Forhold til autoriteter

Den andre underkategorien, Forhold til autoriteter, fremkom da informanten sa: *"Jeg burde fått flere behandlinger. Det er ikke meg som bestemmer"*. På spørsmål om informanten hadde tenkt på dette tidligere, (før vedkommende hadde avsluttet behandlingen) svarte informanten: *"ja jeg tenkte på det med en gang"*, men sa altså ikke noe om dette til fysioterapeuten. Informantene ga uttrykk for at det var terapeutene som hadde kunnskap og derfor bestemte, og at det ikke passet seg å stille spørsmål om hva som var riktig eller ikke.

Kjønnsperspektivet

Den tredje underkategorien gikk på kjønnsperspektivet. Opplevelsene som ble beskrevet var at det ikke var noe forskjell for menn og kvinner å være pasienter. Denne kategorien kom frem på spørsmål om informantene trodde at det ville være noen forskjell på hvordan menn og kvinner hadde opplevd behandlingene. Informantene sa at de trodde ikke det, med begrunnelsen *"Jeg tror ikke kvinner vil oppleve det annerledes siden det bare er kvinner som jobber her"*. Kvinnene som ble intervjuet bekreftet dette. De sa heller ikke at det hadde vært problematisk at behandlingen hadde foregått i en åpen, stor sal, og at noen pasienter hadde vært avkledd bak forheng mens andre trente i grupper.

Kategori: Utøvers opptreden

Den andre kategorien, Utøvers opptreden, gikk på informantens opplevelse av hvordan de hadde blitt møtt og behandlet som enkeltindivid. Kategorien består av tre underkategorier Fysioterapeutens væremåte, Faglig dyktighet og Informasjon.

Fysioterapeutens væremåte

Denne underkategorien handler om fysioterapeutenes evne til å "se" og "høre" pasientene, og om de hadde evne til å vise empati. Dette ble uttrykt ved at informantene sa *"fysioterapeuten var flink, ikke likegyldig"*. Videre omfatter dette serviceinnstilling/oppfølging: *"Hun sa bare kom når som helst hvis du lurte på noe etterpå"* (etter avsluttet behandling). *"Dette synes jeg var kjempebra"*. Informantene uttrykte at de hadde følt seg sett og verdsatt og at fysioterapeutene hadde fokus på dem som person og deres plager.

Faglig dyktighet

Informantene sa at de hadde fått god behandling og en sa *"Fysioterapeuten var flink, det var veldig bra behandling her"*.

Informasjon

Dette handlet om hvordan informantene hadde opplevd den informasjonen de hadde fått av fysioterapeuten: *"Ja vi gikk gjennom bilder – jeg fikk mye informasjon av fysioterapeuten – jeg fikk nok informasjon"*. En informant uttrykte ønske om at fysioterapeutene hadde vært mer lydhøre og åpne for pasientenes behov. Informasjonsbehovet mente de var svært stort. Dette ble uttrykt ved at informantene sa at fysioterapeutene kanskje ikke pratet nok med pasientene og at de burde snakke mer. *"Alle pasienter vil snakke"*, men informanten forstod at det også var spørsmål om tid til rådighet for fysioterapeutene.

Kategori: Miljø/omgivelser

Den tredje kategorien inneholdt erfaringer og opplevelser av hvordan informantene hadde opplevd det ytre miljø / omgivelsene der de fikk sin behandling. Her var det tre underkategorier: Støy, Lokaler og Utstyr.

Støy

Her fremkom motstridende opplevelser. Noen sa at det var stille og rolig. Andre sa at det var støy, men at dette ikke hadde vært plagsomt. Det ble sagt at man kunne jo ikke forvente å være den eneste pasienten til behandling. En informant uttrykte at det opplevdes bra at det var flere pasienter samtidig: *"Man kan ikke forlange og være alene, jeg liker å omgås mennesker"*. Dette var et uttrykk for at det var stimulerende at det var flere pasienter samtidig. Med hensyn til støy, kunne dette også være avhengig av når på dagen behandlingen hadde vært; det hadde vært stillere på ettermiddagen enn på formiddagen; *"Da jeg kom en morgen en dag, da var det flere pasienter"*.

Utstyr

En informant sa at stolene i ventesonen ikke var gode, men fysioterapeuten hadde sagt at der skulle ikke vedkommende sitte lenge. Pasienten ga uttrykk for at vedkommende aksepterte denne forklaringen. Ellers uttrykte informantene at de var fornøyde med det utstyret som var. De hadde ikke hatt behov for så mye utstyr og hadde ikke benyttet alt det som var der. *"Jeg brukte ikke alt dette"*. Noen syntes at det var for få benker å ligge på. *"Hvis alle var opptatt, måtte man ligge på gulvet, og det var ikke så behagelig"*.

Åpne lokaler

En informant fortalte at vedkommende hadde måttet kle av seg og stå i undertøyet første gangen vedkommende var der. Dette resulterte i at informanten hadde på seg t-skjorte og shorts neste gang og hadde spurt om det var OK å ha på dette. Det hadde ikke vært en god opplevelse å stå avkledd. *"Kvinner – religion, mange ting kan spille inn, noen"*

ønsker behandling i egne rom – separat fra menn. Jeg kan godt forstå dem". De som hadde gått i gruppebehandling hadde ønske om at gruppene kunne ha salen for seg selv når de var der.

Kategori: Forventninger

Denne kategorien bestod av to underkategorier: Behandlingsform og Resultat av behandlingen.

Behandlingsform

På spørsmål om behandlingen var slik de hadde trodd, ga informantene motstridende tilbakemeldinger. En sa at: *"nei den var helt annerledes"* fordi vedkommende hadde bare fått øvelser og hadde trodd at vedkommende skulle fått massasje. En annen hadde fått informasjon på forhånd om hva slags behandling vedkommende skulle få og ble ikke skuffet over behandlingen. Denne informanten savnet derfor ikke mer informasjon om hva behandlingene skulle gå ut på.

Fornøyd/ bli frisk

Denne underkategorien sier noe om hva informantene hadde ventet seg som resultat av behandlingen. *"Folk med andre kulturer har andre forventninger. Jeg har sittet i mottak i mange år, i forskjellige mottak. Folk er alltid misfornøyd. Hvis de hadde vært til lege sier de: Han kan ikke behandle meg"*. Dette gir også uttrykk for at det er mange forhold som spiller inn om man er fornøyd. Noen forhold ligger utenfor det som skjer under behandlingen og kan ha med andre livsområder å gjøre. En annen sa: *"Selv om jeg ikke ble bedre, vil jeg ikke klage"*. Dette gir uttrykk for at pasientene er fornøyd, selv om de ikke var blitt bedre av behandlingen. En sa at *"Jeg visste at jeg ikke ville bli frisk"*, men vedkommende var likevel veldig fornøyd med behandlingen. En fortalte at legen som henviste til behandlingen hadde sagt at fysioterapeutene her var veldig flinke. Dette skapte positive forventninger hos pasienten.

Kategori: Tilgjengelighet /Tid

Denne kategorien hadde underkategoriene Ventetid og Fysioterapeutens tid til pasientene.

Ventetid

Her fremkom det motstridende tilbakemeldinger. Noen hadde ikke opplevd ventetid i det hele tatt. Andre hadde ventet lenge før de hadde fått time. Det hadde vært opplevd som bortkastet tid når man hadde måttet vente i flere måneder for å komme til

behandling: *”Måtte vente lenge før jeg fikk time – mye bortkastet tid”*. Ventetiden gikk også på om man hadde ventet før den enkelte behandling. *”Det var kort ventetid. Jeg ventet aldri mer enn ti minutter.”*

Fysioterapeutenes tid til pasientene

”Fysioterapeutene må snakke mer med pasientene – pasientene må få vite mer – alle vil snakke, men jeg skjønner at fysioterapeut ikke har tid”. Et annet punkt var at det ble beskrevet at det var mange pasienter samtidig. Dette gjorde at fysioterapeutene hadde liten tid til den enkelte. Dette gikk også på antall behandlinger. En informant sa at vedkommende hadde fått for få behandlinger og at fysioterapeuten hadde gitt opp for fort.

Metodetriangulering

Det var mange sammenfallende funn mellom spørreskjemaundersøkelsen og fokusgruppeintervjuene. Resultatet omtales nærmere i Diskusjonsavsnittet.

DISKUSJON

Hensikten med denne brukerundersøkelsen var å få kunnskap om hvordan pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål hadde opplevd behandlingen ved fysioterapipoliklinikken, Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, UUS. Studien besto av en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse besvart av 30 pasienter, en kvalitativ intervjuundersøkelse som bestod av to fokusgruppeintervjuer, ett med to kvinner og ett med to menn, samt en metodetriangulering, der resultatene fra de to undersøkelsene ble sammenlignet.

Det var ingen forskjell på pasienttilfredsheten mellom kvinner og menn, verken i den kvantitative eller den kvalitative undersøkelsen. Med hensyn til alder viste funn fra den kvantitative undersøkelsen at eldre var mer fornøyde enn yngre. Dette sammenfaller med resultater fra andre undersøkelser (23;24). Young (12) fant at alder, helsestatus og rase var de mest konsistente og viktigste karakteristika assosiert med grad av tilfredshet, men at det var uklart om disse forholdene skyldtes ulike forventninger og verdier blant pasientene, eller om det faktisk reflekterte ulik måte å behandle pasienter på. Tucker og medarbeidere (25) hevder at pasienttilfredshet er signifikant forskjellig med hensyn til alder, rang, kjønn, utdanning, rase, helsestatus, men sier videre at denne forskjellen bare forklarer 5% av pasienttilfredshetsskåringen (25).

Metodetrianguleringen i denne studien viste at det var mange sammenfallende funn mellom spørreskjemaundersøkelsen og fokusgruppeintervjuene. Det viktigste var at mange pasienter syntes at de ikke var blitt bedre. Det at pasientene ikke var blitt bedre av behandlingen, hadde også signifikant betydning i forhold til om de var ”alt i alt

tilfredse” eller ikke. Likevel gikk det tydelig frem i intervjuene at pasientene kunne være tilfredse med behandlingen selv om de ikke var blitt bedre.

Å bli bedre er et komplisert tema. Hudak og Wright (26) skiller mellom pasienttilfredshet med resultatet av behandlingen og tilfredshet med selve behandlingen. Det at pasientene ikke var blitt bedre, gikk på resultatet av behandlingen. Hvilke forventninger hadde pasientene? Ofte har pasienter fra andre kulturer helt andre forventninger enn det helsepersonellet selv har. Det er viktig og avdekke disse forventningene for å få gode resultater av behandlingen (6). Det er også viktig at pasient og fysioterapeut setter seg felles mål for behandlingen. Da er det også lettere å evaluere resultatet av den. Hanssen skriver at pasientenes forventninger og tro er viktig for effekten av behandlingen (27).

Diskrepansmodellen beskriver hvordan tilfredshet er relativt definert som forskjellen mellom pasientens forventninger og aktuelle erfaring” (23). Hva kan forklaringen være til at pasientene ikke var blitt bedre av behandlingen, men samtidig var svært fornøyd? Hvilke forventninger hadde pasientene? En mulig årsak kunne være at pasientene ikke hadde noen forventninger om å bli frisk, og at de baserte sin tilfredshet ut fra hvordan de hadde opplevd at de var blitt sett og hørt, tatt på alvor, og ivarettatt av fysioterapeutene.

Pasientene fra spørreundersøkelsen var fornøyde, men i mindre grad enn det vi fikk inntrykk av i intervjuene. Hvem svarer på spørreundersøkelser og hvem stiller opp til intervjuer? Er det generelt de som er fornøyde som kommer til intervjuene? Eller var fremmøtet i denne studien bare et tilfeldig resultat? En studie viste at det var minimale forskjeller i tilfredshet mellom de som svarte på en spørreundersøkelse og utvalgte pasienter som svarte på samme undersøkelse ved telefonintervju (28).

Til tross for at pasientene sa at de ikke var blitt bedre, var informantene fra de kvalitative intervjuene svært fornøyde med behandlingen de hadde fått. Intervjueren måtte stille spørsmålene på mange ulike måter og vinklinger med mange oppfølgende spørsmål for å få innspill om hva som kunne vært bedre i behandlingssituasjonen. En informant sa at han/hun hadde tenkt før intervjuet at han/hun kanskje ikke kunne bidra med noe fordi vedkommende var veldig fornøyd og hadde ikke noe negativt å si.

De faktorene som betydde mest for om pasientene var tilfredse eller ikke, var i tillegg til bedring av sykdom og at pasientene opplevde å få riktig behandling, at fysioterapeuten var dyktig og hadde nok tid, og at informasjonen og kommunikasjonen med dem var god. Dette er faktorer som fysioterapeuter generelt også legger stor vekt på.

Tidsaspektet er kanskje noe av det aller viktigste. Pasienter med fremmed språk og kultur må få nok tid slik at de forstår informasjonen som blir gitt. Fysioterapeuten må forsikre seg om at pasientene har forstått hva deres diagnose og symptomer innebærer, hva som er hensikten med behandlingen og hva de selv kan gjøre for å bli bedre. Hvis det oppstår språkproblemer, må man benytte tolk. Ved kroniske muskelskjelettlidelser er pasientene ofte nødt til å leve med sykdommen, i alle fall i perioder. Mange pasienter klarer imidlertid å takle sine problemer, bare de vet hva de

skal gjøre og hvorfor. På mange måter viste hovedfunnet fra denne studien nettopp dette, at: pasientene ble ikke bedre, men mange var likevel alt i alt tilfredse med behandlingen forutsatt at informasjonen og kommunikasjonen hadde vært god.

Betydningen av god og nok informasjon var et viktig resultat både i spørreskjemaundersøkelsen og i intervjuene. Det var viktig at fysioterapeutene hadde tid nok til å snakke med pasientene og gi informasjon. Tidsaspektet er ekstra viktig når pasienter med fremmed språk og annen kulturell bakgrunn skal behandles. Man må bruke mer tid på å teste ut at informasjonen blir mottatt. Dette er viktig med hensyn til at alle skal få "lik behandling" og et likeverdig tilbud.

Det sies ofte at det gis for lite informasjon. "Spørsmålet er ikke bare om det gis for lite informasjon, men om informasjonen som gis er på fagenes premisser, snarere enn i tråd med Kierkegaards kloke ord om å "møte den andre ved hans forståelsesterskel" (29). Dette er ekstra viktig med hensyn til informasjon til minoritetsgrupper. Behov og forventninger hos disse pasientene er annerledes enn hos øvrige pasienter. Hvis alle behandles alle likt, vil ulikheten fortsette. Forskere har funnet at tillitt er assosiert med: at helsepersonell hører etter, den informasjonen som blir gitt, tidsbruk og deltagelse i beslutninger (15). Beattie argumenterer for at "Det viktigste for pasientene er å bli behandlet med respekt og bli tatt med på å bestemme behandlingen" (30).

En studie antyder at en pasients rase influerer på legens valg av behandling, selv om leger selv kanskje ikke er klar over dette (31). Studier har vist at pasienter er mer fornøyde når det er likhet i enten etnisitet eller språk mellom behandlende lege og pasient og at noen pasienter foretrekker behandlere fra samme rase, etnisitet og/eller kulturell bakgrunn (6). I denne studien hadde pasientene og fysioterapeutene forskjellig bakgrunn men det gikk ikke frem at informantene og fysioterapeutene hadde forskjellig sykdomsforståelse.

Ved en tolking av resultatene, er det viktig å huske på at pasientene som deltok i studien skulle kunne snakke så godt norsk at de ikke hadde hatt behov for tolk under behandlingen. Dette betyr at resultatet av studien ikke kan si noe om hvordan pasienter med dårligere norskkunnskaper hadde besvart spørsmålene i spørreskjemaet og intervjuene. Det er kanskje den pasientgruppen det er viktigst å fokusere på ved senere studier.

"Language discordance is by far the most obvious cultural obstacle to providing care" (6). Språk og kultur kan ikke skilles hevder Hanssen (27). I denne studien ble pasienter, som hadde hatt behov for tolk i behandlingen, ikke inkludert. Til tross for dette fremkom det fra spørreskjemaet at noen hadde hatt problemer med å fylle ut dette. Tilsvarende erfaring ble gjort da pasientene ble ringt opp for å høre om de ville komme til intervjuundersøkelsen. Noen av pasientene hadde problemer med å forstå norsk. En svarte til og med på engelsk og sa at vedkommende ikke var god i norsk. Dette førte til undring over at disse pasientene ikke hadde hatt tolk under behandlingen.

Det er spørsmål om terskelen for å benytte tolk ved fysioterapibehandling generelt er for høy. I flere sammenhenger blir det trukket frem at helsearbeidere bruker tolk for lite.

”Kommunikasjonsproblemer stammer ofte fra manglende sosial forståelse og ulik bruk av verbal symbolikk” (27). I følge Pasientrettighetsloven §3-5 (9) er det helsearbeiderens ansvar, så langt som mulig, å sikre at den informasjon som mottas av pasienten, stemmer overens med den informasjonen som blir gitt. Denne informasjonen skal dessuten være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, erfaringer og kultur- og språkbakgrunn.

Informantene representerte i hovedsak en komplisert pasientgruppe med langvarige sykehistorier og sykmeldinger og med sammensatte problemer. Den generelle helsetilstanden til pasientene og deres kulturelle bakgrunn er imidlertid ukjent; det var ikke spørsmål om dette i spørreskjemaene. Hvordan pasienter med svært dårlig allmen helse ville besvart spørreskjemaet, gir oppgaven ikke svar på.

Ytre faktorer som parkeringsutgifter, gangavstand, lokaler og utstyr korrelerte dårlig med om pasientene var fornøyde eller ikke. Likevel var flere av disse faktorene høyt på listen over det pasientene rangerte som dårlig (Tabell 3). I intervjusituasjonen var informantene veldig fornøyde med lokalene og utstyret, mens i den kvantitative undersøkelsen var de ikke fornøyde med utstyret. For at fysioterapeuter i fremtiden skal kunne ha fokus på rett sted med hensyn til forbedringstiltak, er det svært verdifullt å gjøre analyser av hvilke faktorer som er viktigst med hensyn til om pasientene er ”alt i alt tilfredse”.

Hva slags virkelighet er det den kvalitative undersøkelsen forsøker å beskrive, og hva slags forskning beskrives?

Fenomenografi er en forskningstilnærming som har et stort potensial for helsetjenesteforskning der det er menneskers forståelse av sine erfaringer som er målet (17). ”Second order”-perspektivet er spesifikt for fenomenografi (16). Marton skriver ar: Vi orienterer oss mot menneskers forestillinger og oppfatninger eller erfaringer av et fenomen og gjør uttalelser om deres opplevelser av dette. Vi forsøker ikke å beskrive ting hvordan de er eller å diskutere om ting kan bli beskrevet slik de er, men forsøker heller å karakterisere hvordan ting fremstår for menneskene (16). ”Phenomenography provides descriptions that are relational, experiential, content-oriented and qualitative” (32). Fenomenografer kategoriserer sine personers beskrivelser, og disse kategoriseringene er primærresultatet av fenomenografisk forskning (32).

Kategoriene ble, som tidligere nevnt, dannet på bakgrunn av dataanalyse av empiriske funn ved intervjuene og ved at noen var identifisert på forhånd. Dette resulterte i fem kategorier; Kulturelle forskjeller, Utøvers opptreden, Miljø/omgivelser, Forventninger / resultater, og Tilgjengelighet. Kategoriene var i store trekk som forventet på forhånd, men på grunn av at materialet var lite, var det ikke så stor variasjon og dybde i synspunkter og opplevelser fra informantenes ”verden” som en kunne ha håpet.

Da dataene ble analysert og kodet, kunne flere utsagn passe i mer enn en kategori, som for eksempel kommentaren i underkategorien Kjønnsperspektivet; at kvinnene ikke hadde opplevd det som et problem at behandlingen hadde foregått i en stor åpen sal. Denne kommentaren kunne også vært plassert i underkategorien Åpne lokaler.

Innholdet i underkategorien Informasjon, det vil si at en informant uttrykte ønske om at fysioterapeutene hadde vært mer lydhøre og åpne for pasientens behov, kunne også ha stått under underkategorien Språk/Kommunikasjon.

Med hensyn til undersøkelse av den underliggende strukturen av systemet med kategorisering, var det veileder som var "inter-bedømmer" (33). Hun testet den inter-subjektive enigheten av funnene, og undersøkte og var enig i hvordan sitatene var plassert under de forskjellige kategoriene.

Med hensyn til grunnlagsteorien som den kvalitative studien var ment å basere seg på, ble den hermeneutiske teorien forsøkt fulgt. Nerheim (34) uttaler følgende: "Hermeneutikk som grunnlagsteori gir en fordypet forståelse av dagligspråkets betydning for en saksorientert helsefaglig innsikt som bringer oss i kontakt med "saken" her og nå og legger i realiteten en kommunikativ dimensjon inn under den "enøyd" hypotetisk deduktive metodologien. Den oppfordrer deg som forsker til å være deltager i den Andres verden, ikke tilskuer blott". "Det hermeneutiske vitenskapsbegrep poengterer nemlig at grunnsituasjon er å være forstående, kommuniserende og samhandlende subjekter i en praktisk virksomhet" (34). I og med at det var så få informanter i fokusgruppene, var det begrenset hvor mye i dybden diskusjonen gikk. Pasientene var generelt fornøyde og ga i liten grad innblikk i "Deres verden".

Det ble utført to fokusgruppeintervjuer. Holter og Kalleberg (19) argumenterer for å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og hevder at metoden er godt egnet dersom en ønsker å lære om erfaringer, synspunkter, holdninger fra et område hvor mange mennesker samhandler. "Et kvalitativt forskningsintervju er et produksjonssted for kunnskap" (20). Fordelen ved gruppeintervju er blant annet at det er en rasjonell metode å innhente kvalitative data på; det krever mindre ressurser enn et individuelt intervju (19). Metoden er derfor gunstig for dataproduksjonen.

Intervjuene gikk, som tidligere nevnt, ikke i dybden i den grad som hadde vært ønsket. Årsaken til dette kan blant annet være at det var to profesjonelle helsearbeidere tilstede, at intervjueren var uerfaren og sist men ikke minst på grunn av norskkunnskapene til informantene. Selv om norskkunnskapene var gode, var de kanskje ikke tilstrekkelige til dypere samtaler. Det var imidlertid en god stemning i gruppene og informantene utfylte hverandres kommentarer.

Som tidligere nevnt var det bare to deltagere i hver av fokusgruppene i denne studien. En fokusgruppe består ideelt sett av fire til syv deltagere (18). Det hevdes at fordelene ved fokusgruppeintervju er at det for noen informanter vil være "enklere" å bli intervjuet i gruppe ut fra perspektivet "safety in numbers" (18). Gruppedynamikk gir en synergieffekt, hvilket ble vurdert kunne være positivt i forhold til intervju av minoritetsgrupper. Dette synspunktet blir også understøttet av andre (18;19): "Not only do participants help each other to overcome embarrassment, but they can also provide mutual support in expressing feelings which are common to their group, but which they might consider deviant from the mainstream culture (or the assumed culture of the researcher). This may be particularly important when working with those who are oppressed or marginalised" (18).

Metoden med fokusgrupper gir en annen type kunnskap enn det individuelle intervju fordi konteksten er forskjellig. Det som skiller fokusgruppeintervju fra individuelle intervju, er at relasjonene er mange flere. Gruppeintervju er også regnet for å være en mer deltagerstyrt metode fordi gruppemedlemmene vil stille spørsmål til hverandre og dermed definere tema og ta styringen selv. Samtidig tvinges gruppedeltagerne til å være realistiske i sine uttalelser fordi de andre gruppedeltagerne har erfaring med de samme fenomenene. På denne måten validerer gruppedeltagerne hverandre. I og med at det kun var to deltagere i hver gruppe i den aktuelle studien, ble ikke effekten som forventet på dette området.

For flere år siden ble det beskrevet at interessen for gruppeintervju er økende, men at det benyttes forholdsvis sjeldent (35). Trost (36) skriver at gruppeintervju kan bli for komplisert. De tause kommer ikke til orde, og det vil alltid være noen som dominerer. Det hevdes at en gruppeprosess kan føre til at det fremkommer synspunkter og oppførsel som egentlig ingen i gruppen har, men som blir overfokuset på i gruppen. Personene påvirker hverandre, og man kan få flertallssynspunkter (36). Det kan også oppstå et etisk problem at ikke gruppemedlemmene har den samme taushetsplikten som forskeren har. På denne måten kan informasjon som kommer frem i gruppen fritt kunne formidles videre av deltagerne (36). Det oppsto ikke noen problemer av denne art i denne studien.

Det vanligste ved intervjuer er å ta opp intervjuene på lydbånd, men man kan også bruke referent (19). Det ble vurdert å bruke lydbåndopptak av intervjuene i denne studien, men da det ble antatt at dette kunne påvirke samtalen, spesielt med tanke på at det ville være mange tilstede, ble lydbånd ikke benyttet. Det at det var fremmedspråklige informanter, kunne også føre til at det ville bli ekstra vanskelig å forstå hva som ble sagt i ettertid, spesielt hvis det hadde oppstått tekniske problemer. Det ble benyttet referent som skrev ned det som ble sagt. Ulempen ved at det ikke benyttes lydbånd er at man ikke kan gå tilbake å lytte til hva som hadde blitt sagt i ettertid. I og med at det bare var to informanter var det lett å referere fra intervjuene i studien.

Det hevdes at det er viktig å fokusere på etikk gjennom hele forskningsprosessen – i forberedelsen - i metoden for innsamling av data, presentasjon av analysen – teori og databeskrivelse (37). Informantenes beste må alltid være i fokus. Et viktig moment i denne sammenheng er at forskeren ikke vet helt hvordan forskningsprosessen vil utvikle seg i en intervjusammenheng. Forskeren kan derfor ofte ikke i starten av studien gi fullstendig informasjon om hva som skal skje i forhold til informert samtykke (37). Videre stilles det store krav til forskeren fordi det ofte blir en nær kontakt mellom forsker og informant. Informanten kan bli påvirket av forskningen (37). I den aktuelle studien var det et viktig etisk aspekt at pasientene skulle ha avsluttet sin behandling, slik at de ikke skulle være redde for å si sin mening i frykt for at dette ville kunne få konsekvenser for videre behandling. Det oppsto ingen etiske problemer i den aktuelle studien.

Det er blitt hevdet at troverdigheten av analysen av forskningsresultater avhenger av hvor flink forskeren er til å beskrive det teoretiske rammeverket og forskningsprosedyrene, og hvordan kategoriene som fremkommer i analysen ved en fenomenografisk tilnærming korresponderer med innholdet i intervjuene (38). Videre hevdes det at i en studie som benytter seg av kvalitativ metode skal forskningsresultatene presentere en indre logikk, det vil si at det skal være mulig å følge forskerens tankegang gjennom studien (38). Metodetrianguleringen og sammenligningen av resultatene i den kvantitative og kvalitative undersøkelsen viste sammenfallende funn. Den viste også hvor viktig det kan være å supplere kvantitative undersøkelser med intervjuer

I spørreskjemaet ble det spurt om pasientene kunne gi råd om forbedringer ved fysioterapitilbudet. Svært verdifulle råd fremkom. I noen undersøkelser er kommentarene til pasientene blitt kodet ved blant annet å dele dem inn i grupper av negative og positive (24). Krogstad med flere (29) hevder at det ser ut som om det er forskjell på positive og negative kommentarer på den måten at de positive er mer globale, mens de negative omhandler spesifikke opplevelser. Kommentarene kan være ”nøkkelen” til forbedringer. Rådene som fremkom i denne studien hadde fokus på de viktigste resultatene som tid, kommunikasjon og oppfølging under og etter behandling.

En mulig feilkilde ved den kvantitative spørreskjemaundersøkelse var at alle pasientene som hadde fått behandling i den aktuelle behandlingsperioden, fikk tilsendt spørreskjemaet samtidig. Det kunne derfor skille opptil et år på tidspunktet mellom når de første og de siste pasientene hadde avsluttet sin behandling. Det ville sannsynligvis vært bedre å sende ut spørreskjemaet på et bestemt tidspunkt etter avsluttet behandling til alle pasientene, slik som Monnin (24) gjorde det. Med hensyn til den kvalitative undersøkelsen, kunne det dessuten være opptil noen måneders forskjell mellom den tid det var siden informantene hadde avsluttet sin behandling og intervjuet.

Informantene fikk tilbud om å få dekket reiseutgiftene til intervjuene. Bakgrunnen for dette var at dårlig økonomi ikke skulle forhindre at de ville komme. Det var også et ønske om å gi informantene en liten påskjønnelse for at de stilte opp. Mange pasienter møtte likevel ikke opp. Hva skyldes dette? På en dialogkonferanse på UUS ble det hevdet at 50 % fremmøte blant fremmedspråklige personer var bra. Oppmøtet i denne studien var mye dårligere enn dette. Fokusgruppene ble derfor ikke som planlagt, og resultatene må tolkes med forsiktighet.

Det ble vurdert å innkalle flere pasienter til intervjuer, men det ble bestemt å la det være. Bakgrunnen for dette var at mange av pasientene hadde bekreftet i telefonsamtale noen dager i forveien, at de ville komme, men møtte likevel ikke opp til intervjuet. Det kunne derfor være stor sannsynlighet for at dette ville dette kunne skje igjen dersom det hadde blitt innkalt til flere intervjuer. Videre var det et praktisk aspekt ved denne avgjørelsen, både i forhold til tilgang på pasienter og tid. Dersom flere pasienter skulle blitt innkalt, måtte pasienter som hadde avsluttet sin behandling for svært lenge siden blitt kontaktet. Det ville vært uheldig. Dessuten ville flere intervjuer tatt uforholdsmessig mye tid og forsinket fremgangen i prosjektet vesentlig.

I og med at materialet i denne studien er lite, kan det ikke sies noe generelt om pasienttilfredshet blant pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål, men alt i alt gir resultatene inntrykk av å kunne være overførbare til andre tilsvarende situasjoner. Flere av punktene som viste seg å ha betydning for pasienttilfredshet i denne studien, slik som god kommunikasjon og informasjon og god tid, er også av stor betydning for andre pasienter. De er ikke spesielle for fremmedkulturelle pasienter. Alle disse faktorene er det svært viktig å ta hensyn til ved undersøkelse og behandling av alle pasienter, men kanskje enda viktigere ved behandling av pasienter med fremmed språk og kultur.

I takt med at antall innvandrere med fremmed kultur øker, må kulturkompetansen blant helsepersonell økes. Majumdar (39) har gjort en studie om effekten av oppøving av kultursensiviteten til helsepersonell og deres holdninger og sett på hvilke resultater dette hadde for pasientene. Resultatet av denne studien viste at oppøvingen førte til økte kunnskaper og holdningsendringer hos personalet. Pasientene profiterte også helsemessig på helsepersonellens økte kunnskaper på dette feltet.

I følge Sheridan (6) er: Kulturkompetanse noe vi trenger å tilnærme oss både for våre pasienter og for vår egen skyld. Det er pasientens rettighet og vårt ansvar. Sheridan skriver videre at ferdighetene som leder til kulturkompetanse er ikke så forskjellige fra de ferdighetene som gjør de mest humane legene til omsorgsfulle klinikere og effektive kommunikatører (6).

KONKLUSJON

I denne brukerundersøkelsen der hensikten var å undersøke pasienttilfredshet med fysioterapibehandling blant pasienter med et ikke-skandinavisk morsmål, fant vi at en stor andel av pasientene ikke var blitt bedre av behandlingen. Til tross for dette, var mange svært fornøyde med den behandlingen de hadde fått. Eldre pasienter var mer fornøyde enn yngre. Vi fant ingen forskjell mellom kjønnene i forhold til tilfredshet. De faktorene som ellers betydde mye for at pasientene var tilfredse, var at de hadde opplevd å få riktig behandling, at fysioterapeuten var dyktig og hadde nok tid, og at informasjonen og kommunikasjonen med dem var god. Det var sammenfallende funn fra de to undersøkelsene som ble utført, det vil si fra den kvantitative spørreskjemaundersøkelsen og de kvalitative fokusgruppeintervjuene.

Selv om materialet i studien er lite, indikerer resultatene at det er spesielt viktig å sette fokus på kravet om god kommunikasjon når pasientene er fremmedspråklige og har annen kulturell bakgrunn. Det handler om kommunikasjon når informasjon skal nå frem, når felles mål for behandlingen skal settes og når forventninger skal avklares for derved å få gode behandlingsresultat.

For å ta kommunikasjonsutfordringen på alvor, må det også vurderes om ikke terskelen for å benytte tolk bør være lavere. Det kreves åpenhet for ulike oppfatninger av virkeligheten for å få til god kommunikasjon. I en behandlingssituasjon vil det ofte være mer tidkrevende å behandle pasienter med fremmed kultur og språk. Tidsaspektet er

derfor viktig. Vi mener at bedre kommunikasjon er nøkkelen til å redusere og eller fjerne misnøyen med behandlingen som enkelte pasienter med minoritetsbakgrunn synes å ha. Denne undersøkelsen støtter denne oppfatningen. Først når kravene om god kommunikasjon er oppfylt, er man i nærheten av å kunne tilby ”lik behandling for alle”.

ETTERORD

Først og fremst vil jeg takke min veileder Vibeke Graver. Hun har vært en utrolig inspirasjonskilde. Hun har veiledet meg på et utmerket måte og gjort en kjempe innsats. Etter hver veiledning har jeg alltid gledet meg til å ta fatt og gå videre. Hjertelig takk! Anna Maria Eriksdotter, som jeg gjorde Del 1 av brukerundersøkelsen sammen med, har også hjulpet meg mye. Ikke minst har jeg hatt god nytte av hennes Masteroppgave fra resultatene av Del 1 av Brukerundersøkelsen.

Tusen takk også til min sjef Ada Schreiner, som har oppfordret meg til å ta utfordringen og skrive en Masteroppgave, og fordi hun ga oss starthjelpen til å komme i gang med brukerundersøkelse.

Til slutt en takk til alle andre som har bidratt.

Oslo 12.01.07

Grete Andreassen

REFERANSER

- (1) Eriksdotter A-M. Hva mener pasientene og hva tror de ansatte? -en bruker- og kvalitetsutviklingsstudie om pasienttilfredshet Institutt for helseadministrasjon og helseøkonomi, Medisinsk fakultet, Universitet i Oslo; 2005.
- (2) Ottawa Charteret Om Helsefremmende Arbeid. Helsedirektoratet; 1987. Report No.: IK-2233.
- (3) Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples. Lund: Studentlitteratur; 2002.
- (4) Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef 2006
- (5) Østby.L. Innvandrere i Norge - Hvem er de, og hvordan går det med dem, Del 2 Levekår. Statistisk Sentralbyrå; 2004.
- (6) Sheridan I. Treating the world without leaving your ED: opportunities to deliver culturally competent care. Acad Emerg Med 2006 Aug;13(8):896-903.
- (7) Neegaard G. Flerkulturell håndbok. Oslo: Kommuneforl.; 1998.
- (8) Jacobsen DI. Hva mener brukerne?: brukerundersøkelser - en praktisk veiledning. Kristiansand: Høyskoleforl.; 1999.
- (9) Norge. Pasientrettighetsloven m.v. Oslo: Cappelen akademisk forl. ; Lovdata; 2006.
- (10) Hofoss.D. Hva vet vi om pasienttilfredshet. Tidsskr Nor Lægeforening 1986;106(14):1188-95.
- (11) Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997 Dec;45(12):1829-43.
- (12) Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. Med Care 2000 Mar;38(3):325-34.
- (13) Fife A. ABC om flerkulturell kommunikasjon. Holmestrand: Global; 1991.
- (14) Pascoe G, Attkisson C. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. Eval Program Plann 1983;6:335-47.
- (15) Cook CT, Kosoko-Lasaki O, O'Brien R. Satisfaction with and perceived cultural competency of healthcare providers: the minority experience. J Natl Med Assoc 2005 Aug;97(8):1078-87.

- (16) Marton F. Phenomenography: Exploring different conceptions of reality. In: Fetterman D, editor. Qualitative approaches to evaluation in education: The silent revolution. 1988. p. 176-205.
- (17) Barnard A, McCosker H, Gerber R. Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. Qual Health Res 1999 Mar;9(2):212-26.
- (18) Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ 1995 Jul 29;311(7000):299-302.
- (19) Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforl.; 1996.
- (20) Kvale S. Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forl.; 1997.
- (21) Sketch of a psychological phenomenological method. In: Girorgi A, editor. Phenomenology and psychological research. Duquesne University Press; 1985. p. 8-22.
- (22) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
- (23) Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci 2002 Dec;16(4):337-44.
- (24) Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. Phys Ther 2002 Jul;82(7):682-91.
- (25) Tucker JJ, Kelly V. The influence of patient sociodemographic characteristics on patient satisfaction. Military Medicine Jan;165(1): 2000;165(1):72-6.
- (26) Hudak P, Wright. The characteristics of patient satisfaction measures. Spine 2000;25:3167-77.
- (27) Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
- (28) Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Ronning OM. [PS-RESKVA (Patient Satisfaction, Results and Quality)--patient satisfaction in hospitals]. Tidsskr Nor Lægeforen 1998 Jan 30;118(3):386-91.
- (29) Krogstad U, Hofoss D, Pettersen K. Pasientfortellinger om sykehusopphold. Tidsskr Nor Lægeforening 1997;117(30):4439-41.
- (30) Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. Phys Ther 2002 Jun;82(6):557-65.

- (31) Schulman K, Berlin J, Harless W, Kerner J, Sistrunk S, Gersh B, et al. The effect of race and sex on physicians' recommendation for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999;340(8):618-26.
- (32) Marton F. Phenomenography - A Research Approach to Investigating Different Understanding of Reality. *J Thought* 1986;21(3):28-49.
- (33) Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies of physicians in primary health care. *J Health Psychol* 2006 Jan;11(1):107-16.
- (34) Nerheim H. Vitenskap og kommunikasjon. 1995.
- (35) Thagaard T. Systematikk og innlevelse. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.; 1998.
- (36) Trost J. Kvalitative intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- (37) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2003.
- (38) Lepp M, Ringsberg KC, Holm AK, Sellersjo G. Dementia -- involving patients and their caregivers in a drama programme: the caregivers' experiences. *J Clin Nurs* 2003 Nov;12(6):873-81.
- (39) Majumdar B, Browne G, Roberts J, Carpio B. Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(2):161-6.



Undersøkelse om pasienters erfaringer med
Fysioterapi poliklinikkbehandling ved
Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Kortversjon tilpasset ut fra lokale og nasjonale undersøkelser (PasOpp)

"Det er den som har skoen på som vet hvor den trykker"
Derfor spør vi deg som nettopp har vært til behandling hos oss.
Alles erfaringer er like viktig for å få et riktig bilde av vår helsetjeneste.

VIKTIG:

Dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen, er det viktig at du krysser **JA** i ruten under

☐

JA, jeg samtykker i å delta i undersøkelsen slik den er beskrevet av Ullevål Universitetssykehus.

Informasjon om utfylling av spørreskjemaet:

De fleste spørsmål besvares ved å krysse av på en skala med ti trinn
De negative endepunktene er alltid til venstre, og de positive til høyre:

Ikke særlig tilfreds

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Absolutt tilfreds

Svaralternativene er satt opp slik at de skal kunne leses av en maskin, og det er derfor viktig at du krysser av midt inne i den ruten du velger, slik:

X

Undersøkelsen er **anonym**, og du skal derfor ikke skrive navn på skjemaet.
Du legger det utfylte skjemaet i vedlagte frankerte svarkonvolutt, limer den igjen og postlegger det innen en uke.

Alle besvarelser behandles fortrolig.



1. Kjønn: (sett kryss): Kvinne: ☐
 Mann: ☐
2. Alder (skriv antall år i boksene): år
3. Er morsmålet ditt et skandinavisk språk? Ja ☐ Nei ☐

4. Hvor tilfreds er du, alt i alt, med den fysioterapibehandlingen du fikk hos oss?

Ikke særlig tilfreds

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Absolutt tilfreds

5. Behov for forbedringer:

Nedenfor er en liste over ulike sider ved vår fysioterapivirksomhet. Vi vil gjerne vite din mening om behovet for forbedringer, slik du ser det ut fra dine erfaringer.

	Stort behov for forbedring	Intet behov for forbedring																				
Fysioterapeutenes faglige dyktighet.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Organisering/samordning av fysioterapibehandlingen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Informasjon om fysioterapibehandlingsopplegget	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Informasjon og oppfølging med tanke på tiden etter fysioterapibehandlingen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Utstyret hos fysioterapeutene.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Tilgjengelighet (ventetid, åpningstider) hos fysioterapeutene	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Fysioterapi lokalene.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										



6. Pasientene har ved brukermøter påpekt en del problemområder hos fysioterapeutene. Vi vil gjerne vite i hvilken grad du også har opplevd det følgende som problematisk:

	Stort problem	Lite/intet problem	
A. For få fysioterapibehandlinger	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
B. Dårlig oppfølging etter avsluttet fysioterapibehandling.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Uaktuelt ☐
C. Savnet å ha en hovedansvarlig fysioterapeut	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
D. Dårlig plass i treningssalen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
E. Dårlig renhold i lokalene til fysioterapeutene	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
F. Det var for mye støy i lokalene	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
G. Redd for å bli verre av "testene" i kjeller	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Uakt. ☐
H. Jeg ble ikke bedre av fysioterapibehandlingen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Uakt. ☐
I. Parkeringsutgiftene var altfor høye	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Uakt. ☐
J. Det var for langt å gå inne på området fra buss/trikkeholdeplassen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Uakt. ☐

7. Fikk du nok informasjon om ulike fysioterapibehandlingsmuligheter?

Ja	Nei
☐	☐

8. I hvilken grad mener du at du har fått den fysioterapibehandlingen du har behov for?

I liten grad

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I stor grad

9. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?

Jeg ble alvorlig
feilbehandlet

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Behandlingen var
helt korrekt

Vet ikke

☐

10. Ble det gjort klart for deg hva du kunne gjøre av egeninnsats etter avsluttet fysioterapibehandling?

Nei, jeg fikk ikke
vite noe om dette

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Jeg fikk vite
alt jeg trengte

Uakt.

☐

11. Ble du tatt med på råd i forbindelse med fysioterapibehandlingsopplegget, eller opplevde du at fysioterapeutene tok bestemmelser over hodet på deg?

Alt ble bestemt
over hodet på meg

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Jeg ble alltid
tatt med på råd

12. Vil du anbefale vår fysioterapi poliklinikk til andre i samme situasjon som deg?

Absolutt ikke

☐

Under tvil

☐

Uforbeholdent ja

☐

Til slutt: Hva er dine tre beste råd til oss i forhold til hva vi bør gjøre for å forbedre tilbudet vårt til din pasientgruppe:

1.

2.

3.

Takk for at du tok deg tid til å svare!

