

Brukerorientering av helsetjenesten: bakgrunn, målemetoder og resultater

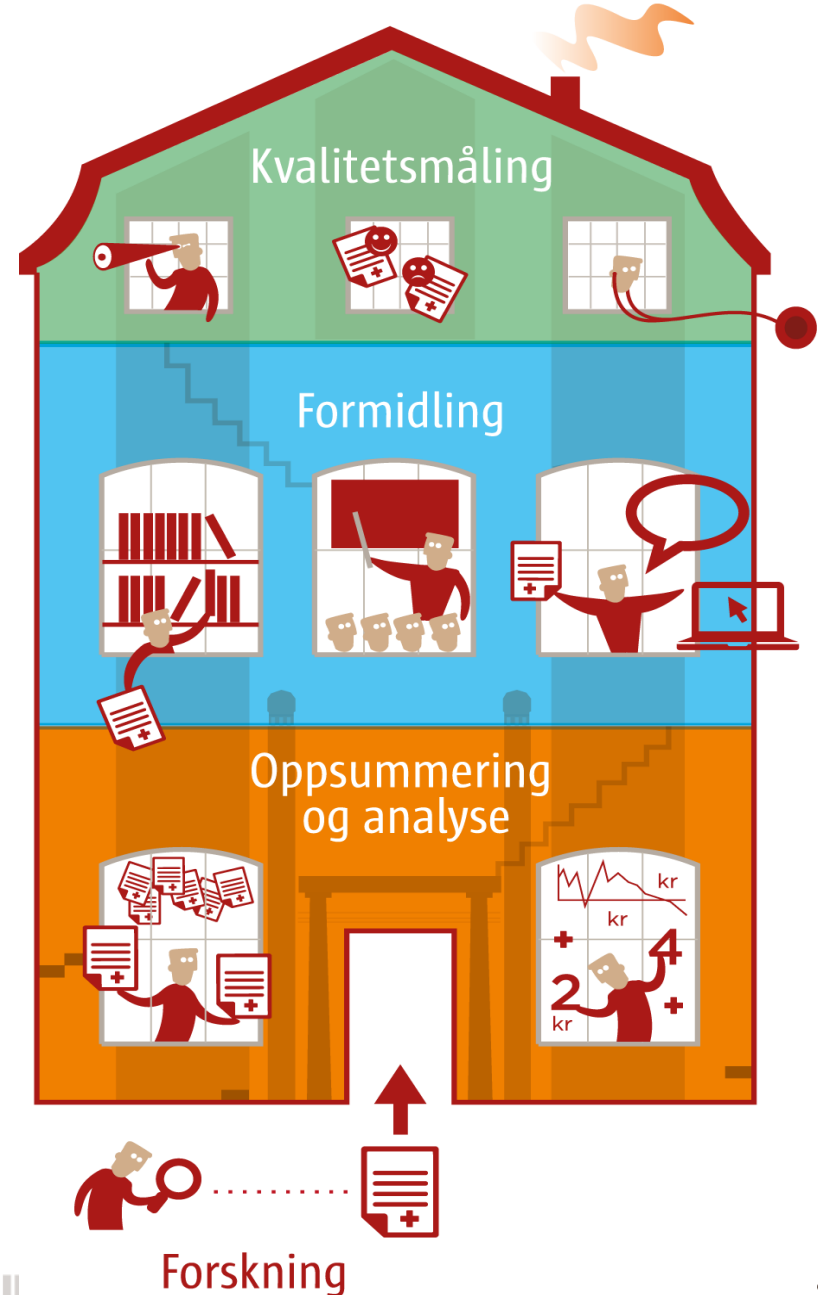


Øyvind Andresen Bjertnæs, Forskningsleder

Seksjon for brukeropplevd kvalitet

Kunnskapssenteret

- Etablert 01.01.2004
- Samling av
 - Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), SINTEF
 - HELTEF
 - Divisjon for kunnskapshåndtering, SHDir
 - GRUK
- Selvstendig og faglig uavhengig institusjon
- Organisert som et forvaltningsorgan
- Ingen myndighetsoppgaver og ingen "beslutningsmakt"
- Etatsstyrt av Helsedirektoratet



Seksjon for brukeropplevd kvalitet

1. Nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp)
2. Fastlegers vurderinger av distriktpsykiatriske sentre
3. Norsk del av Commonwealth Funds internasjonale helsesystemundersøkelser
4. Befolkningsundersøkelser om pasientsikkerhet og kvalitet
5. Metoder og undersøkelser relatert til brukerrapporterte utfallsmål

Oversikt nasjonale undersøkelser

Survey	2003-2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ordinary user experience surveys									
Hospital adult inpatients	03,06,11, 12	X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
General practitioners	10 (LV)		X						
Addiction, adult inpatients		X	X						
Mental health, adult outpatients	04, 07								
Hospitals, children departments	05								
Mental health, adult inpatients	05		X						
Mental health, children outpatients	06			(X)					
Hospital, adult cancer patients	09								
Hospital adult outpatients	04								
Maternity services	11								
Surveys among cooperation partners									
GP assessment of community MHC	06,08,11		X			(X)			(X)
International surveys									
Commonwealth Fund, GPs	09,12			(X)			(X)		
Commonwealth Fund, gen.population	10	X			(X)			(X)	
Commonwealth Fund, chronic/55+ population	11		X			(X)			(X)

Innhold

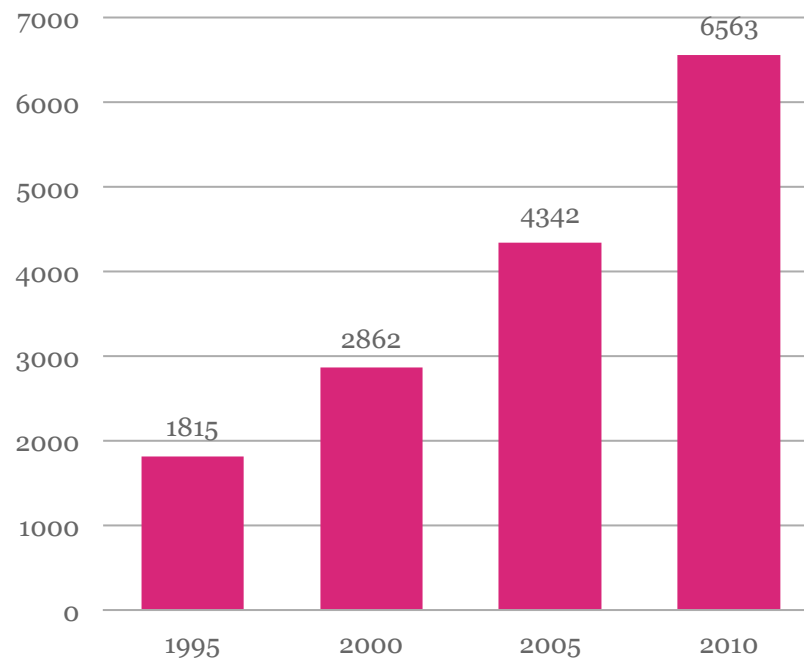
1. Bakgrunn
2. Målemetoder
3. Utvalgte resultater på nasjonalt nivå
4. Bruk av data til forbedring
5. Nye trender
6. Avslutning

1. Bakgrunn

Økt fokus på brukerperspektivet

- Autonomi, valgfrihet og juridiske krav
- Brukererfaringer integrert del av nasjonale og internasjonale kvalitetsmodeller
- Positiv sammenheng mellom brukererfaringer, pasientsikkerhet og effekt
- Potensial for lavere kostnader

**Antall treff i PubMed:
Patient satisfaction
publication year**



The NHS Outcomes Framework 2012/13

<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-outcomes-framework-2012-to-2013>

Domain 1	Preventing people from dying prematurely;
Domain 2	Enhancing quality of life for people with long-term conditions;
Domain 3	Helping people to recover from episodes of ill health or following injury;
Domain 4	Ensuring that people have a positive experience of care; and
Domain 5	Treating and caring for people in a safe environment; and protecting them from avoidable harm.

4

Ensuring that people have a positive experience of care

Overarching indicators

4a Patient experience of primary care
i GP services ii GP Out of Hours services iii NHS Dental Services
4b Patient experience of hospital care

Improvement areas

Improving people's experience of outpatient care
4.1 Patient experience of outpatient services

Improving hospitals' responsiveness to personal needs
4.2 Responsiveness to in-patients' personal needs

Improving people's experience of accident and emergency services
4.3 Patient experience of A&E services

Improving access to primary care services
4.4 Access to i GP services and ii NHS dental services

Improving women and their families' experience of maternity services
4.5 Women's experience of maternity services

Improving the experience of care for people at the end of their lives
4.6 An indicator to be derived from the survey of bereaved carers

Improving experience of healthcare for people with mental illness
4.7 Patient experience of community mental health services

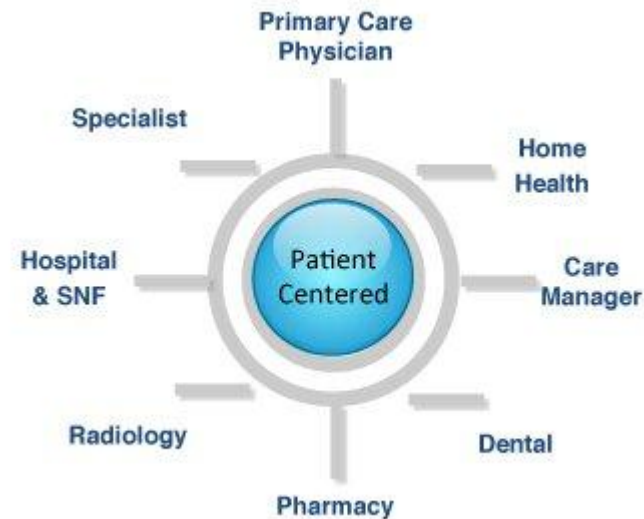
Improving children and young people's experience of healthcare
4.8 An indicator to be derived from a Children's Patient Experience Questionnaire

<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-outcomes-framework-2012-to-2013>

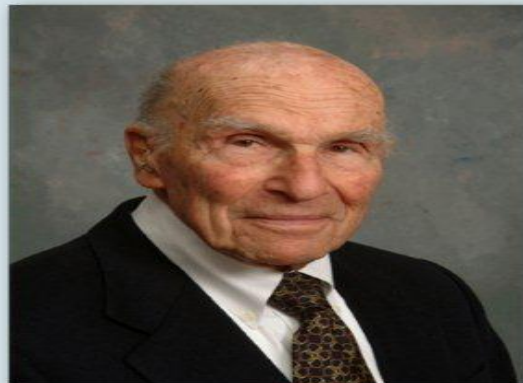
kunnskapssenteret

Begrepsforvirring

- Brukertilfredshet
- Brukerperspektiv
- Brukermedvirkning
- Brukererfaringer
- ”Health system responsiveness”
- **Brukerorientering**



Brukerorientering - dimensjoner



FOUNDER
HARVEY PICKER

“Understanding and respecting patients’ values, preferences and expressed needs is the foundation of patient-centered care.”
– Harvey Picker

 principles
 enablers

Figure 2. Integrative model of patient-centeredness. The inner circle represents the micro level, the middle circle the meso level and the outer circle the macro level of care.

Brukerorientering måles ofte ved hjelp av brukererfaringsundersøkelser

- Viktige kompetanse-områder:
 - Brukerorientering
 - Kvalitative metoder
 - Surveymetodikk
 - Psykometri
 - Kvalitetsindikatorer
 - Statistikk

National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review

Report from Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services)
No 7-2008
Structured Review

 kunnskapssenteret
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Background: The measurement of patient experiences is an important component of health services evaluation. Several countries now have programs of work that include national surveys of patients undertaken at regular intervals. The identification and review of large scale surveys of patient experiences including programs of work, will inform the organisation and design of future surveys aimed at comparing patient views of health care quality across countries.

Objective: To identify and review national and cross-national surveys including

Prinsipper for måling av brukererfaringer

- Fokus på brukerrapporterte erfaringer, ikke tilfredshet
- Fokus på brukererfaringer, ikke klinisk kvalitet
- Brukerprioriteringer som basis for måledimensjoner
- Multidimensjonalt
- Metodetriangulering:
 - Kvalitative metoder i utvikling og dybdeanalyser
 - Kvantitative metoder i måling og validering

2. Målemetoder

Surveymetodikk

- Hovedoppgaver
 - Utvalgskonstruksjon
 - Konstruksjon og validering av spørreskjema
 - Datainnsamling
 - Analyse og rapportering
- Multiple feilkilder
 - Frafallsfeil, målefeil, utvalgsfeil, dekningsfeil
- Ingen gullstandard, men viktige å bruke kompetanse i surveymetodikk og tilgjengelig litteratur

Teoretisk rammeverk for datainnsamlingsmåter

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20576131>)

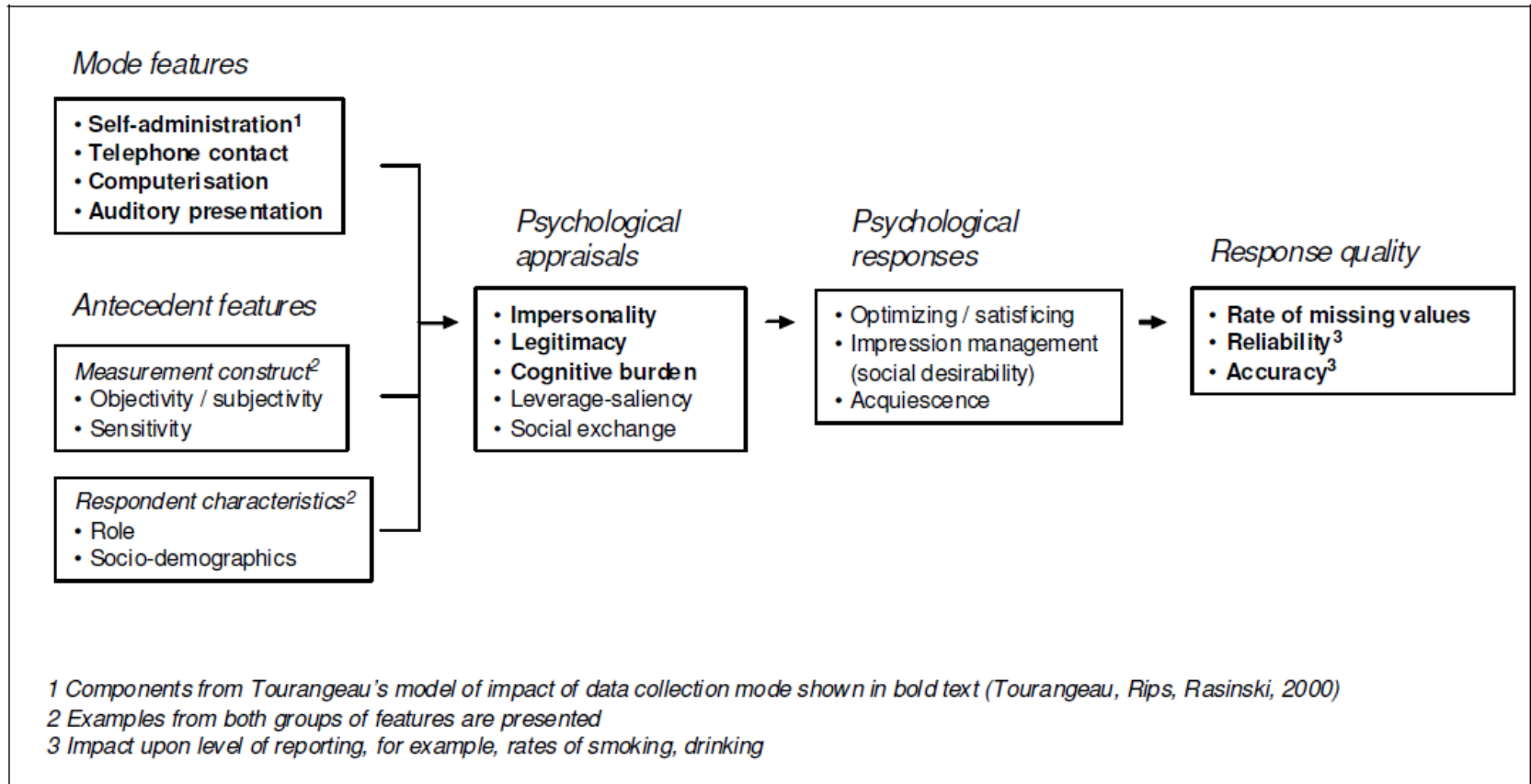


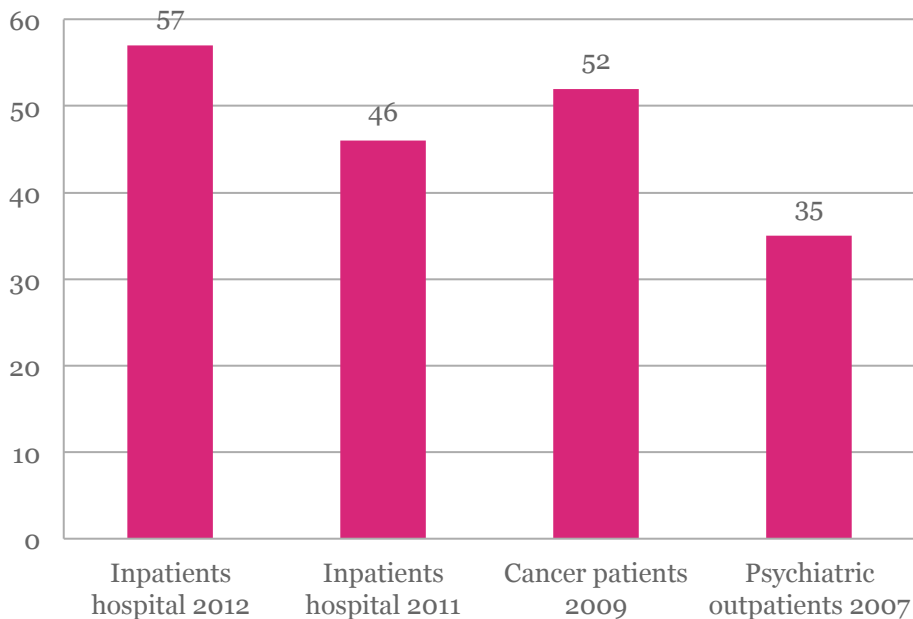
Figure 1 Mode features and other antecedent features influencing response quality.

Standard datainnsamlingsprosedyrer i nasjonale brukererfaringsundersøkelser i Norge

- Tilfeldig trekking av 400 brukere per institusjon i en 3-måneders periode
- Uttrekk fra pasientadministrative systemer med FS-systemet:
 - Kontaktinformasjon (for å sende ut spørreskjema)
 - Demografiske data, oppholdsdata og medisinske data (for frafallsvekting, case-mix og andre analyser)
- Postale spørreskjemaer sendes ut noen uker etter konsultasjon/opphold, mulighet for elektronisk svar i noen undersøkelser
- 1-2 postale purringer på de som ikke svarer
- Telefonintervju av tilfeldig utvalg ikke-svarere
 - For å undersøke om det er forskjell i erfaringer mellom svarerne og ikke-svarerne

Svarprosent og frafallsskjevhet

Svarprosent i nasjonale undersøkelser i Norge - eksempler



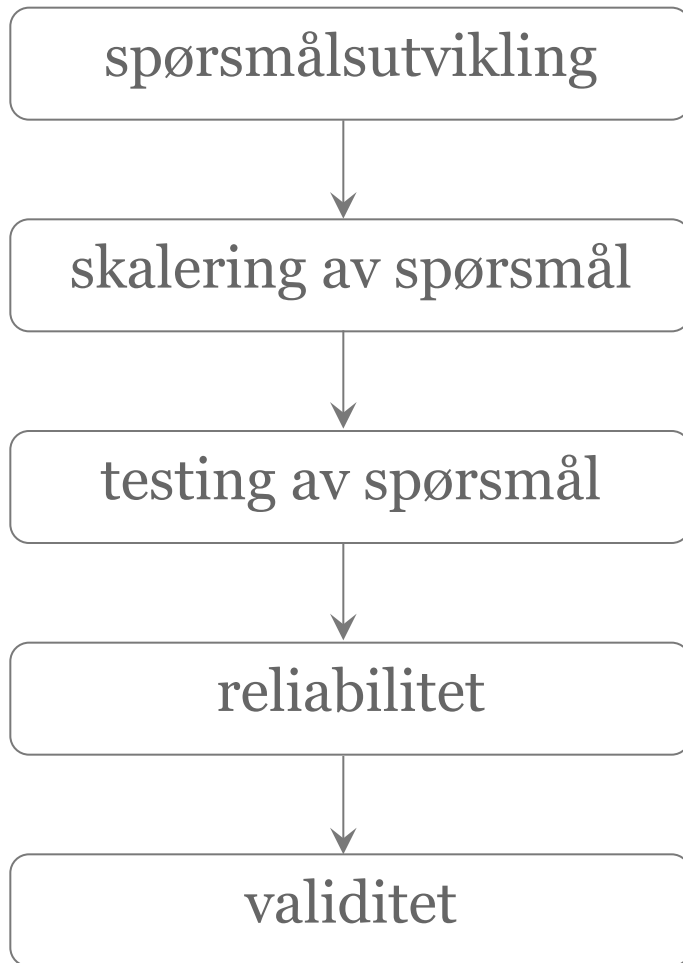
- Bruk vektorer for å kompensere for frafall, basert på analyse av svarsannsynligheter
- Oppfølgingsstudier av ikke-svarere (Guldvog et al. 1997):
 - Journalgjennomgang og telefonintervju i tilfeldig utvalg på 285 pasienter som ikke hadde svart
 - Svarere og ikke-svarere gir omtrent samme tilbakemelding, men kan ikke generalisere til:
 - de sykeste
 - de med størst funksjonssvikt
 - de som ikke har fast bopeladresse
 - de som ikke kan norsk godt nok
- Svarprosent er en dårlig indikator på datakvalitet

Kvalitetskriterier PRO-instrumenter

1. **Appropriateness:** the match of an instrument to the specific purpose and questions
2. **Reliability:** the instrument is reproducible and internally consistent
3. **Validity:** whether an instrument measures what it purports to measure
4. **Responsiveness:** whether an instrument is sensitive to changes of importance to patients
5. **Precision:** the number and accuracy of distinctions made by an instrument
6. **Interpretability:** how meaningful are the scores from an instrument
7. **Acceptability:** how acceptable is an instrument for respondents to complete
8. **Feasibility:** the extent of effort, burden and disruption to staff and clinical care arising from use of an instrument

Fitzpatrick R et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technol Assess. 1998;2:1-74.

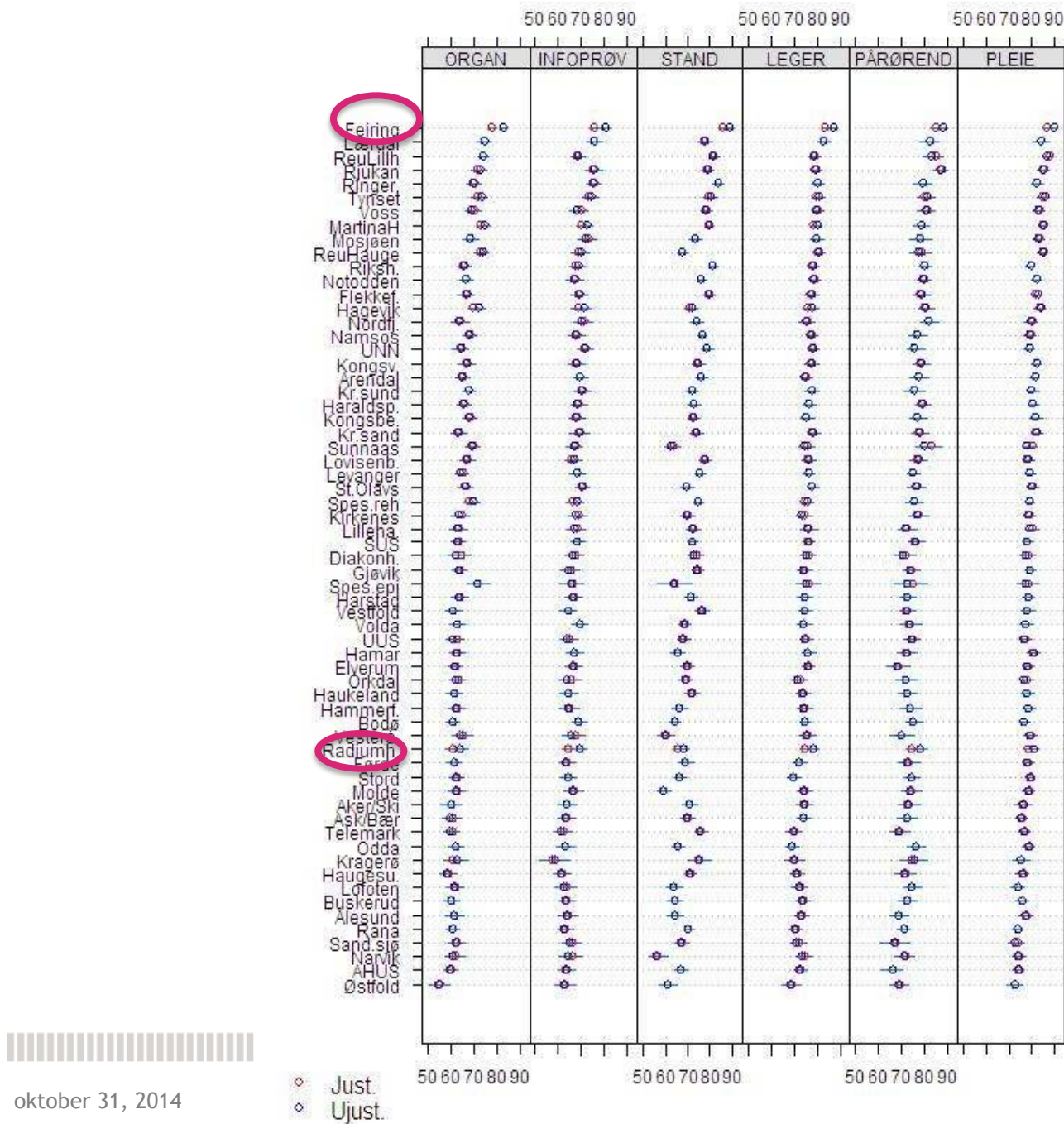
Standardmodell - utvikling og validering av skjema



- litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer, referansegruppe
→ innholdsvaliditet
- 5-punkt skalaer
- testing av skjemaet ved intervju
- pilotundersøkelse
 - datakvalitet - manglende svar
 - dimensjoner - faktoranalyse
- intern konsistens
- test-retest
- teori og forskning
- generell tilfredshet, forventinger, negative hendelser

Justering for ulikheter i pasientsammensetning

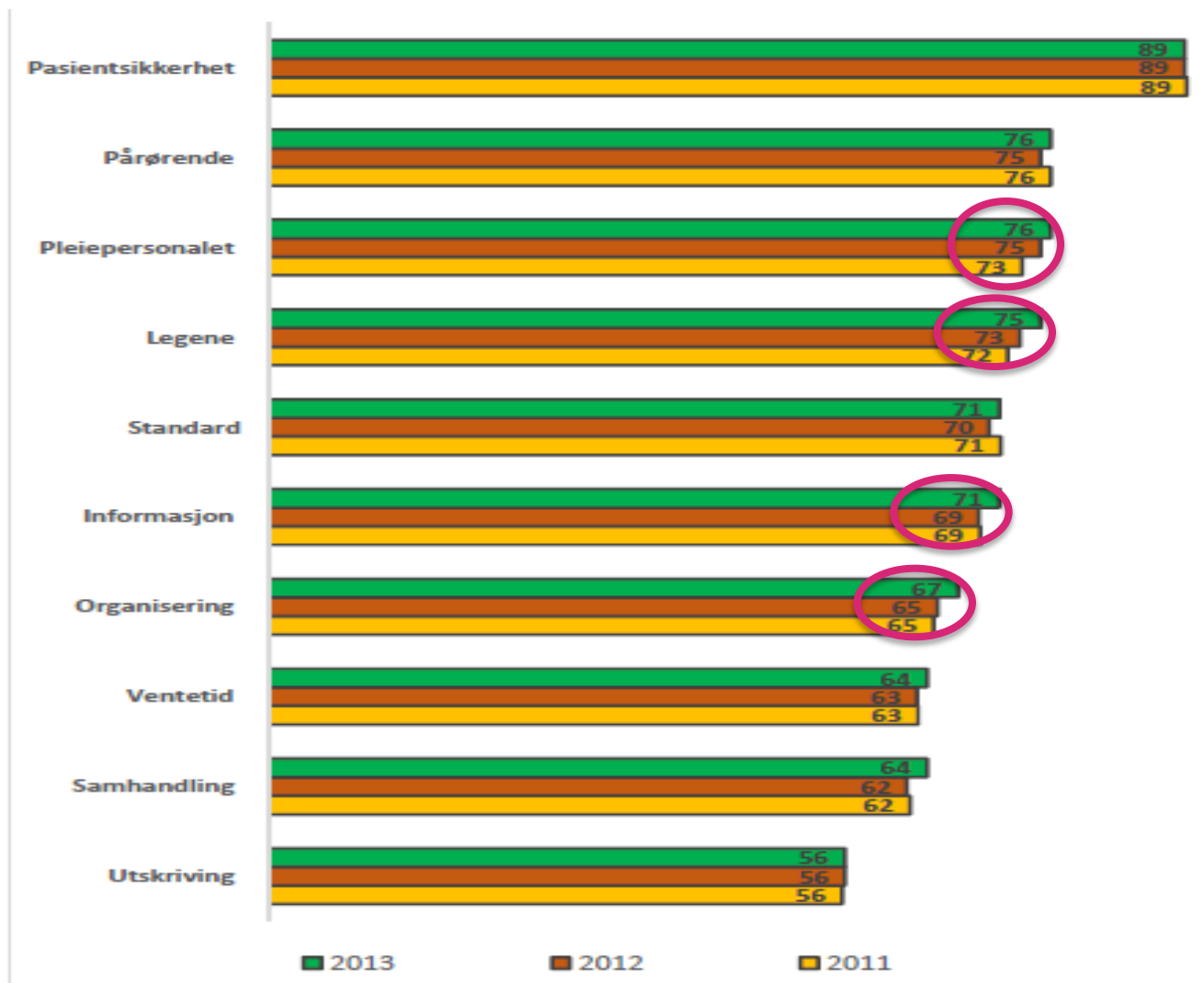
- Noen grupper er mer kritiske enn andre grupper, for eksempel er yngre pasienter mer kritiske enn eldre. En institusjon med mange yngre pasienter kan dermed få et dårligere resultat enn en institusjon med eldre pasienter, selv om kvaliteten er den samme.
- Denne effekten er ikke knyttet til kvalitet, men til ulik pasientsammensetning mellom institusjoner
- Effekten er sjelden stor, men justering gir et mer presist estimat og øker den kliniske legitimiteten
- Eksempel, sykehus 2006: justert for alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, innleggelsestype og Charlson comorbidity-index



3. Utvalgte resultater nasjonalt nivå



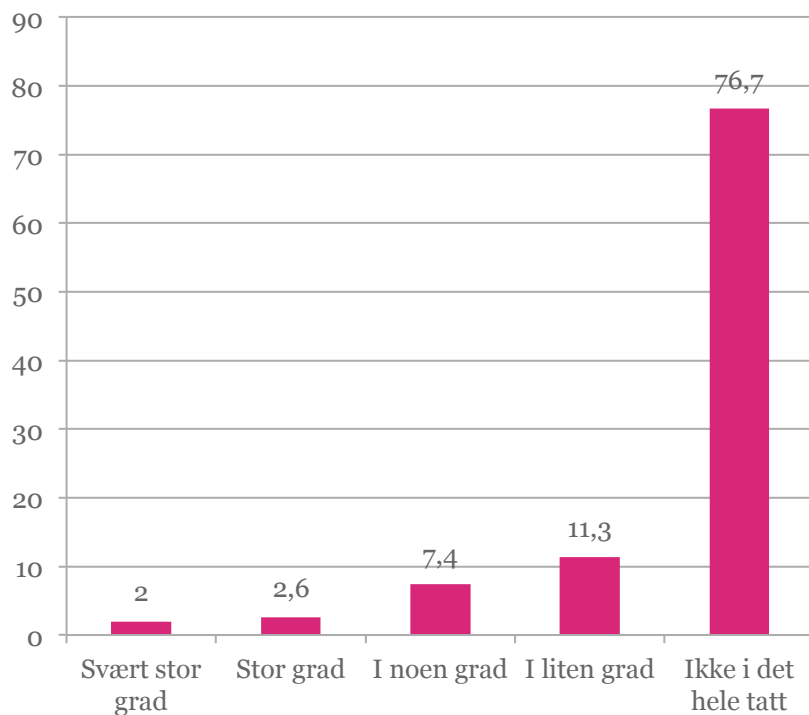
Pasienterfaringer sykehus 2011-2013



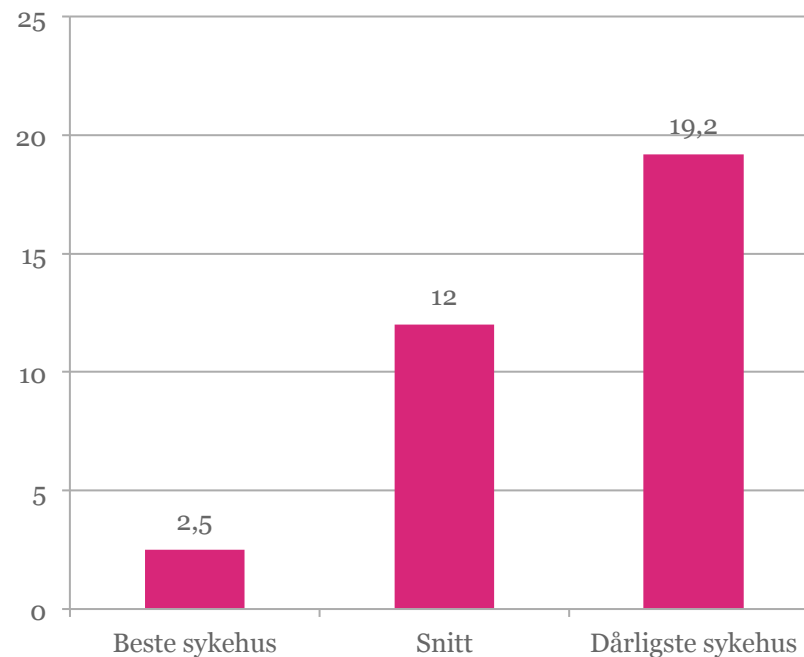
Figur 1. Pasienterfarringsindikatorene og gjennomsnittverdier. Resultater for 2011, 2012 og 2013. Tallene er vektet.

Pasientopplevd feilbehandling på sykehus i 2011 (n=10,139)

Feilbehandling (%) - nasjonalt nivå



Feilbehandling (%) på sykehusnivå - svært stor, stor eller i noen grad



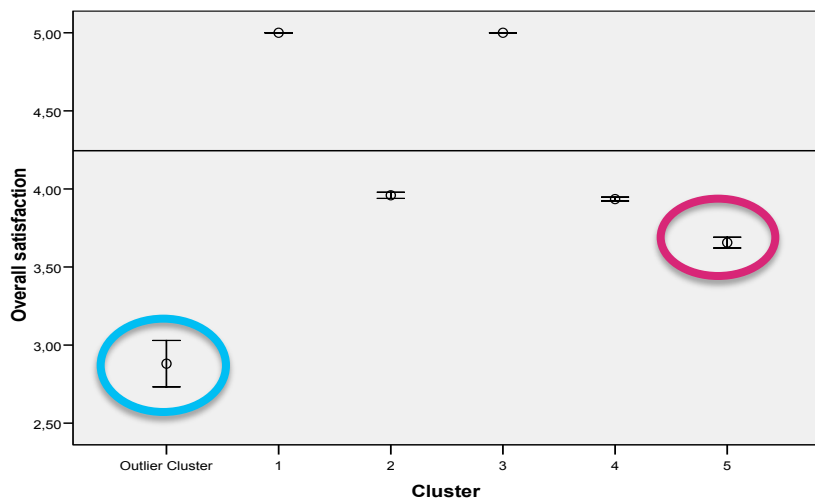
Sykehus 2011: kvalitative data

- Åpent kommentarfelt til slutt i skjemaet (ca. hver tredje skrev noe)
- Øker forståelsen av kvantitative resultater, gir informasjon om viktige temaer og mulige tiltak
- Kvalitative kommentarer i PasOpp 2011 – pasientopplevd pasientsikkerhet
 - Bivirkninger, komplikasjoner, skader eller feil, ventetid på diagnose eller behandling, feil diagnose eller behandling for sent, feil i journalen, at henvisningen ikke hadde kommet frem til rette vedkommende, behov for reoperasjon, leger som ikke hadde lest journalen eller satt med feil journal, prøver på avveier, utilstrekkelige prøver, sykehusinfeksjoner, pleiepersonale som slurver med håndvask og skift av klær og sengetøy med blod eller urin og feil ved teknisk utstyr
 - *”Jeg reagerer på at sykepleier ga meg medisin som pasienten på naborommet skulle ha, ufarlig men dog”.*
 - *”Sendt hjem fra sykehuset for tidlig, noe som resulterte i to nye innleggelser.”*



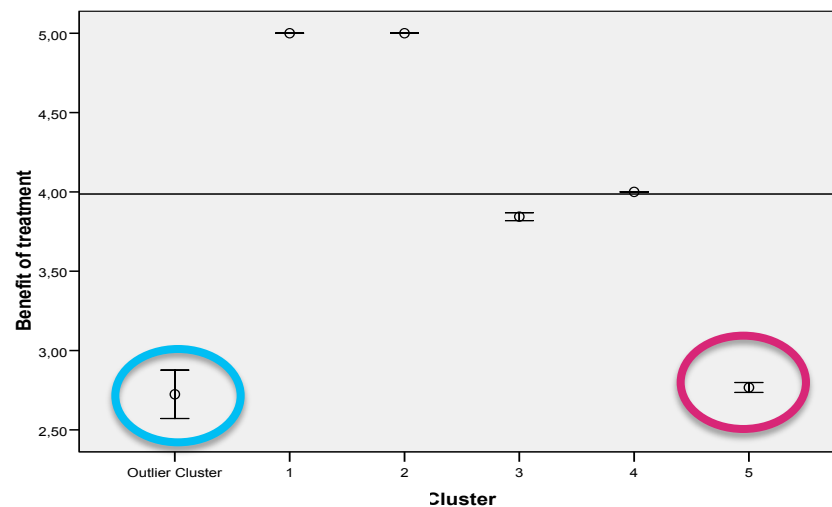
Sykehus 2011: Negative responsgrupper

Simultaneous 95% Confidence Intervals for Means



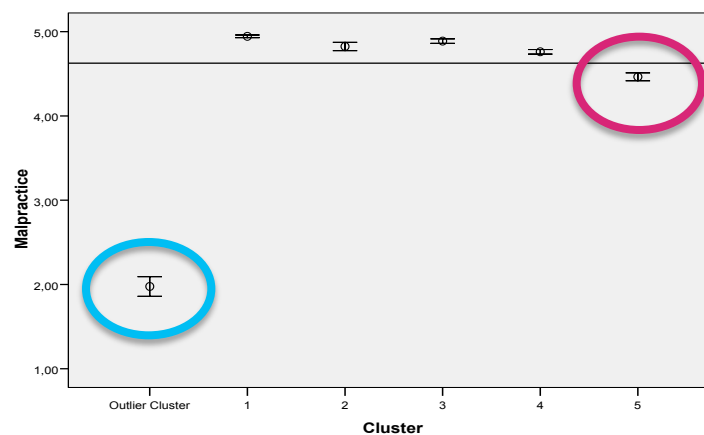
Reference Line is the Overall Mean = 4,25

Simultaneous 95% Confidence Intervals for Means



Overall Mean = 3,99

Simultaneous 95% Confidence Intervals for Means



Reference Line is the Overall Mean = 4,63

18.5%

5.3%

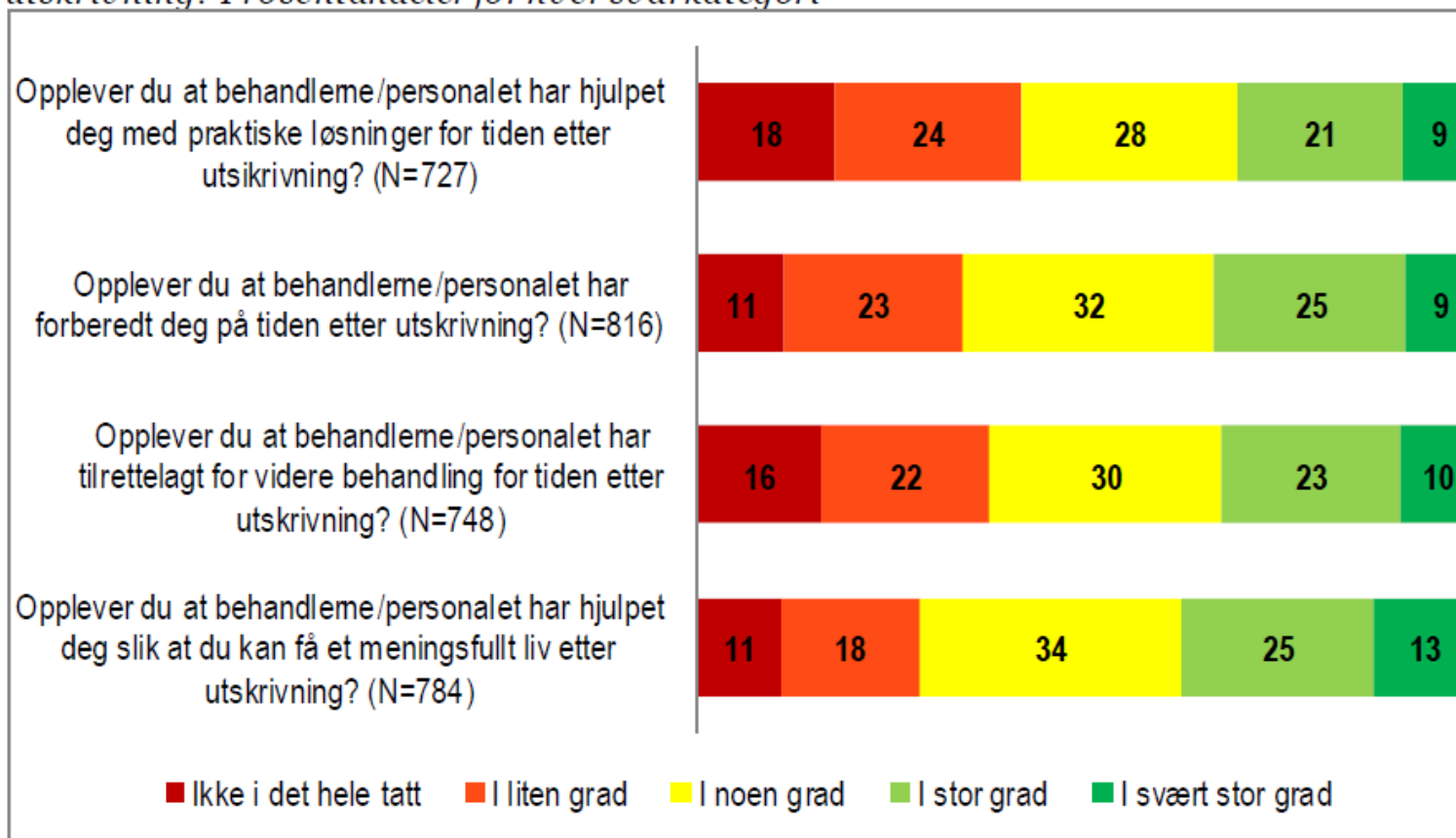
Sykehus 2011: Responsgrupper

Table 2 Summary of the frequency of comment type by response group

	Cluster 1	Cluster 5	Outliers
Connotation			
Positive comments	25	1	0
Negative comments	15	39	45
Both	9	3	5
Neutral	1	7	0
Patient safety			
Patient safety issues raised	1	12	38

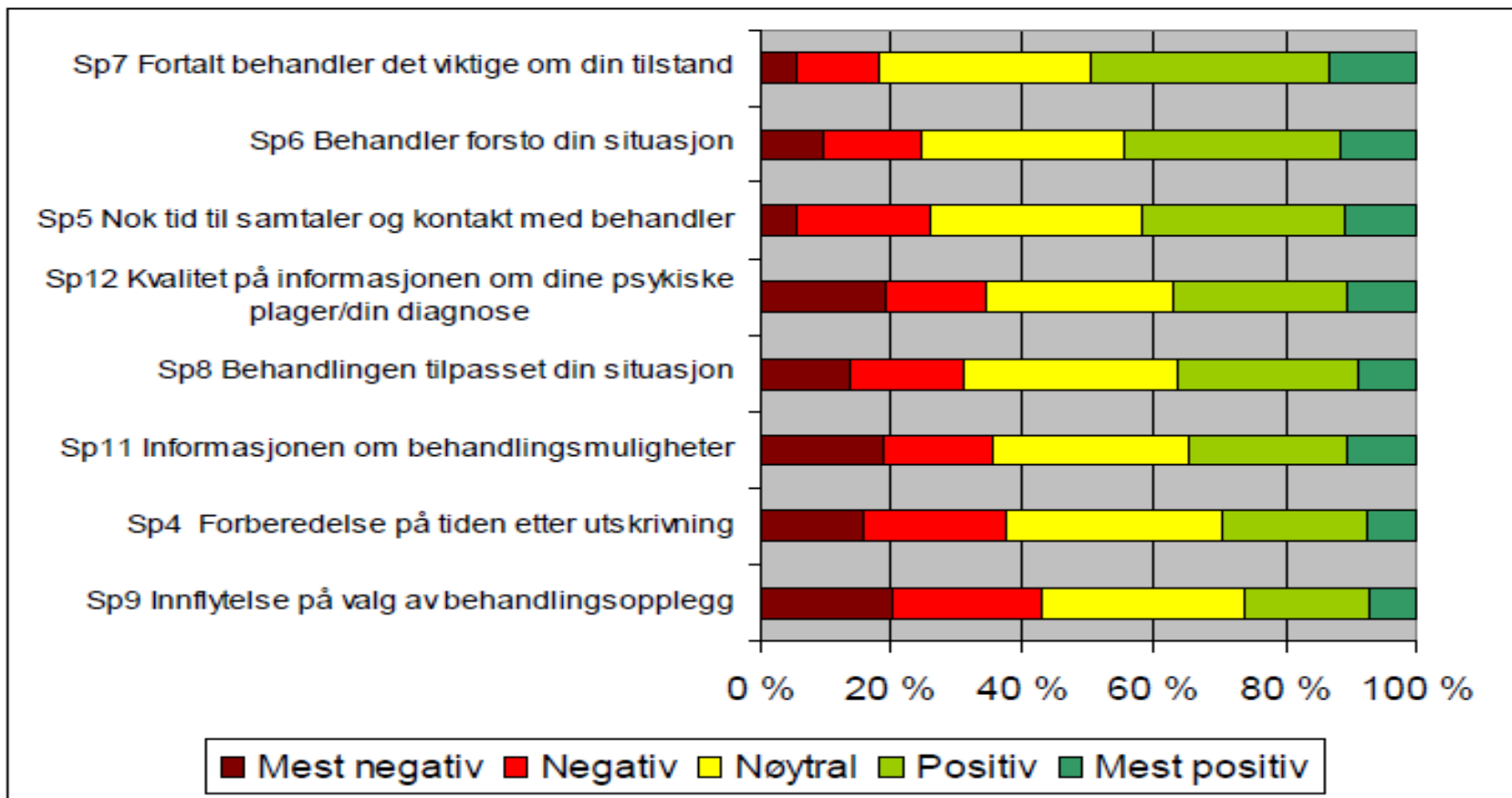
Pasienterfaringer med døgnopphold, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2013)

Figur 7.1: Nasjonale resultater på enkeltspørsmål om forberedelse til tiden etter utskrivning. Prosentandeler for hver svarkategori

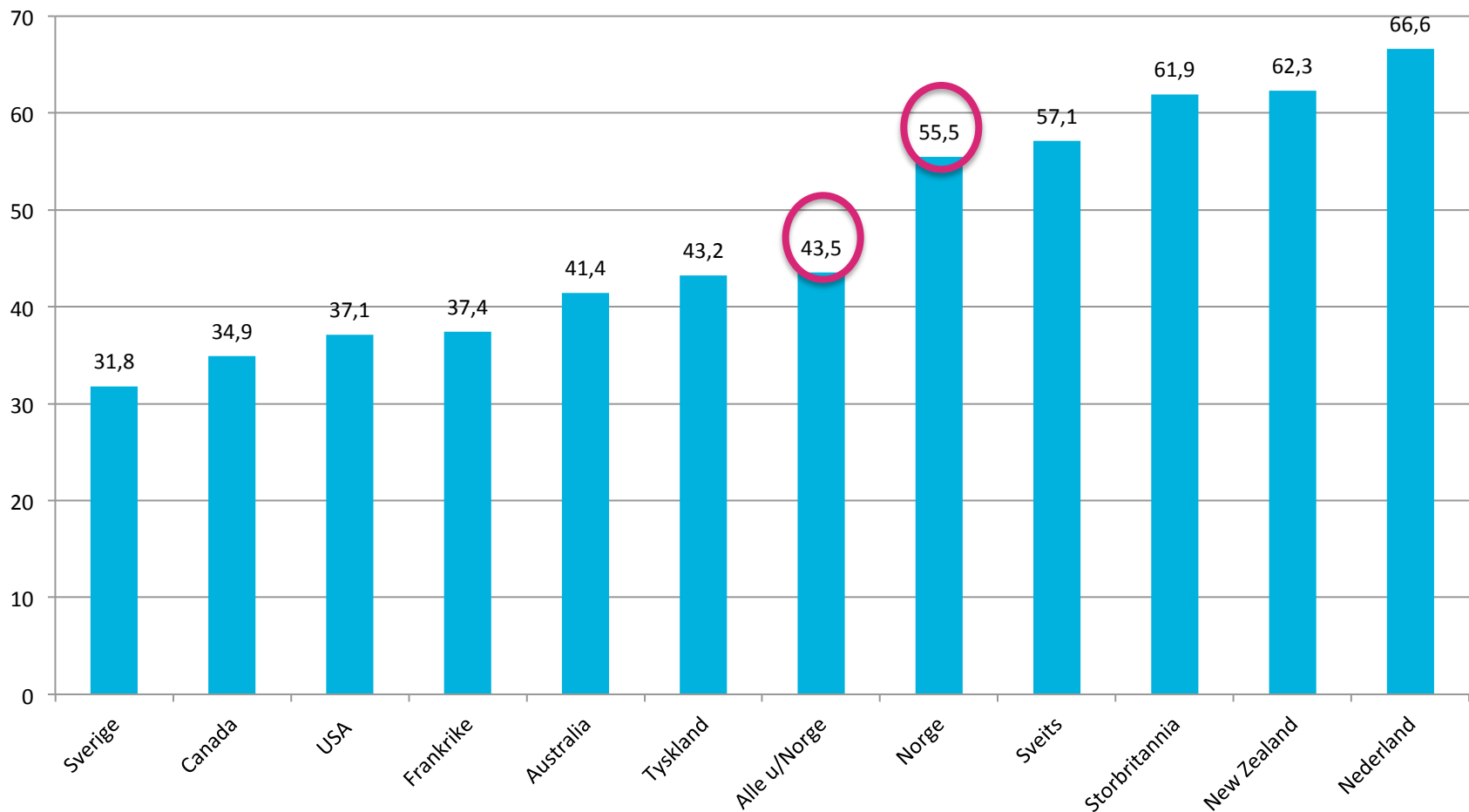


Brukererfaringer psykisk helsevern (2005)

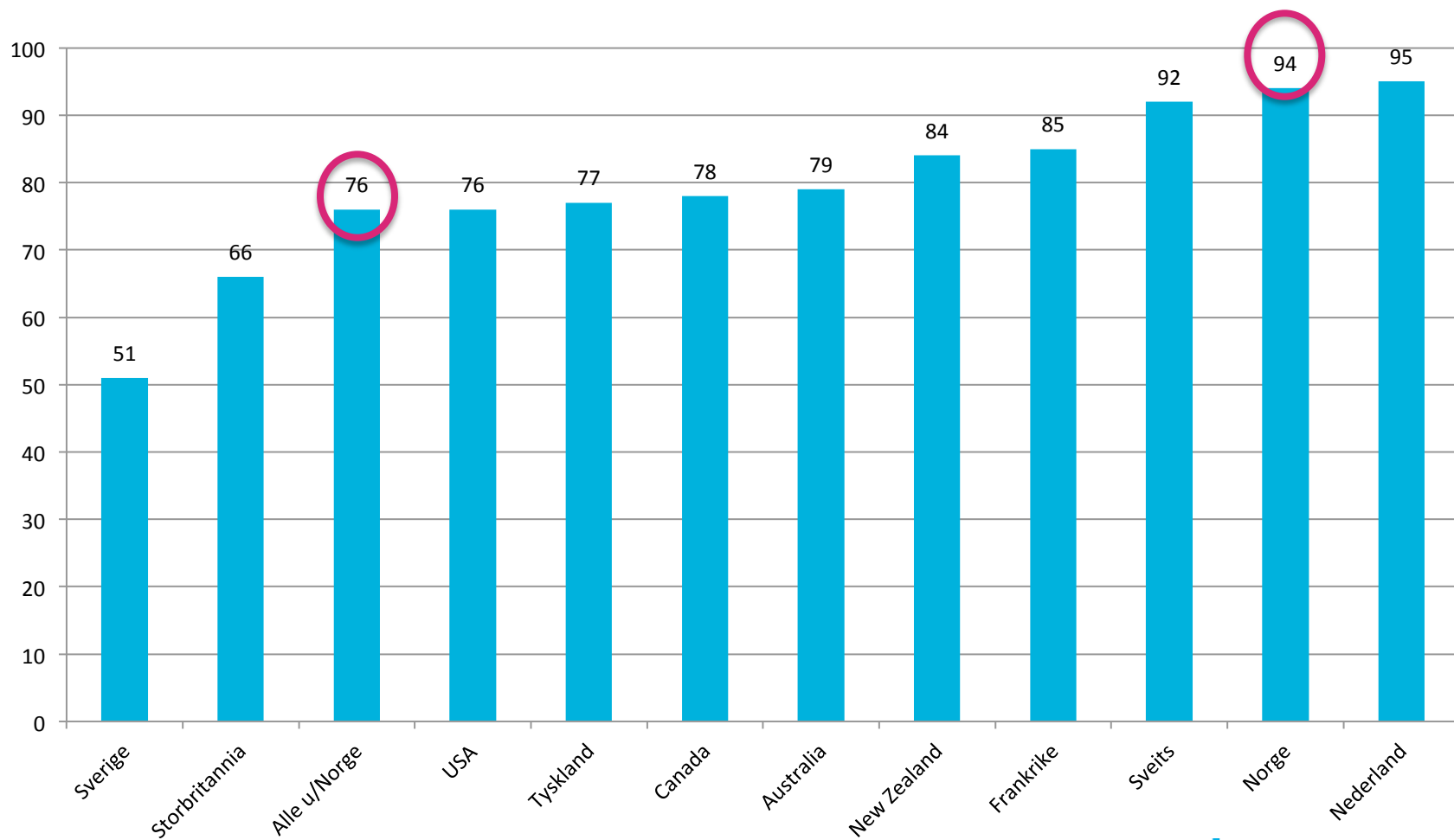
Figur 3: Nasjonale resultater for enkeltspørsmål som inngår i hoveddimensjonen. Prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene. Mest negativ svarkategori til venstre, mest positiv svarkategori til høyre.



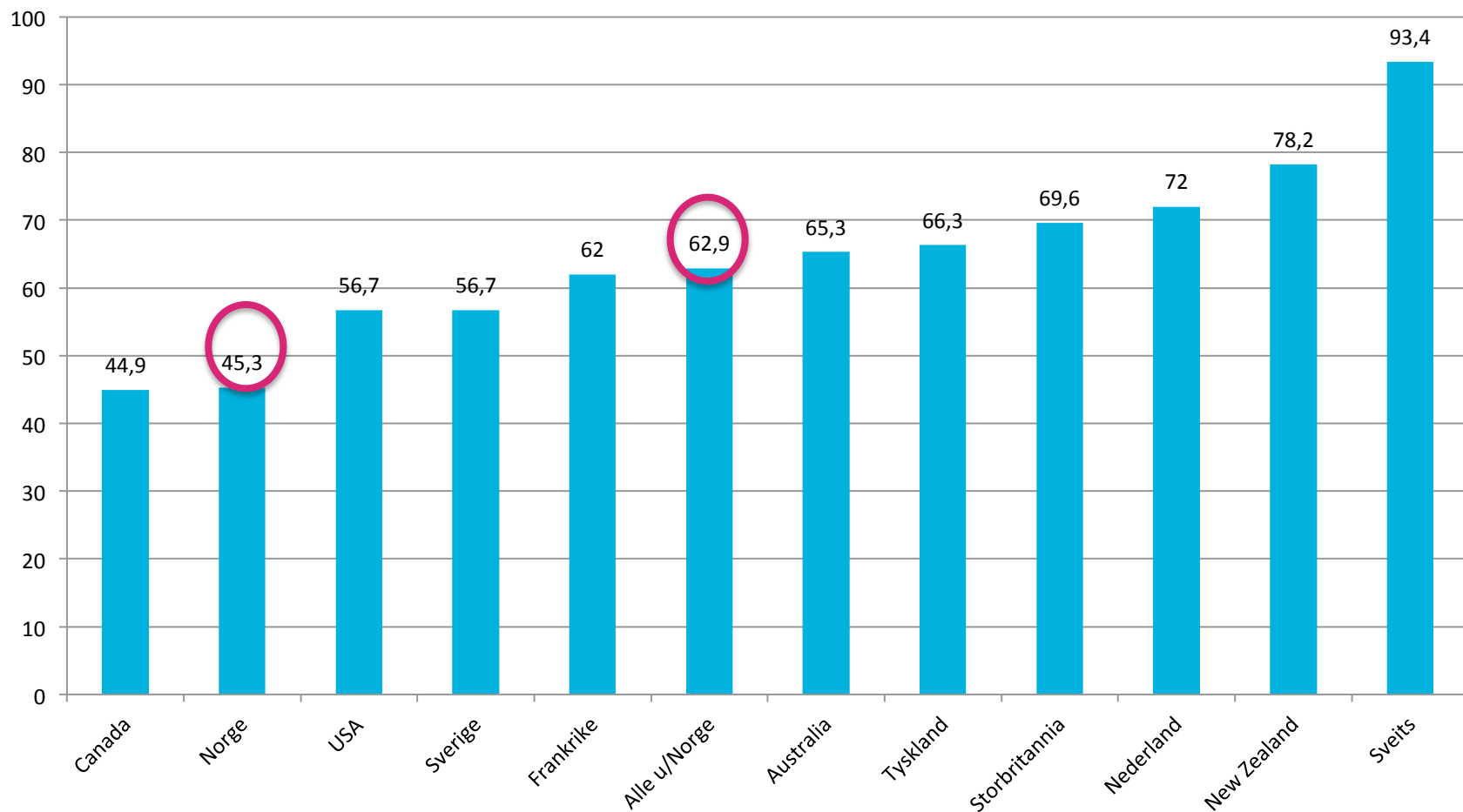
Prosentandel som oppgir at det er lett å få helsehjelp på kveldstid, i helgene eller på helligdager (CMW 10)



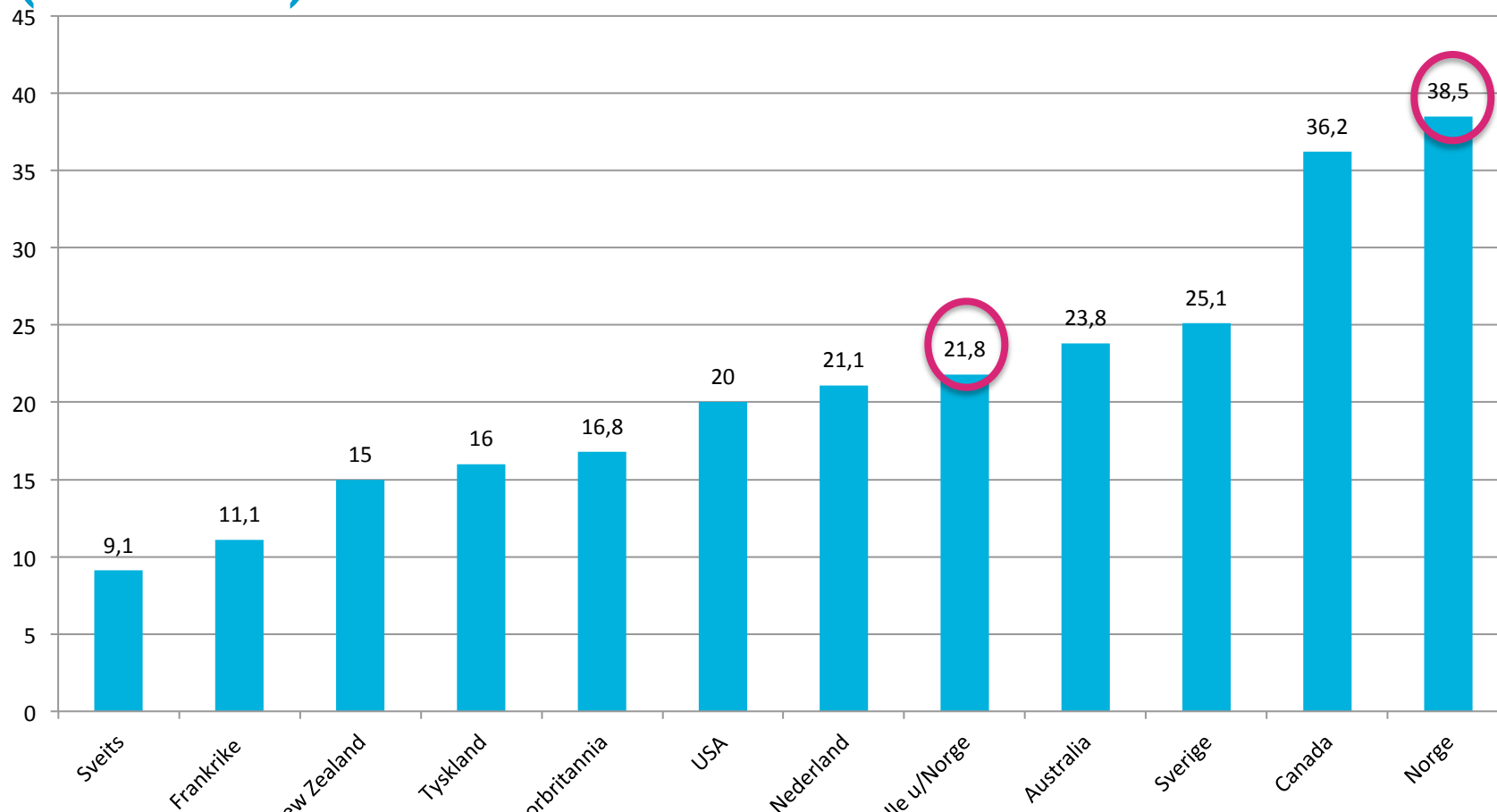
Prosentandel med fast lege (CMW 10)



Prosentandel som fikk time samme eller neste dag sist de var syke eller trengte legehjelp (CMW 10)

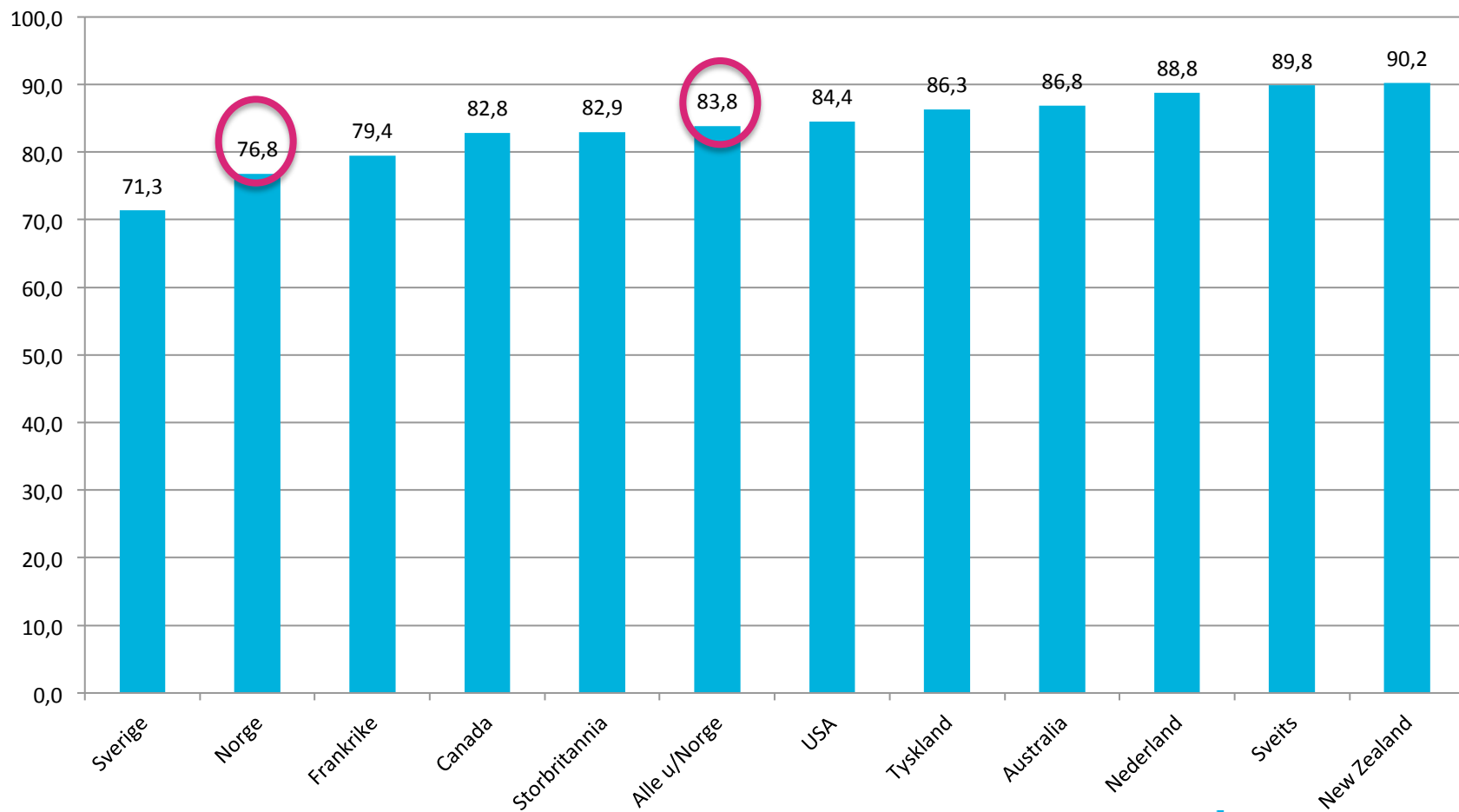


Telefontilgjengelighet i fastlegens kontortid (CMW 10)



Prosentandel som oppga at det er vanskelig å ringe til fastlegen i kontortiden om ett helseproblem og få de svarene man trenger

Indeks fast lege (0 til 100, 100 er beste skår), CMW 10

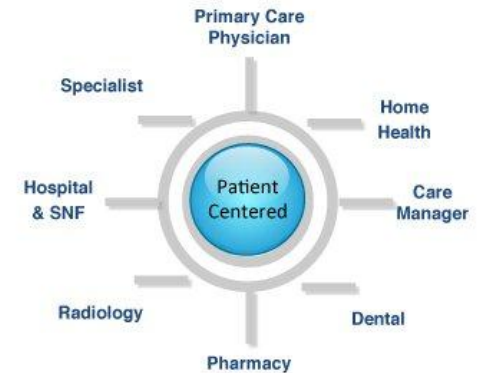


4. Bruk av data til forbedring



Nasjonale brukererfaringsundersøkelser
(www.pasopp.no)

- Spørreskjemaundersøkelser om brukererfaringer, som grunnlag for:
 - **Faglig kvalitetsforbedring**
 - Virksomhetsstyring
 - Fritt brukervalg
 - Åpenhet om helsetjenestens resultater
- Nasjonale undersøkelser i 2014:
 - Somatiske sykehus (samme som 2011-2013)
 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (samme som 2013)
 - Psykisk helsevern døgn (ny)
 - Brukererfaringer med fastleger (del av utviklingsprosjekt)
 - Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre (06, 08, 11)



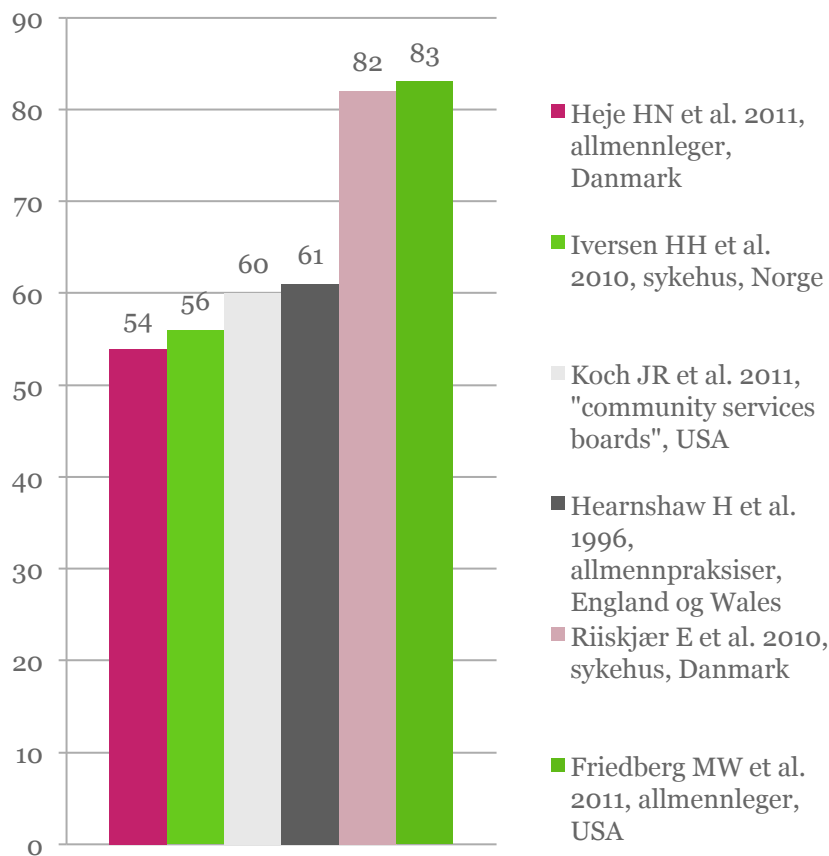
Barrierer spørreskjemadata

- Mulige barrierer for å benytte spørreskjemadata fra pasienter i kvalitetsforbedring:
 - Organisatoriske (f.eks. prioriteringer)
 - Fagrelaterte (f.eks. skepsis blant klinikere)
 - Datarelaterte (f.eks. manglende kompetanse)
- Viktig å:
 - utvikle virksomheter som støtter pasientsentrert omsorg,
 - ha kvalitetsforbedringskapasitet og mottagelighet for resultatene,
 - ha lederskap som støtter opp under kvalitetsforbedringsarbeidet,
 - ha teknisk ekspertise på data.

Davies E, Cleary PD. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. Qual Saf Health Care. 2005 Dec;14(6):428-32.

Brukes brukererfaringsdata i lokalt kvalitetsarbeid?

Figur. Prosentandel som rapporterer bruk av data



International Journal for Quality in Health Care Advance Access published August 20, 2014

International Journal for Quality in Health Care 2014; pp. 1-14

10.1093/ijq/hcu077

The use of data from national and other large-scale user experience surveys in local quality work: a systematic review

MONA HAUGUM, KIRSTEN DANIELSEN, HILDE HESTAD MERSEN AND OYVIND BJERTNAES

Department for Quality and Patient Safety, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway

Address reprint requests to: Mona Haugum, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Bolks 7004 St Olavs plass, 0130 Oslo, Norway. Tel: +47-92-45-75-60; Fax: +47-23-25-50-10; E-mail: moh@norkc.no

Accepted for publication 1 July 2014

Abstract

Purpose. An important goal for national and large-scale surveys of user experiences is quality improvement. However, large-scale surveys are normally conducted by a professional external surveyor, creating an institutionalized division between the measurement of user experiences and the quality work that is performed locally. The aim of this study was to identify and describe scientific studies related to the use of national and large-scale surveys of user experiences in local quality work.

Data sources. Ovid EMBASE, Ovid MEDLINE, Ovid PsycINFO and the Cochrane Database of Systematic Reviews.

Study selection. Scientific publications about user experiences and satisfaction about the extent to which data from national and other large-scale user experience surveys are used for local quality work in the health services.

Data extraction. Themes of interest were identified and a narrative analysis was undertaken.

Results of data synthesis. Thirteen publications were included, all differed substantially in several characteristics. The results show that large-scale surveys of user experiences are used in local quality work. The types of follow-up activity varied considerably from conducting a follow-up analysis of user experience survey data to information sharing and more-systematic efforts to use the data as a basis for improving the quality of care.

Conclusion. This review shows that large-scale surveys of user experiences are used in local quality work. However, there is a need for more, better and standardized research in this field. The considerable variation in follow-up activities points to the need for systematic guidance on how to use data in local quality work.

Keywords: quality of health care, survey, follow-up studies, patient experiences, patient satisfaction, review

Forbedringer - hva skal til?

Insentiv for endring hvis det er:

- (1) tilstrekkelig validitet
- (2) resultater på lavt nivå og enheter har lavere resultat enn andre enheter;
- (3) åpenbare tiltak for å forbedre resultatene.

Riiskjaer E, Ammentorp J, Nielsen JF, Kofoed PE. Patient surveys--a key to organizational change? Patient Educ Couns. 2010 Mar;78(3):394-401.

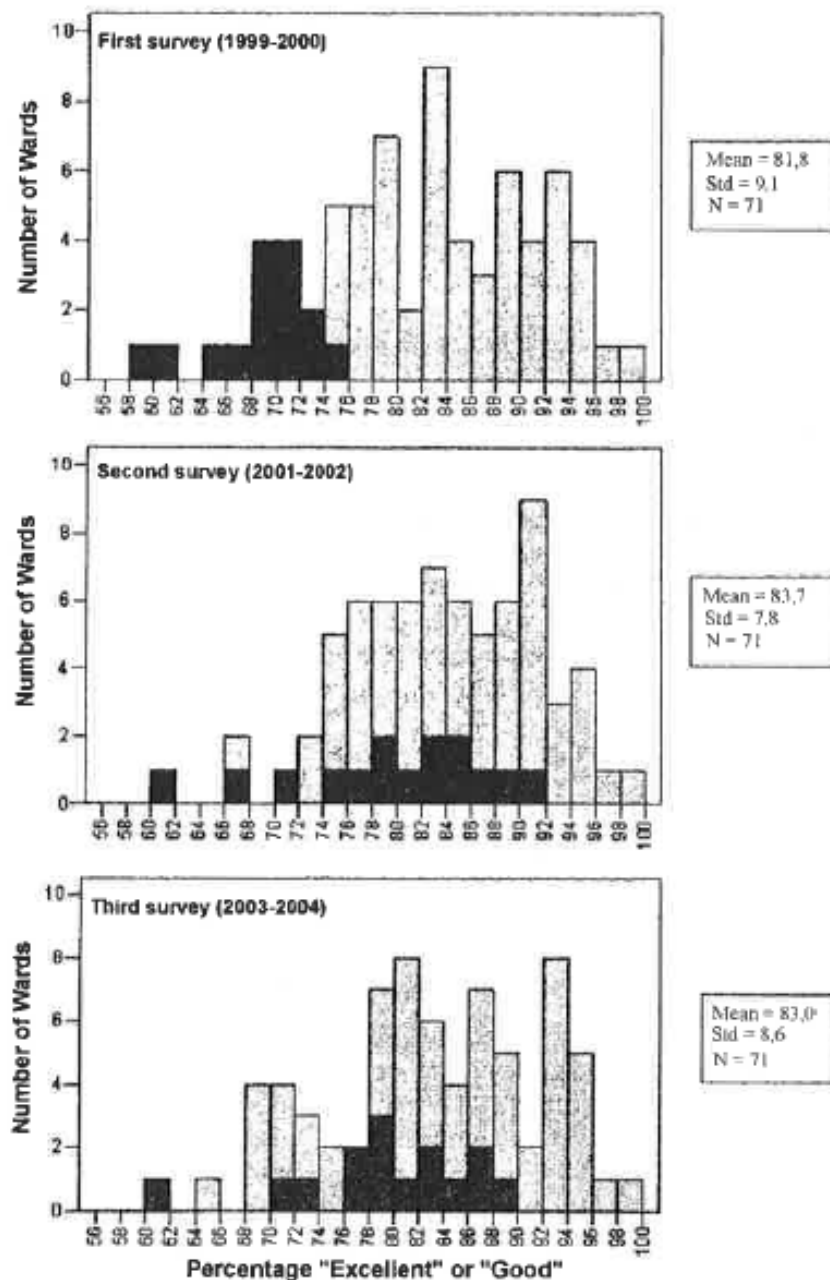
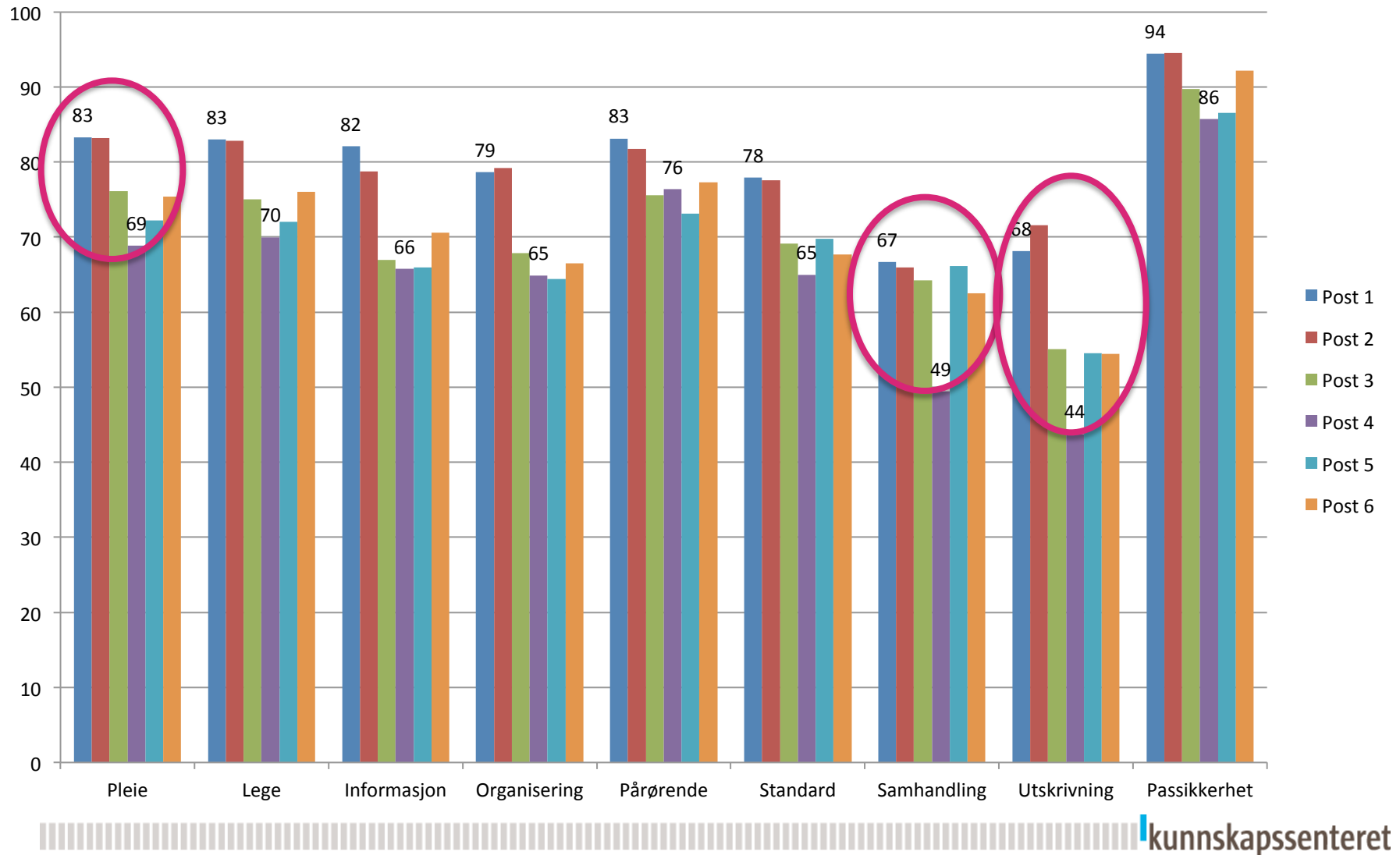


Fig. 2. Changes in overall patient satisfaction for the 71 comparable wards. Percentage of patients answering "Excellent" or "Good" in 1999-2000, 2001-2002, and 2003-2004. The shaded columns represent the quintile of the wards with the least-satisfied patients at the first survey.

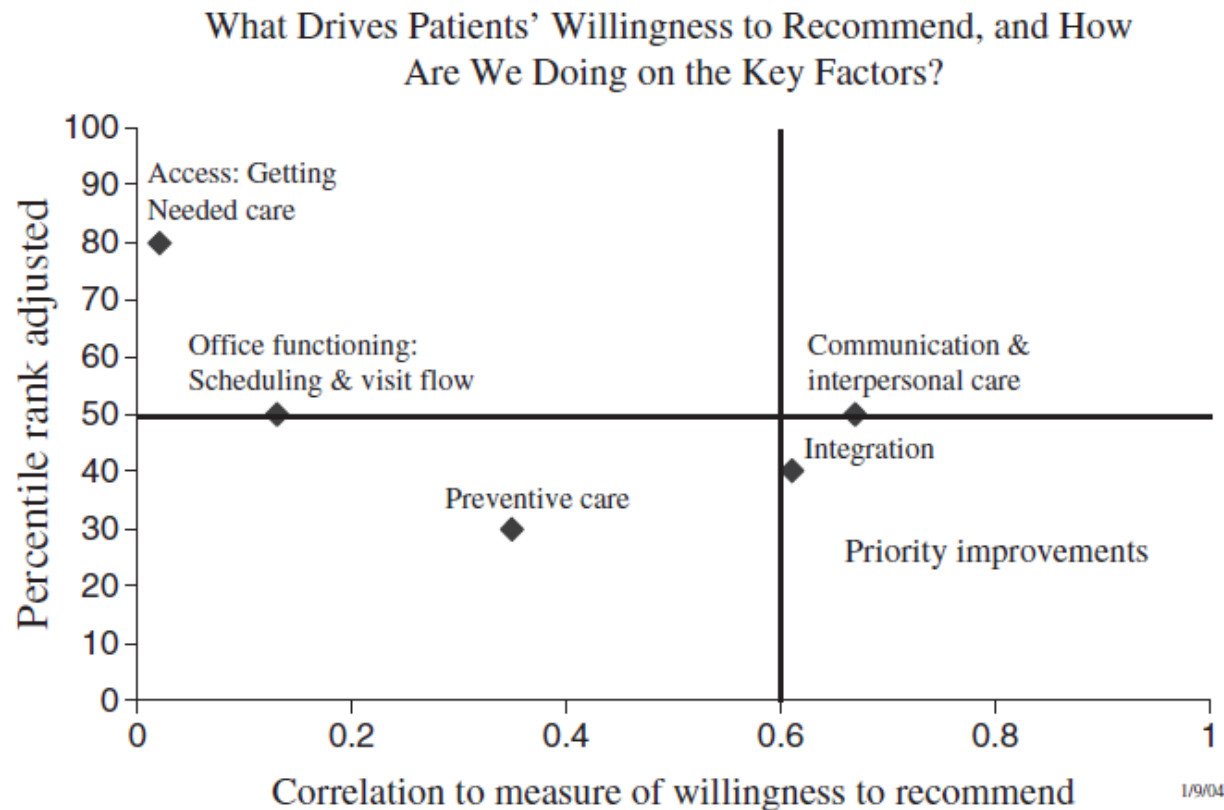
Lavt nivå (poster Lovisenberg 2013)

(Uvektet/ujustert)



En metode for å velge innsatsområder

Davies E, et al. Evaluating the use of a modified CAHPS survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative. *Health Expect*. 2008 Jun;11(2):160-76.



Hva er viktigste innsatsområder? (post 1 og 4 på Lovisenberg)

POST 1	Pleie	Lege	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Samhandling	Utskrivning	Passikkerhet
Post 1 diff snitt	5	5	8	6	6	4	4	6	2
Post 1 prioritet	0,65	0,53	0,54	0,58	0,52	0,68	0,32	0,35	0,09
POST 4									
Post 4 diff snitt	-10	-8	-8	-8	-1	-8	-13	-18	-6
Post 4 prioritet	0,67	0,75	0,51	0,71	0,5	0,59	0,34	0,3	0,72

CAHPS improvement guide - intervensjoner

- [Open Access Scheduling for Routine and Urgent Appointments](#)
- [Streamlined Patient Flow](#)
- [Access to Email for Administrative Help and Clinical Advice](#)
- [Internet Access for Health Information and Advice](#)
- [Rapid Referral Programs](#)
- [Changes in Policies and Processes and Applications of Information Technology](#)
- [Training to Advance Physicians' Communication Skills](#)
- [Tools to Help Patients Communicate Their Needs](#)
- [Shared Decisionmaking](#)
- [Support Groups and Self-Care](#)
- [Delivery of Evidence-Based Information](#)
- [Planned Visits](#)
- [Group Visits](#)
- [Listening Posts](#)
- [Patient and Family Advisory Councils](#)
- [Service Recovery Programs](#)
- [Standards for Customer Service](#)
- [Reminder Systems for Preventive Services and Immunizations](#)



NHS: evidence, retningslinje og standarder

<http://pathways.nice.org.uk/pathways/patient-experience-in-adult-nhs-services>

- Generisk retningslinje (2012)
- 335 sider med fokus på hva som er viktig for pasientene og tiltak for forbedring av pasienterfaringer
- Tematisk inndelt
- Oppdatering publisert i 2014

NCGC National Clinical Guideline Centre

Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services

Patient experience in generic terms

Clinical Guidance

Methods, evidence and recommendations

February 2012

Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence



Review om brukerorienterte intervensjoner i kliniske konsultasjoner (2012)

- 43 randomiserte studier
- Hovedsakelig opplæringstiltak (korte, lange)
- Effektive i å overføre kompetanse i brukerorientering til helsepersonell
- Blandede effekter på pasienttilfredshet, helseatferd og helse

Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review)

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorski A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2012, Issue 12

<http://www.thecochranelibrary.com>

WILEY

Pasientenes forslag til forbedringer – standard Lovisenberg post 1

Bedre renhold

*Litt bedre renhold på
rommene, gulvet*

Bedre renhold!

Rengjøring på bad og rom

*Men jeg synes ikke de som
vasket gulvene var veldig
nøye. Tok bare en liten
sveip midt på gulvet*

*Å få sengen redd må være
mulig uten at pasienten
ber om dette ved
innsetting av en total
kneprotese med
skrekkelige smerter*

*Være sikker på at maten
kan tilpasses diabetikere
bedre*

*Maten kunne kanskje
holdt en bedre standard ...*

*Jeg fikk ingen informasjon
om tidspunkter for
matservering*

*Enkelte av de som står for
matservering bør ha større
respekt for pasientene, å
være litt mer hjelpelige og
hyggelige*

*Forslag til forbedring må
være maten. Nokså kald
middag. .. På baderom var
det mangel på forhøyet
sete på toalettene*

Koseligere dag og spiserom

*En mangel på sengen, den
manglet noe man kunne
løfte seg opp fra liggende,
med armene*

*Akkurat da jeg var i ferd med å
sovne ved midnatt rusket
antakelig en sikkerhetsvakt
HARDT i døren min (som var
låst), og jeg skvatt til og det var
vanskelig å komme inn igjen i
søvn. ... Man kan vel bare
henge opp et skilt på utsiden
med «sovende pasient»*

5. Nye trender

Kvalite

<http://www.cms.gov>

erfaringer

ng/

How Will H
Total Pe

Clin
Don

al
nance
re

Kvalitetspott til Helse Midt -adressa.no - Windows Internet Explorer provided by Kunnskapssenteret

<http://www.adressa.no/nyheter/helse/article8227583.ece>

Convert Select

Favorites Web Slice Gallery

Kvalitetspott til Helse Midt -adressa.no



VIL BELØNNE. - Vi vil at pengebruken i økende grad skal styres ut i fra kvalitet, sier Støre. NTOR: OUS/NTOR

Kvalitetspott til Helse Midt

Støre vil gi Helse Midt-Norge 23,8 friske millioner på grunn av kvaliteten på behandlingen.

Helse Sør-Øst vil tape 26 millioner kroner på at de ikke scorer like godt på kvalitetsmål som brukererfaring og resultat på pasientbehandling.

- Dette er et lite forsøk nå å gjøre

Dagens deale fra Letaleset.no

Helse



oktober 31, 2014

kunnskapssenteret

List of quality statements

Statement 1. Patients are treated with dignity, kindness, compassion, courtesy, respect, understanding and honesty.

Statement 2. Patients experience effective interactions with staff who have demonstrated competency in relevant communication skills.

Statement 3. Patients are introduced to all healthcare professionals involved in their care, and are made aware of the roles and responsibilities of the members of the healthcare team.

Statement 4. Patients have opportunities to discuss their health beliefs, concerns and preferences to inform their individualised care.

Statement 5. Patients are supported by healthcare professionals to understand relevant treatment options, including benefits, risks and potential consequences.

Statement 6. Patients are actively involved in shared decision making and supported by healthcare professionals to make fully informed choices about investigations, treatment and care that reflect what is important to them.

Statement 7. Patients are made aware that they have the right to choose, accept or decline treatment and these decisions are respected and supported.

Statement 8. Patients are made aware that they can ask for a second opinion.

Statement 9. Patients experience care that is tailored to their needs and personal preferences, taking into account their circumstances, their ability to access services and their coexisting conditions.

Statement 10. Patients have their physical and psychological needs regularly assessed and addressed, including nutrition, hydration, pain relief, personal hygiene and anxiety.

Statement 11. Patients experience continuity of care delivered, whenever possible, by the same healthcare professional or team throughout a single episode of care.

Patient
NHS sen
experier
using ac

Issued: February

NICE clinical guid
guidance.nice.org.uk/q

ient
services

NHS Evidence has accredited the process to produce guidelines. Accreditation is valid for production since April 2007 using the process updated 2009. More information on accreditation.
© NICE 2012



Pasientevaluering - ikke bare brukererfaringer

- Patient c
 - ✓ Patier
 - Exper
- Effective
 - ✓ Patier
 - Outco
- Safety:
 - ✓ Patier
 - Incide

Downloaded from qualitysafety.bmj.com on February 7, 2014 - Published by group.bmj.com

ORIGINAL RESEARCH

 OPEN ACCESS



► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001756>).

Department for Quality and Patient Safety, The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway

Correspondence to Dr Oyvind Bjertnaes, Department for Quality and Patient Safety, The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Boks 7004 St Olavs plass, Oslo 0130, Norway; oan@kunnskapsenteret.no

Received 13 December 2012
Revised 4 April 2013
Accepted 11 April 2013
Published Online First 14 May 2013

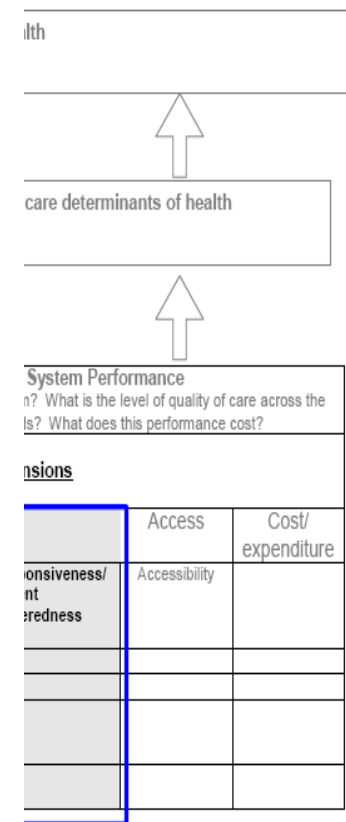
The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I): assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability

Oyvind Bjertnaes, Kjersti Eeg Skudal, Hilde Hestad Iversen, Anne Karin Lindahl

ABSTRACT
Background The objective of this study was to test the data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability of the Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I).
Methods 13 incident questions were included in a national patient-experience survey in Norway during the spring of 2011. All questions and a composite incident index were assessed by calculating missing-item rates, test-retest reliability and hospital-level reliability.
Results Five of the 13 patient-incident questions had a missing-item rate of >20%. Only one item met the criterion of 0.7 for test-retest reliability (wrong or delayed diagnosis), seven items had a score of >0.5, while the remainder had a reliability score of <0.5. However, the reliability was >0.7 for six of 10 items tested at the hospital level, and >0.6 for the remaining four items. A patient-incident index based on 12 of

BACKGROUND
Patient experiences and satisfaction are important determinants of the quality of healthcare.¹ Patient experiences constitute a core dimension of quality in the Organization for Economic Co-operation and Development quality indicator project, together with effectiveness and safety.² Patient experiences and satisfaction are often measured with the aid of surveys^{3–4} that have traditionally focused on patients' non-medical needs and preferences, such as the need for adequate information, communication and organisation.⁵ The safety and effectiveness components of quality have been measured using other approaches, such as mortality assessments,⁶ the Global Trigger Tool⁷ and patient-reported outcome measures.⁸ However, there is a growing interest in involving patients in the evaluation of their safety.^{9–11} Important reasons for this are an increasing focus on patient participation and empowerment in Western

ework for HCQI Project



System Performance		
n? What is the level of quality of care across the is? What does this performance cost?		
nsions		
	Access	Cost/ expenditure
onsiveness/ nt redness	Accessibility	

Friends and family test, NHS England

«How likely are you to recommend our xxx to friends and family if they needed similar care or treatment?»

- Alle pasienter ved døgnenheter på sykehus og akuttavdelinger fra 2013
- Poliklinikker/dagbehandling, GPs, mental helse, tannlege, ambulerende tjenester mm følger etter, senest 2015
- Målsetninger:
 - A tool for local service improvement
 - Providing information to empower patient choice
 - Intra-trust performance monitoring
 - Providing comparable data to hold trusts to account
- Kunnskapssenteret arbeider med norsk versjon – BOK-testen



6. Avslutning

Avslutning

- Brukerorientering er en viktig kvalitetsdimensjon
- Måling av brukererfaringer er komplekst og krever metodetriangulering og anvendt forskning
- Flere forbedringsområder når det gjelder brukerorientering i Norge
- Mange ressurser tilgjengelig til forbedringsarbeid om brukerorientering
- Systemet og kulturen må understøtte viktigheten av brukerorientering