

Viðhorf sjúklinga til veittrar þjónustu og viðmóts heilbrigðisstarfsfólks á Hjartagátt Landspítala

Margrét Hlín Snorradóttir¹ læknanemi, Davíð O. Arnar^{1,2} læknir, Ragnar F. Ólafsson³ sálfræðingur, Runólfur Pálsson^{1,2} læknir, Ólafur Skúli Indriðason² læknir

ÁGRIP

Inngangur: Heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur þótt standa ágætlega í alþjóðlegum samanburði en reynsla sjúklinga af samskiptum við heilbrigðiskerfið hefur ekki mikið verið rannsökuð. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna upplifun sjúklinga af þjónustu og samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk á Hjartagátt Landspítala.

Aðferðir: Spurningalisti byggður á Patient Satisfaction Questionnaire III var sendur til einstaklinga sem komu á Hjartagátt Landspítala frá 1. janúar til 29. febrúar 2012. Spurningalistinn var í formi fullyrðinga og gáfu þátttakendur til kynna hversu sammála eða ósammála þeir voru þeim á skala frá 1-5. Við greiningu gagna var notast við lýsandi tölfræði, Cronbach's alpha við greiningu á innra samræmi kvarðanna og þáttgreiningu. Hópar voru bornir saman með Wilcoxon-Mann-Whitney og Kruskal-Wallis prófum og fylgni metin með fylgnistuðlum Pearson og Spearman.

Niðurstöður: Spurningalistinn var sendur til 485 einstaklinga og 275 (57%) svöruðu. Miðgildi (spönn) aldurs þeirra sem svöruðu var 62 (19-95) ár og 132 (48%) voru konur. Innra samræmi var hátt í öllum kvörðum spurningalistans nema einum. Meðaleinkunn úr öllum spurningalistanum var 6,8±1,0 (af 10). Alls voru 91% þeirra sem svöruðu ánægðir með framkomu lækna, 86% með framkomu hjúkrunarfræðinga og annars starfsfólks og 88% ánægðir með þá þjónustu sem þeir fengu. Hins vegar fannst 25% einstaklinga útskýringar á einkennum sínum ekki fullnægjandi og eftirfylgni ábótavant.

Ályktanir: Almenn virðast skjólstæðingar Hjartagáttar ánægðir með þjónustuna sem þeir fá. Niðurstöður benda þó til að bæta megi þjónustu á sumum sviðum, einkum hvað varðar upplýsingagjöf við útskrift og eftirfylgni.

Inngangur

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²lyflækningasviði Landspítala, ³Námsmatsstofnun.

Lög og reglur gera skýra grein fyrir réttindum sjúklinga og skyldum heilbrigðisstarfsfólks. Þannig á hver sjúklingur rétt á fullnægjandi upplýsingum um sitt heilsufar, kvilla og batahorfur, auk skilmerkilegra leiðbeininga um meðferð. Fólk á samkvæmt lögum að fá bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu sem unnt er að veita á hverjum tíma.¹ Þrátt fyrir niðurskurð fjárveitinga til heilbrigðiskerfisins undanfarin ár teljast gæði íslenskrar heilbrigðisþjónustu mikil í samanburði við flest önnur vestræn ríki² en lítið er vitað um upplifun sjúklinga af þjónustunni.

Hérlendis hafa þó verið framkvæmdar nokkrar rannsóknir til að kanna ánægju og/eða upplifun sjúklinga eða aðstandenda þeirra varðandi þjónustu í heilbrigðiskerfinu. Þær rannsóknir eru að mestu byggðar á sérsniðnum spurningalistum fyrir afmarkaða hópa sjúklinga³⁻⁶ en einnig má finna svokallaðar eigindlegar rannsóknir á þessu efni.⁷⁻¹⁰ Rannsóknir á ánægju og upplifun sjúklinga geta verið mjög mikilvægar til að meta gæði þjónustunnar og mögulegar brotalamir.

Erlendis hafa verið gerðar allmargar rannsóknir á hversu ánægðir sjúklingar hafa verið með samskipti sín við mismunandi þjónustueiningar innan heilbrigðiskerfisins. Þær hafa meðal annars kannað ánægju sjúklinga með heilsugæslu,¹¹ þjónustu á bráðamóttöku^{12,13} eða sérhæfðari þjónustu, eins og krabbameinsmeðferð¹⁴ eða brjóstverkjámóttöku.¹⁵ Líkt og hér á landi hafa niðurstöður slíkra rannsókna oft takmarkast af notkun sérsniðinna spurningalista sem hafa þann kost að gefa svör við ákveðnum spurningum en nýtast ekki við

aðrar aðstæður og gera samanburð rannsókna erfiðan.¹⁶ Spurningalistinn Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-III) var þróaður til að meta ánægju einstaklinga úr almennu þýði með veitta heilbrigðisþjónustu^{17,18} og hefur verið nokkuð vel rannsakaður með tilliti til áreiðanleika og réttmætis.^{11,14,16,19}

Hjartagátt Landspítala er starfseining sem sennir bráðveikum sjúklingum með einkenni sem líklegt þykir að stafað geti frá hjarta. Þar hafa meðal annars verið þróaðir verkferlar til að stuðla að kerfisbundinni nálgun við greiningu og meðferð sjúklinga með skilgreind vanda-mál eins og brjóstverk og gáttatíf. Slíkir verkferlar hafa áhrif á samskipti lækna og sjúklings þar sem áhersla er lögð á skjóta og skilvirka þjónustu sem skapað getur hættu á að samskipti verði ópersónuleg. Þetta getur svo leitt til þess að sjúklingar myndi ekki jafngóð tengsl við lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk eins og æskilegt væri.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf sjúklinga sem leituðu á Hjartagátt Landspítala í janúar og febrúar 2012, einkum ánægju með veitta þjónustu, miðlun upplýsinga og viðmót og framkomu heilbrigðisstarfsfólks. Enn fremur var markmiðið að athuga notagildi íslenskrar þýðingar spurningalistans PSQ-III.

Efniviður og aðferðir

Leyfi fyrir rannsókninni voru veitt af Siðanefnd Landspítala (15/2012) og Persónuvernd (2012020280VEL). Aflað var upplýsts samþykkis þátttakenda.

Fyrirspurnir:
Ólafur Skúli Indriðason
olasi@landspitali.is

Greinin barst
11. desember 2013,
samþykkt til birtingar
3. júní 2014.

Engin hagsmunatengsl
gefin upp.

Rannsóknarþýði

Þýðið samanstóð af öllum einstaklingum sem leituðu til bráðaþjónustu Hjartagáttar á tímabilinu 1. janúar til 29. febrúar 2012, að báðum dögum meðtöldum. Þeir sem voru undir 18 ára aldri, bjuggu erlendis eða höfðu komið á Hjartagáttina innan 12 mánaða fyrir umrædda komu voru undanskildir frá þátttöku. Þeir sem höfðu skráðar fleiri en eina komu á Hjartagátt á rannsóknartímabilinu eða höfðu komið aftur þangað eftir að rannsóknartímabilinu lauk voru með í rannsóknarþýðinu en voru beðnir um að svara spurningum eingöngu með tilliti til fyrstu heimsóknarinnar. Spurningalisti var sendur til allra þeirra 485 einstaklinga sem uppfylltu þátttökuskilyrði rannsóknarinnar og skráðar upplýsingar um aldur, kyn, tímalengd dvalar á Hjartagátt og hvort þeir útskrifuðust heim. Ef svar við bréfinu hafði ekki borist var því fylgt eftir með símtali innan fjögurra vikna frá sendingu til að minna á boð um þátttöku og til að svara frekari spurningum um rannsóknina. Gefnir voru þrjú mánuðir til að svara (frá 4. apríl til 4. júlí). Viðbótarupplýsinga um þátttakendur var aflað úr rafrænni sjúkraskrá Landspítala, meðal annars um sjúkdómsgreiningar á Hjartagátt.

Gerð spurningalista

Spurningalistinn var byggður á Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-III) sem var saminn af John E. Ware og samstarfsmönnum en hann samanstendur af 51 spurningum sem skiptast í sjö kvarða (kafla).^{17,18} Rannsakendur þýddu listann yfir á íslensku. Ábendingar um orðalag nokkurra spurninga komu einnig frá Siðanefnd Landspítala eftir að hún tók afstöðu til rannsóknarinnar. Að lokum voru löggiltir þýðendur (Skjal ehf.) fengnir til að meta gæði íslensku þýðingarinnar. Ákveðið var að sleppa tveimur kvörðum, annars vegar Fjármál (*Financial Aspects*) og hins vegar Aðgengi (*Access/Availability/Convenience*), af upphaflega listanum því fæstar spurninganna í þeim kvörðum þóttu eiga við hér á landi.¹⁴ Ein spurning um hvort efni var þó samin sérstaklega af rannsakendum til að kanna þessi atriði (sp. 38 og 39).

Spurningakvarðarnir úr PSQ-III sem notast var við voru: Almenn ánægja (*General Satisfaction*, 6 spurningar), Tækni (*Technical Quality*, 10 spurningar), Mannleg samskipti (*Interpersonal Aspects*, 7 spurningar), Upplýsingaflæði (*Communication*, 5 spurningar) og Tími með lækni (*Time Spent with Doctor*, 2 spurningar). Ein spurning í PSQ-III tilheyrði ekki ákveðnum kvarða, spurning 40 „Það er kreppa í heilbrigðisþjónustu á Íslandi í dag“. Tveir kvarðar voru samdir sérstaklega fyrir þessa rannsókn en þeir voru: Starfsfólk kynnir sig (3 spurningar) og Eftirfylgni (4 spurningar). Einnig sömdu höfundar tvær stakar spurningar sem ekki áttu heima í sérstökum kvörðum (spurningar 38 og 39 um fjármál og aðgengi). Endanlegur spurningalisti samanstóð því af 48 spurningum (viðauki I), þar af 31 spurningum úr upphaflega PSQ-III (spurningar 1-30 og spurning 40), 9 spurningum sem höfundar sömdu sérstaklega (spurningar 31-39), 7 ónúmeruðum bakgrunnsspurningum og einni opinni spurningum þar sem þátttakendum var boðið að bæta við athugasemdum.

Greining gagna

Spurningarnar voru í formi fullyrðinga og þátttakendur merktu við hversu sammála eða ósammála þeir voru hverri fullyrðingu.

Svarmöguleikar voru 5: 1=mjög sammála, 2=sammála, 3=hlutlaus, 4=ósammála og 5=mjög ósammála. Spurningunum voru gefin stig frá núll upp í fjóra við úrvinnslu. Spurningarnar fólu ýmist í sér jákvætt eða neikvætt viðhorf en stigum fyrir jákvætt orðuðu fullyrðingarnar var snúið við í úrvinnslu þannig að 4 stig þýddu ávallt mikil ánægja. Stigin fyrir hvern kvarða voru svo lögð saman og deilt með hámarki mögulegs stigafjölda í kvarðanum. Loks var gefin einkunn á skalanum 0-10 þannig að núll stig gáfu einkunnina 0 og fjögur stig í öllum spurningum gáfu einkunnina 10.

Einnig var kannað hlutfall þeirra sem voru ánægðir og óánægðir með því að flokka jákvæð svör (mjög sammála og sammála) annars vegar og neikvæð svör (mjög ósammála og ósammála) hins vegar saman í hverjum spurningakvarða og deilt með heildarsvarafjölda kvarðans til að fá fram hlutfall ánægðra og óánægðra. Hlutlaus svör voru ekki tekin með í þessa útreikninga. Ein spurning var oft misskilin eða henni ekki svarað og var henni sleppt við úrvinnslu (spurning 16, „Læknarnir útsettu mig ekki fyrir óþarfa áhættu“).

Tölfræði

Beitt var lýsandi tölfræði og voru gögn sett fram sem fjöldi, prósentur, meðaltal ± staðalfrávik eða miðgildi (spönn). Gerð var leitandi þáttgreining á öllum 40 atriðum kvarðans en þessi aðferð skoðar breytileika í þekktum breytum eða spurningum sem eru innbyrðis tengdar, með tilliti til þess hvort breytileikann megi skýra með færri þáttum. Áreiðanleiki einstakra kvarða og kvarðans (spurningalistans) í heild var skoðaður með Cronbach's alpha sem metur að hve miklu leyti mismunandi spurningar mæla sömu undirliggjandi hugsmíð (>0,7 talið gott). Hópar voru bornir saman með Wilcoxon-Mann-Whitney og Kruskal-Wallis prófum. Fylgni var könnuð með fylgnistuðlum Pearson og Spearman og var marktækni miðuð við $p < 0,05$. Útreikningar voru gerðir í OpenOffice Calc, Microsoft Excel 2011 og tölfræðiforritunum JMP 9 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, Bandaríkin) og SPSS 19 (IBM Corp., Armonk, New York, Bandaríkin).

Niðurstöður

Grunnrúttak rannsóknarinnar var allt þýðið, 485 einstaklingar. Svarhlutfallið var 57% (n=275). Tafla I sýnir samanburð á þeim sem svöruðu og þeim sem ekki svöruðu með tilliti til þekktra þátta. Kynjaskipting var nokkuð jöfn og aldursbilið breitt en þeir sem svöruðu voru marktækt eldri en þeir sem ekki svöruðu, 62 (19-95) ára samanborið við 56 (18-95) ára ($p=0,001$). Grunnupplýsingar um þátttakendur er að finna í töflu II.

Tafla I. Samanburður á þátttakendum og þeim sem ekki tóku þátt.

	Tóku þátt (N=275)	Tóku ekki þátt (N=210)	P-gildi
Aldur (ár)	62 (19-95)	56 (18-95)	0,001
Kyn (% konur)	48	51	0,52
Dvöl á Hjartagátt (klst.: mín.)	5:27 (00:15-39:03)	4:59 (00:15-32:32)	0,46
Útskrifuð heim (%)	68	73	0,25

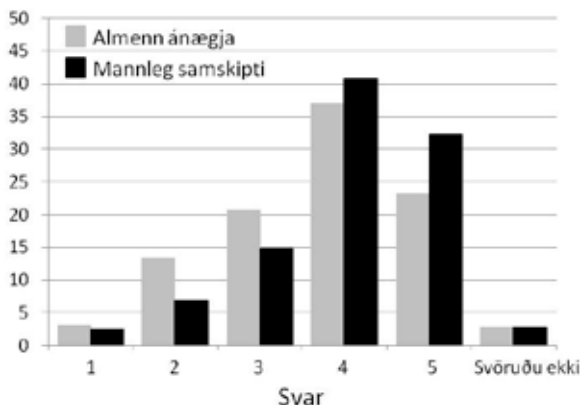
Gögn eru sýnd sem miðgildi (spönn) eða hlutfall. P-gildi eru reiknuð með Wilcoxon-Mann-Whitney prófi eða Kí-kvaðrat prófi.

Tafla II. Grunnupplýsingar um þátttakendur (N=275).

Fyrri spítalegur	Hlutfall (%)
Aldrei	10
1-2 sinnum	31
3-4 sinnum	29
>5 sinnum	30
Reykingar	
Já	13
Hætt/ur	51
Aldrei	36
Menntun	
Grunnskóli	32
Iðnskóli	26
Menntaskóli	16
Háskóli	26
Hjúskaparstaða	
Gift(ur) eða í sambúð	71
Ógift(ur) eða fráskiilin(n)	17
Ekkja/ekkill	12
Fyrri reynsla af heilbrigðisþjónustu	
Góð	87
Hlutlaus	8
Slæm	5

Samræmi kvarðanna og spurningalistans

Innra samræmi spurningalistans í heild var 0,95 (Cronbach's alpha) og samræmi undirkvarðanna var á bilinu 0,82-0,91 að undanskildum kvarðanum „Tími með lækni“ sem skar sig úr með 0,62 en sá kvarði hefur aðeins tvær spurningar (tafla III). Þáttgreining sýndi að spurningarnar (að meðtöldum frumsömdu spurningunum) hlóðu allar nema þrjár á einn þátt. Eftir snúning (*direct oblimin rotation*) hlóðu spurningarnar í kvarðanum „Eftirfylgni“ saman á einn þátt og sama átti við um spurningarnar í kvarðanum „Starfsfólk kynnir sig“. Spurningarnar úr PSQ-III hlóðu enn á sama þátt eftir snúning.



Mynd 1. Svör sjúklinga við Patient Satisfaction Questionnaire III kvörðum sem mátu almenna ánægju (grá súla) og mannleg samskipti (svört súla). Hver súla sýnir meðalhlutfall sjúklinga sem völdu svar á bilinu 1-5. Svarmöguleikar: 1 = mjög óánægður, 2 = óánægður, 3 = hvorki ánægður né óánægður, 4 = ánægður og 5 = mjög ánægður.

Tafla III. Einkunn, hlutfall ánægðra og óánægðra og innra samræmi spurningakvarða.

Heiti kvarða (fjöldi spurninga)	Einkunn (0-10)	Hlutfall ánægðra	Hlutfall óánægðra	Alpha ^a -stuðull
Kvarðar úr PSQ-III				
Almenn ánægja (6)	6,6 ± 2,1	62	17%	0,906
Tækni (9)*	6,8 ± 1,6	63	11%	0,843
Mannleg samskipti (7)	7,4 ± 1,8	75	10%	0,833
Upplýsingaflæði (5)	7,3 ± 1,9	77	10%	0,818
Tími með lækni (2)	6,6 ± 2,2	65	15%	0,621
Kreppa í heilbrigðisþjónustu (1)	3,1 ± 2,7	13	61%	
Sérhannaðir kvarðar				
Starfsfólk kynnir sig (3)	7,6 ± 2,0	80	7%	0,876
Eftirfylgni (4)	5,9 ± 2,5	50	25%	0,871
Stakar spurningar				
Fjárútlát hófleg (1)	6,6 ± 2,7	66	15%	
Heilbrigðisþjónusta aðgengileg (1)	6,4 ± 2,8	66	20%	
Listinn í heild (39)*	6,8 ± 1,0	65	15%	0,956

*Einni spurningu sleppt í úrvinnslu (sjá aðferðir).
^aCronbach's alpha segir til um innra samræmi, >0,7 telst gott.
 PSQ-III = Patient Satisfaction Questionnaire III.

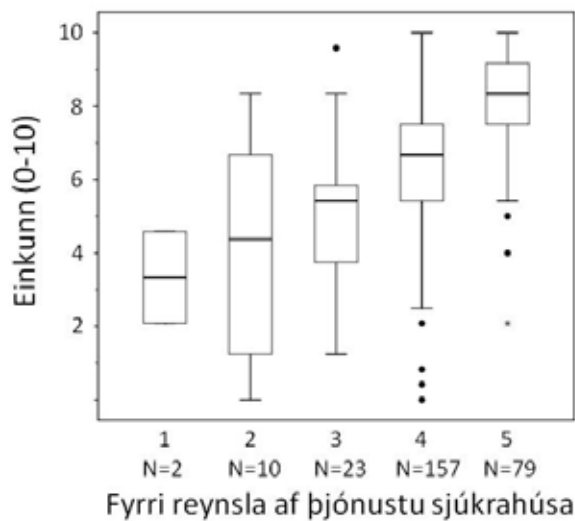
Niðurstöður einstakra kvarða

Tafla III sýnir að meðaleinkunn fyrir allan spurningalistann var 6,8 ± 1,0 (skali 0-10). Meðaleinkunn fyrir spurningar sem fengnar voru úr PSQ-III var einnig 6,8 og voru einkunnir í kringum 7 í öllum undirkvörðum PSQ-III ef undan er skilin spurningin um kreppu í heilbrigðisþjónustunni (tafla III). Þessar einkunnir endurspeglast vel í dreifingu svara við einstökum kvörðum (mynd 1). Af spurningum sem höfundar bættu við var útkoman lökust fyrir kvarðann um eftirfylgni þar sem einkunnin var 5,9 (tafla III). Þegar jákvæð svör og neikvæð svör voru tekin saman í hverjum kvarða var hlutfall ánægðra á bilinu 50-80% fyrir einstaka kvarða og óánægðra á bilinu 7-25%. Aftur var það kvarðinn sem mældi eftirfylgni sem kom verst út með 25% óánægju (tafla III).

Niðurstöður einstakra spurninga

Tafla III sýnir einnig niðurstöður fyrir spurningarnar þrjár sem ekki tilheyrðu ákveðnum kvarða. Þar voru 15% svarenda ósammála því að fjárútlát í tengslum við heimsóknina á Hjartagátt hafi verið hófleg og 20% ósammála því að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt er veikindi koma upp. Meirihluti svarenda (61%) var einnig sammála því að kreppa sé í íslenskri heilbrigðisþjónustu.

Fullyrðingin „Læknarnir voru mjög vinalegir og kurteisir“ (spurning 18) kom best út en 91% voru sammála eða mjög sammála. Næst á eftir kom fullyrðingin „Ég er mjög sátt/ur við þá heilbrigðisþjónustu sem ég fékk“ (spurning 2) sem gaf 88% ánægju, og síðan „Stundum létu læknarnir mér líða eins og kjána“ (spurning 14) með 85% ánægju (85% voru ósammála fullyrðingunni). Einnig voru 85% sammála því að hjúkrunarfræðingarnir kynntu sig og útskýrðu sitt hlutverk á Hjartagáttinni (spurning 32).



Mynd 2. Einkunnir sjúklinga fyrir Patient Satisfaction Questionnaire III-kvarðann um almenna ánægju með hliðsjón af fyrri reynslu af þjónustu sjúkrahúsa. Boxin sýna niðurstöður fyrir sjúklinga sem gáfu til kynna reynslu er flokkuð var á eftirfarandi hátt: 1 = mjög slæm, 2 = slæm, 3 = hvorki góð né slæm, 4 = góð og 5 = mjög góð. N sýnir fjölda sjúklinga í hverjum hópi. Sterkt samband var milli fyrri reynslu og almennrar ánægju með þjónustu á Hjartagátt ($p < 0,001$).

Eftirfarandi svör sýndu mesta óánægju: 31% þátttakenda voru ósammála því að vel hafi verið farið yfir hvaða breytingar á lífsstíl eða venjum væru hagstæðar heilsu þeirra (spurning 36), 28% voru sammála því að lækarnir hefðu gefið lítil ráð um leiðir til að komast hjá sjúkdómum og viðhalda heilbrigði (spurning 23), 27% voru ósammála því að hafa fengið fullnægjandi skýringar á einkennum sínum (spurning 37), 25% þátttakenda voru sammála því að hafa stundum íhugað hvort greining lækna væri rétt (spurning 7) og 25% voru sammála því að bæta þyrfti ákveðna þætti í þeirri heilbrigðisþjónustu sem þeir fengu (spurning 17).

Þættir sem tengjast ánægju

Ekki fannst munur á ánægju milli kynja eða eftir hjúskaparstöðu en fylgni var milli almennrar ánægju og aldurs ($r=0,178$, $p=0,003$). Ánægja fór dvínandi með tímalengd dvalar á Hjartagátt og voru tengslin marktæk fyrir alla kvarða. Sterkast var sambandið við Almenna ánægju ($r=-0,184$, $p=0,002$) en veikast við Mannleg samskipti ($r=-0,137$, $p=0,023$). Mynd 2 sýnir að ánægja með þjónustuna á Hjartagátt fór einnig minnkandi eftir því sem fyrri reynsla af þjónustu sjúkrahúsa var verri og var sambandið marktækt fyrir alla kvarða ($r=0,333$ til $0,472$, $p < 0,001$). Þeir sem lögðust inn á spítalann í kjölfar komunnar á Hjartagátt voru líklegri til að vera ánægðir með eftirfylgni ($p < 0,001$) og sáttir við fjárútlát ($p=0,006$). Eldra fólk var líklegra en yngra fólk til að finnast bein fjárútlát vegna heimsóknarinnar hófleg ($r=0,216$, $p < 0,001$). Einnig er vert að nefna að af þeim 93 sem gáfu efnislegar upplýsingar um þjónustuna á Hjartagátt í textaspurningunni kusu 16 (17%) að minnast á hve álag á starfsfólk var áberandi og/eða aðstaða á Hjartagátt slæm.

Umræða

Meginniðurstöður þessarar rannsóknar sýna að sjúklingar sem leituðu á Hjartagátt virtust almennt ánægðir með þjónustuna

sem þar er veitt. Einkum eru það framkoma og viðmót starfsfólks sem sjúklingar voru ánægðir með. Því er ekki að sjá að staðlaðir verkferlar og áhersla á skjótvirka þjónustu dragi úr persónulegu viðmóti eða einstaklingsmiðaðri nálgun gagnvart sjúklingum. Þetta eru að okkar mati mjög mikilvægar niðurstöður sem benda til að þrátt fyrir viðvarandi aðhaldsaðgerðir og samdrátt í fjárveitingum til Landspítala undanfarin ár sé viðhorf og upplifun sjúklinga hvoru tveggja nokkuð jákvætt. Rannsóknin sýndi hins vegar að mörgum sjúklingum fannst eftirfylgni mála þeirra eftir útskrift vera ábótavant og að þeir fengu ekki fullnægjandi skýringar á einkennum sínum eða ráðleggingar um hvaða meðferð eða lífsstílsbreytingar gætu gagnast þeim.

Á undanförunum árum hefur gætt aukinna áhrifa markaðsvæðingar í heilbrigðisþjónustu vestrænna þjóða.²⁰ Samhliða hefur áhugi á upplifun neytenda af tiltekinni þjónustu farið vaxandi. Notendur heilbrigðisþjónustu fara ekki einungis fram á góða þjónustu heldur er gerð krafa um að heildar upplifun þeirra sé jákvæð.²¹ Þetta felur í sér að viðmót starfsfólks, húsnæði, gæði þjónustunnar og að þjónustan sé skilvirk, þarf allt að vera í góðu lagi. Hætt er við að sjúklingurinn verði ekki ánægður ef hann er ósáttur við framkomu starfsfólks eða þá aðstöðu sem honum hefur verið boðið upp á. Þetta gildir að vissu leyti einnig um aðstandendur er fylgja sjúklingi sem sækir sér heilbrigðisþjónustu. Ef bið eftir þjónustu er löng, biðstofa óvistleg, völ á að kaupa hressingu ekki fyrir hendi og takmarkaðar upplýsingar að fá frá starfsfólki, er líklegra að sjúklingurinn og aðstandendur fari heim með neikvæða upplifun, jafnvel þó lækniþjónustan hafi verið fullnægjandi í hlutlægum skilningi.²²⁻²⁵

Þessi þróun er hliðstæð neytendaupplifun sem hefur rutt sér til rúms í viðskiptaheiminum á undanförunum áratugum. Mikil áhersla er lögð á að meta upplifun neytenda og hefur það getið af sér nýtt hugtak, „hagfræði neytendaupplifunar“ (*the experience economy*). Sum fyrirtæki leggja mikið upp úr því að upplifun neytandans af því að nota eða kaupa sína vörutegund sé jákvæð og stöðug. Gott dæmi er tölvufyrirækið Apple, þar sem kaupum á tölvu fylgir ákveðin upplifun er hefst í sérhönnuðum verslunum fyrirtækisins. Heilbrigðisþjónustan hefur sennilega gefið þessu minni gaum en viðskiptaheimurinn. Ljóst er þó að þessi nálgun á að einhverju leyti erindi inn í heilbrigðiskerfið, bæði af því að áhersla á mikilvægi ánægju sjúklinga fer vaxandi og líka í þeim tilgangi að bæta þjónustu og auka öryggi sjúklinga.²⁶⁻²⁸ Fyrirtæki er annast þjónustukannanir með sérhæfðum spurningalistum hafa haslað sér völl á vettvangi heilbrigðisþjónustu beggja vegna Atlantsála og má sem dæmi nefna Picker Institue Europe (pickereurope.org) og Press Ganey Associates (pressganey.com). Til greina kom að nota spurningalista Press Ganey fyrir bráðamóttökur í okkar rannsókn en höfundum fannst hann beinast um of að umgjörð og aðbúnaði frekar en persónulegum samskiptum og fagmennsku.

Þótt skjólstaðingar Hjartagáttar séu nokkuð ánægðir með þjónustuna sem þeir fengu og viðmót sem þeir mættu, er vafalítið hægt að bæta um betur. Heildareinkunnin úr spurningalistanum og einstökum kvörðum hans var reyndar sambærileg útkomu sumra eldri rannsókna.^{17,19} Einnig sýndi okkar rannsókn svipuð tengsl aldurs og dvalartíma við ánægju og erlendar rannsóknir auk þess sem ánægja virðist litast af fyrri reynslu. Útkoman hjá okkur er samt nokkru lakari en Hagedoorn og samstarfsmenn fengu í könnun á göngudeildapjónustu fyrir krabbameinssjúklinga í Hol-

landi.¹⁴ Jafnframt kom umtalsverð óánægja fram í svörum við einstökum spurningum. Til dæmis í kvarðanum um eftirfylgni (sér-sniðnar spurningar) gáfu allar fjórar spurningarnar til kynna að yfir 20% sjúklinga væru óánægðir. Meðal spurninga innan þessa kvarða var til dæmis fullyrðingin „Ég fékk fullnægjandi skýringar á einkennum mínum“, sem 27% voru ósammála eða mjög ósammála. Það að meira en fjórðungur telji sig ekki hafa fengið fullnægjandi skýringar á einkennum sínum virðist nokkuð hátt hlutfall. Þó að bráð hjartavandamál hafi verið útilokuð kann að vera að í ákveðnum tilvikum hafi ekki tekist að finna aðrar skýringar á einkennum sjúklings. Það má einnig vera að veittar útskýringar hafi ekki skilist eða kunni að hafa gleymst,²⁹ sér í lagi ef einkenni gerðu ekki aftur vart við sig eftir útskrift. Rík áhersla er lögð á að ljúka rannsóknum á sjúklingum meðan þeir eru á Hjartagáttinni og því er oft ekki talin þörf á endurmati eftir útskrift. Þá eru margir þeirra sem fyrir voru með þekktan hjartasjúkdóm þegar í reglubundnu eftirliti hjá hjartalækni. Sjúklingum fannst þó eftirfylgni mála þeirra eftir útskrift vera ábótavand og að þeir fengju ekki nægilega miklar upplýsingar, til að mynda um hvaða lífsstílsbreytingar gætu gagnast þeim. Þessar niðurstöður gefa því eindregið til kynna að huga þurfi betur að útskriftarferlinu og þörf fyrir eftirfylgd eftir útskrift. Staðlað verklag og notkun gátlista eru aðferðir sem gætu komið að gagni. Þá er mikilvægt að sjúklingar fái skriflegar upplýsingar um greiningu auk leiðbeininga varðandi meðferð og eftirlit. Athyglisvert er að niðurstöður okkar eru samhljóða niðurstöðum þjónustukönnunar sem framkvæmd var á Landspítala árið 2012 og leiddi í ljós að sjúklingar voru einkum óánægðir með atriði er sneru að útskrift þeirra.²⁶

Um 20% voru ósammála því að aðgengi að heilbrigðisþjónustu á Íslandi sé gott og kemur það nokkuð á óvart þar sem skipulag heilbrigðisþjónustunnar miðar að því að allir eigi jafnan rétt á þjónustu þegar á þarf að halda. Vera má að langur biðtími eftir ákveðnum þáttum í heilbrigðisþjónustunni hafi áhrif á þetta svarhlutfall. Það kann einnig að vera að eftir efnahagshrunið 2008 hafi biðtími eftir þjónustu, til dæmis í heilsugæslu, aukist en sá biðtími hefur talsvert vægi þegar einstaklingar meta hversu gott aðgengi er að heilbrigðisþjónustu. Útgjöld sjúklinga voru einnig úr hófi að áliti margra og gæti það átt þátt í áliti þeirra á takmörkun á aðgengi.^{30,31}

Að sama skapi töldu margir að kreppa væri í heilbrigðisþjónustunni vorið 2012. Verulega hefur þrengt að fjárframlögum til heilbrigðismála á allra síðustu árum og gæti þetta álit þátttakenda bent til þess að niðurskurðurinn hafi bitnað á notendum þjónustunnar. Því er ef til vill tímabært að stjórnvöld endurskoði stefnu sína varðandi fjárveitingar til heilbrigðismála.

Ekki eru allir á einu máli um hve góður mælikvarði upplifun eða viðhorf sjúklinga er á gæði veittrar heilbrigðisþjónustu. Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að ánægja sjúklinga tengist lægri endurkomutíðni, betri meðferðarhaldni og lægri dánartíðni á sjúkrahúsi^{27,28,32} en á hinn bóginn sýndu niðurstöður nýlegrar bandarískrar rannsóknar að ánægja sjúklinga hafði ekki tölfraðilega jákvætt samband við lifun þeirra og að sambandið væri mögulega neikvætt.³³ Góð eða slæm samskipti geta þó haft afgerandi áhrif á upplifun sjúklinga af gæðum þjónustu og árangur meðferðar.³⁴⁻³⁶ Þannig

gætu sjúklingar talið þjónustu vera ágæta þrátt fyrir mikla tæknilega annmarka, ef samskipti þeirra við heilbrigðisstarfsfólk eru góð. Rannsókn okkar var ekki ætlað að mæla tæknileg og fagleg gæði þjónustu heldur einungis upplifun sjúklinga af samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk. Neytendaupplifun skiptir miklu máli til að tryggja að þjónustan sé nýtt en það er fagaðila að meta raunveruleg gæði hennar.

Talsvert framboð er á spurningalistum sem mæla ánægju sjúklinga.¹⁶ Þeir eru mjög mismunandi og gjarnan sniðnir að ákveðnum hópum sjúklinga eða aðstæðum. Sumir eru almennir og aðrir sértækari. Ekki er óalgengt að nýir spurningalistar séu samdir til að kanna ánægju, ef til vill án þess að hyggja að því hvort þegar séu fyrirbyggjandi listar þar sem próffræðilegir eiginleikar hafa verið kannaðir.³⁷ Þetta er í fyrsta skipti sem spurningalistinn PSQ-III er notaður á Íslandi þó ekki væri notast við alla kvarða hans að þessu sinni. Þrátt fyrir að PSQ-III hafi verið prófaður víða erlendis geta aðstæður verið mismunandi og má alltaf búast við einhverri skekkju samfara þýðingu spurningalista yfir á annað tungumál. Jafnframt verður að hafa í huga að menningarlegur munur kann að vera á þátttakendum í mismunandi löndum. Því er þessi rannsókn kannski ekki fyllilega sambærileg við hliðstæðar rannsóknir í öðrum löndum. Ekki var vitað fyrirfram hvernig spurningalistinn virkaði hér á landi en það virðist hafa tekist nokkuð vel til því bæði innra samræmi og þáttagreining komu mjög vel út og einkunnir fyrir einstaka kvarða PSQ-III voru á bilinu 6,6-7,4 sem er svipað og erlendar rannsóknir hafa sýnt.^{14,17,19} Rannsókn okkar væri þó vert að endurtaka og mætti eflaust aðlaga listann enn betur að aðstæðum þess sjúklingahóps sem verið er að rannsaka. Fleiri rannsóknir sem notast við sama spurningalista gætu einnig skapað möguleika á samanburði sem segði mun meira um gæði þjónustu hér á landi en samanburður við erlendar rannsóknir.

Svarhlutfallið í rannsókninni var tæplega 60% sem telst viðunandi. Rannsóknir sem óska eftir svörum einstaklinga við spurningalistum eru því miður sjaldan með hátt svarhlutfall og eykur það líkur á að hópurinn sem svarar sé ekki sambærilegur við þýðið í heild. Sú var einnig raunin í þessari rannsókn þar sem marktækur munur var á aldri þátttakenda og þeirra sem ekki tóku þátt. Aldursbilið var þó breitt í báðum hópum og við teljum ekki að þetta veiki niðurstöður okkar. Loks takmarkast rannsókn okkar af því að hún náði aðeins til lítillar og afmarkaðrar einingar innan heilbrigðisþjónustunnar og því er ekki hægt að yfirfæra niðurstöður okkar á aðrar starfseiningar.

Lokaorð

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna glögglega að fólk virðist nokkuð ánægt með þjónustuna á Hjartagátt Landspítala. Það sem helst virðist skorta eru eftirfylgni og útskýringar á einkennum sem leiddu til heimsóknarinnar. Rannsóknin gefur því góðar vísendingar um hvaða þætti þessarar tilteknu þjónustu þarf að efla. Þýðing okkar á spurningalistanum PSQ-III reyndist vel og þar af leiðandi gæti þessi listi reynt gagnlegur við hliðstæðar rannsóknir á þjónustu annarra eininga innan heilbrigðiskerfisins.

Heimildir

- Lög um réttindi sjúklunga. 1997. althingi.is/lagas/139b/1997074.html - apríl 2014.
- Euro Health Consumer Index 2013 Report. Euro Consumer Powerhouse, 2013. healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55 - apríl 2014.
- Viðhorf, þekking og ánægja íbúa á þjónustu Heilbrigðisstofnunar Austurlands á Egilsstöðum 2004. hdl.handle.net/1946/208 - apríl 2014.
- Bragadóttir H, Kristjánadóttir G, Gunnarsdóttir H. Mikilvægustar þarfir foreldra á barnadeildum og hvernig þeim er fullnægð: niðurstöður úr rannsókn á Barnaspítala Hringins. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2006; 1: 20-7.
- Bragadóttir H, Sigurðardóttir R, Gunnarsdóttir H, Ragnarsdóttir A, Sigurðardóttir AO. Ánægja foreldra með þjónustu á barnadeildum Barnaspítala Hringins. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2007; 83: 38-48.
- Ásmundsdóttir LB, Gunnlaugsdóttir AG, Sveinsdóttir H. Mat skurðsjúklunga á verkjum og verkjameðferð. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2010; 86: 48-56.
- Biering P, Kristmundsdóttir L, Jörgensdóttir H, Jónsson P. Reynsla foreldra af því að eiga börn á legudeildum barna- og unglingageðdeildar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2006; 82: 40-5.
- Karlsdóttir IL, Sveinsdóttir IG. Sjúklingaánægja þeirra sem liggja á endurhæfingageðdeild LSH. [Lokaverkefni til B.Sc. prófs í hjúkrunarfræði]. Háskóli Íslands, Reykjavík 2009.
- Guðjónsdóttir JS, Gústafsdóttir M. Reynsla dætra af flutningi foreldra sem þjást af heilabilun á hjúkrunarheimili [M.S. ritgerð]. Háskóli Íslands, Reykjavík 2005.
- Þorsteinsdóttir K. Reynsla fólks af því að vera aðstandandi sjúklings sem hefur nýlega veikt af heilablóðfalli og dvelur á sjúkradeild. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2008; 84: 48-55.
- Marshall GN, Marshall GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychol Assessment* 1993; 5: 477-83.
- Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say? *Acad Emerg Med* 2000; 7: 695-709.
- Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. *Int J Emerg Med* 2011; 4: 2.
- Hagedoorn M, Uijl SG, Van Sonderen E, Ranchor AV, Grol BME, Otter R, et al. Structure and reliability of Ware's Patient Satisfaction Questionnaire III: patients' satisfaction with oncological care in the Netherlands. *Med Care* 2003; 41: 254-63.
- Richards CR, Richell-Herren K, Mackway-Jones K. Emergency management of chest pain: patient satisfaction with an emergency department based six hour rule out myocardial infarction protocol. *Emerg Med J* 2002; 19: 122-5.
- Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 319-28.
- Hays RD, Davies AR, Ware JE. Scoring the Medical Outcomes Study Patient Satisfaction Questionnaire: PSQ-III. 1987. rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq3_scoring.pdf - apríl 2014.
- Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983; 6: 247-63.
- Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987; 22: 637-54.
- Geyman JP. The corporate transformation of medicine and its impact on costs and access to care. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 443-54.
- Pine II BJ, Gilmore JH. *The Experience Economy; Work is theater and every business a stage.* Harvard Business Press, Boston 1999.
- Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual* 2010; 25: 64-72.
- Berry LL, Carbone LP. Build loyalty through experience management. *Qual Prog* 2007; 40: 26-32.
- Berry LL, Seltman KD. *Management Lessons from the Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations.* McGraw-Hill, New York 2008.
- Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 26-34.
- Þjónustukönnun Landspítala, maí 2012. landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=91d18ff5-2a7a-11e2-8611-005056be0005 - apríl 2014.
- Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Manag Care* 2011; 17: 41-8.
- Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3: 188-95.
- Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, DiMatteo MR, Rogers WH, Ordway L, et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1869-78.
- Vilhjálmsson R. Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála. *Læknablaðið* 2009; 95: 661-8.
- Vilhjálmsson R. Frestun lækniþjónustu meðal Íslendinga: Umfang og skýringar. *Læknablaðið* 2011; 97: 529-34.
- Katz DA, Aufderheide TP, Gaeth G, Rahko PS, Hillis SL, Selker HP. Satisfaction and emergency department revisits in patients with possible acute coronary syndrome. *J Emerg Med* 2013; 45: 947-57.
- Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012; 172: 405-11.
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011; 86: 359-64.
- Marquis MS, Davies AR, Ware JE. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Med Care* 1983; 21: 821-9.
- Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998; 15: 480-92.
- La Monica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health* 1986; 9: 43-50.

ENGLISH SUMMARY

Patient satisfaction with care and interaction with staff in the Acute Cardiac Unit at Landspítali – The National University Hospital of Iceland

Margret H. Snorraddóttir¹, David O. Arnar^{1,2}, Ragnar F. Olafsson³, Runolfur Pálsson^{1,2}, Olafur S. Indridason²

Introduction: The Icelandic health care system ranks favourably in international comparison but patients' experience of interaction with the health service has not been well studied. The goal of this study was to examine the satisfaction of patients admitted to the Acute Cardiac Unit (ACU) at Landspítali – The National University Hospital of Iceland.

Methods: A questionnaire based on the Patient Satisfaction Questionnaire III was mailed to patients admitted to the ACU between 1 January and 29 February 2012. Questions were presented as statements and participants asked to respond how strongly on a scale from 1 to 5 they agreed or disagreed with each statement. Data analysis was performed using descriptive statistics, Cronbach's alpha for internal consistency of scales and principal components analysis, Wilcoxon-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests for comparison of groups and Pearson and Spearman correlation coefficients for correlation between variables.

Results: The questionnaire was mailed to 485 individuals of whom 275 (57%) responded. The median age of the participants was 62 (range, 19-95) years and 132 (48%) were women. Internal consistency of the scales was mostly high (Cronbach's alpha 0.62-0.91) and principal components analysis revealed one main factor. The mean score of the questionnaire was 6.8 ± 1.0 and 91%, and 86% of the participants were pleased with their interaction with physicians and nurses, respectively. Similarly, 88% were pleased with the care they received but 25% felt they received insufficient explanations of their symptoms or that follow-up care was lacking.

Conclusion: Patients of the ACU generally appear to be satisfied with their care. However, our results suggest that improvement is needed in several areas, including information provided at discharge and follow-up care.

Key words: Health service, acute cardiac unit, heart disease, quality of care, PSQ-III questionnaire, survey.

Correspondence: Ólafur Skúli Indriðason, olasi@landspitali.is

¹Faculty of Medicine, University of Iceland, ²Internal Medicine Services, Landspítali – The National University Hospital of Iceland, ³Educational Testing Institute, Reykjavik, Iceland.