Indhold

Indledning. 1
Problemstilling. 1
1.2. En forstærket indsats i behandlingen af kronisk syge. 1
1.3. Lokale tiltag i almen praksis. 2
1.4. Kvalitetsudvikling – hvordan skal forløbsprogrammet evalueres? 3
1.5. Problemafgrænsning. 5
1.6. Problemformulering. 6
Metodebeskrivelse. 6
Analyse og diskussion. 7
3.1. Hvad er kvalitet i forløbsprogrammet for diabetes? 7
3.2. Hvilken kvalitet kan patienterne evaluere? 9
3.3. En videnskabsteoretisk begrundelse for patientevaluering. 11
3.4. Sammenfatning af analyse og diskussionsafsnittet. 12
4.0. Begrundelse for valg af undersøgelsesdesign. 13
Forberedelse af en patientevaluering. 14
5.1. Fastlæggelse af formål og målgruppe. 15
5.2. Sikre ledelsesmæssig forankring. 16
5.3. Fastlæggelse af tidsplan. 17
5.4. Fastlæggelse af ressourcebehov. 18
5.5. Inddrage relevante personer. 18
5.6. Fastlæggelse af temaer og problemstillinger. 19
Overvejelser bag spørgeskemakonstruktionen. 21
6.1. Spørgsmålstyper. 21
6.2. Baggrundsspørgsmål. 25
6.3. Spørgsmålsrækkefølge. 26
6.4. Svarkategorier. 26
6.5. Layout. 27
6.6. Validitet. 27
Metodekritik. 28
Konklusion. 29
Perspektivering. 30
Litteraturliste 31
Sekundær litteratur. 34
Bilagsfortegnelse. 36

Indledning.

Udgangspunktet for denne opgave er, en undren over at Sundhedsstyrelsen ikke stiller krav til almen praksis om en patientevaluering af forløbsprogrammerne for de kronisk syge. Min erfaring som konsultationssygeplejerske er, at Kronikermodellen er blevet positivt modtaget og forløbsprogrammerne er delvis blevet implementeret i almen praksis.

Vi har i almen praksis viden om kroniske sygdomme og symptomer og "mestrer" det at informere og vejlede patienterne. Men kun patienterne ved, hvordan det er at leve med en kronisk sygdom. Konkret viden om patienternes oplevelser og erfaringer med forløbsprogrammerne er derfor nødvendig for reelt at kunne kvalitetsforbedre forløbene. Formålet med denne opgave er at vurdere, om vi i almen praksis kan bruge patientevaluering til at udvikle kvaliteten af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom.

Problemstilling.

Det er en stor udfordring for det danske sundhedsvæsen at sikre kvalitet i forløbet hos patienter med kronisk sygdom. Det vurderes, at ca. en tredjedel af alle danskere lider af en eller flere kroniske sygdomme, og på grund af den demografiske udvikling og en voksende ældrebefolkning vil antallet af patienter med kronisk sygdom stige med en tilvækst på ca. 300.000 frem til år 2020 (Knudsen 2008. s. 147-9).

Ifølge Knudsen *et al* er der betydelige kvalitetsproblemer i den indsats, som samfundet yder de kronisk syge. Forebyggelsen er utilstrækkelig, ikke alle patienter får den optimale evidensbaserede behandling, og inddragelsen af den enkelte patient og understøttelse af dennes ressourcer til at yde egenomsorg sker ikke systematisk hos de praktiserende læger (ibid, s. 147-9).

Der er i øjeblikket meget fokus på ovenstående kvalitetsproblemer - både i de enkelte almen praksis, i Regionerne og i DAK-E (Dansk Almenmedicinsk Kvalitets Enhed).

1.2. En forstærket indsats i behandlingen af kronisk syge.

I Danmark, hvor Sundhedsstyrelsen med "Kronikermodellen" (Chronic Care Model, bilag 1) har udstukket retningslinjer for planlægningen af forløbsprogrammer, der handler om håndteringen af kronisk sygdom, er formålet at sikre sammenhæng mellem de forskellige

indsatser og at fremme en fælles målsætning mellem patienten og de forskellige sundhedsprofessionelle (Eriksson, T. Friborg, S.Grosen, L. 2008).

Region Midtjylland (RM) modtog derfor i efteråret 2009 kr. 81 millioner fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats i behandlingen af kronisk syge patienter for perioden 2010-2012. Bevillingen skete med henblik på at sikre udviklingen af den kroniske behandling i det sammenhængende sundhedsvæsen.
En del af bevillingen blev prioriteret til projekter i almen praksis (Pedersen, C. 2010).
På baggrund af denne bevilling har Region Midtjylland udarbejdet visioner og strategier for en bedre indsats for kronikerne ud fra Kronikermodellen (Region Midtjylland, 2007). I den forbindelse er der i kvalitetsprojektet - ”Kronikerkompasset” - blevet udarbejdet 3 regionale forløbsprogrammer for henholdsvis diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme.

Med henblik på implementeringen af de 3 forløbsprogrammer har almen praksis haft muligheden for at deltage i regionale temadage, der har givet os redskaber (PDSA-cirklen) og viden til at organisere vores del af indsatsen. Der blev lagt op til, at almen praksis skulle udvælge et eller flere udviklingstiltag i forhold til kronikerne i egen praksis - eksempelvis ved hjælp af PDSA-cirklen. Der er fra Regionens side ikke opstillet standarder og indikatorer, der kan måle og evaluere den kvalitet, vi i almenpraksis tilbyder vore kronikere. Der er i stedet opstillet guidelines og formål for forløbsprogrammet, som vi i almen praksis kan anvende. Der er endvidere lagt op til, at vi internt i praksis anvender PDSA-cirklen, og selv vurderer og evaluerer vore arbejdsgange. (Sundhed.dk. 2010) .

1.3. Lokale tiltag i almen praksis.

Vi valgte i vores klinik, for ca. et år siden - som en begyndelse - at implementere forløbsprogrammet for diabetikere. Målet var at optimere, kontrollerne og ensrette behandlingen inden for de rammer, der fra Regionens side var lagt op til (bilag 2). På et personalemøde blev der udarbejdet en arbejdsgangsanalyse ved hjælp af et rutediagram. Vi så på patientens ”gang” i klinikken, gennemgik Kronikerkompassets formål med forløbsprogrammet, og ud fra kliniske retningslinjer blev der udarbejdet et flowchart til klinikkens kontrol af diabetikerne (bilag 3). Diabetespatienterne tilses primært af sygeplejersken hver 3. måned i klinikken og en gang om året af egen læge.

Formålene med forløbsprogrammet for diabetes:

- At patienten opnår en forbedret livssituation og undgår en forværring af sin kroniske sygdom ved den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.
- At patienten bliver bevidst om sin egen sygdom og får handlekompetencer, der understøtter sunde valg.
- At patienten bliver i stand til at fastholde nye vaner med henblik på bedring af livskvaliteten.

Implementeringen af et forløbsprogram for diabetes har på en række områder givet både læger og sygeplejersker i klinikken nye erfaringer. Det er primært større inddragelse af patienterne og ændring af organiseringen af den sundhedsfaglige indsats, hvor den praktiserende læge og sygeplejerske i modsætning til før nu har fået tovholderfunktionen for de kronisk syge.
Ligeledes har vi i almen praksis nu mulighed for at anvende et elektronisk stratificeringsredskab til registrering af de kroniske patienter. Derved kan vi præsentere en specifik patientpopulation med relevante tværsektorielle data (laboratoriedata, medicindata, hospitalsdata o. lign.), der er trukket fra eksisterende registre og identificerende ud fra algoritmer. Stratificeringsredskabet kan vi i almen praksis anvende til søgning på indsatsområder og patientgrupper, som kræver en særlig indsats.
Det vigtige er, at disse erfaringer opsamles og anvendes til udvikling af forløbsprogrammet.
Derudover er det vigtigt ifølge Sundhedsstyrelsen, at vi i almen praksis løbende opdatere forløbsprogrammet med ny viden på området (Sundhedsstyrelsen 2008).
Derfor vil stratificeringsredskabet i denne opgave blive anvendt til at identificere en patientgruppe, som kræver en særlig indsats.

1.4. Kvalitetsudvikling – hvordan skal forløbsprogrammet evalueres?

En af Region Midtjyllands visioner er at opnå en ensartet høj kvalitet, og at denne fortløbende udvikles (Region Midtjylland, 2007). Men hvad er kvalitet i denne sammenhæng? Kvalitet kan være vanskelig at definere, og begrebet er ikke i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne afklaret. Måske medfører det, at den kvalitet, vi tilbyder vore kronikere

i almen praksis, bliver meget forskellig, afhængig af den indsats og den forståelse den enkelte læge eller sygeplejerske har af kvalitet.

Hvis kvaliteten skal udvikles med succes, mener Region Midtjylland, at der må udvikles en kvalitetskultur, som udspringer af Regionens visioner, mål og værdier (Region Midtjylland, 2007). Hvilket også må være gældende for almen praksis.
Kvalitetsudviklingsarbejdet må derfor være ledelsesmæssigt forankret på alle niveauer, og man skal derfor sikre, at man også i praksissektoren påtager sig ejerskab for kvalitetsudviklingsprocessen. Ligeledes må den enkelte medarbejder påtage sig et medansvar i denne udviklingsproces (ibid).

Oftest foretages der en samlet vurdering af kvaliteten ud fra en sundhedsfaglig, en økonomisk-organisatorisk og en patientanskuet dimension. Fagligt ses det fra et professionelt perspektiv, og man sammenligner den aktuelle praksis med standarder for klinisk praksis, og det vurderes om de økonomiske, personalemæssige og anlægsmæssige resurser udnyttes optimalt. For at måle patienternes oplevelse af kvaliteten, må der skaffes informationer om, i hvor høj grad patienterne oplever ydelserne som tilfredsstillende (Heje, H., Gut, R., Vedsted, P. 2009). Det vil med andre ord sige, at en patientevaluering kan medvirke til at belyse, hvordan patienterne oplever kvaliteten og dermed indgå i en samlet vurdering af ydelsernes kvalitet.

Traditionelt har sundhedsprofessionelle ikke tidligere haft brug for at spørge om patienternes oplevelser og opfattelser, fordi vi har kunnet intervenere udelukkende på baggrund af viden om diagnoser og fysiske symptomer på et objektivt videnskabeligt grundlag (Wackerhausen S, 2002). Historisk set har dette påvirket de sundhedsprofessionelles tilgang. I et debatoplæg i ugeskriftet ”Mandag morgen” om det 21. århundredes patientkultur skrives der, at: *”Sundhedspersonalet har haft monopol på at definere patientens behov og svaret på dem – det traditionelle svar har været, at patientens behov skal være styrende, underforstået som det sundhedsfaglige personale forstår dem*” (Mandag morgen, 1999). Sundhedsvæsenet har de seneste år stået over for en udfordring, hvor både patienter og patientforeninger har ønsket nye måder at samarbejde på (Danske patienter, 2008). Dette understøttes også i den internationale litteratur med øget fokus på patientdeltagelse i pleje og behandling både sundhedspolitisk og fagligt (Grum M, 2008).

Forskellig fra flere andre sundhedsvidenskabelige teorier er Kronikermodellen i sin teoretiske udvikling empirisk underbygget. Der findes skemaer, der kan benyttes til at identificere områder, som er egnet til forbedring, (Assessment of Chronic Illness Care, ACIC) og til vurdering af graden af patientevalueret egenomsorg (The Patient Assessment of Chronic Illness Care, PACIC). Instrumenterne findes endnu ikke på dansk, og ved indførelse af Kronikermodellen i det danske sundhedsvæsen vil det være naturligt at oprette en funktion til at oversætte og validere disse instrumenter i Danmark (Vedsted, P. 2006).
Vi har som sygeplejersker i almen praksis viden om kroniske sygdomme og symptomer og er eksperter i at informere og vejlede. Men kun patienterne ved, hvordan det er at leve med en kronisk sygdom. Konkret viden om patienternes oplevelser og behov er derfor nødvendig for reelt at kunne vejlede den kronisk syge med udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov.
En af sundhedsvæsenets væsentlige opgaver er at skabe patienttilfredshed. Tilfredshed fordi patienterne har modtaget en effektiv behandling med høj faglig standard i et sammenhængende forløb, der er ydet ud fra en effektiv resurseudnyttelse (Heje, H. 2009).

1.5. Problemafgrænsning.

Det vil være interessant at få belyst, om der fortsat er et kvalitetsproblem i den indsats, som samfundet yder de kroniske syge, efter at ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har øget indsatsen med Kronikermodellen. Der er i praksis blevet arbejdet målrettet med at få implementeret forløbsprogrammerne, men spørgsmålet er nu, om disse også har højnet kvaliteten.
Derfor er det vigtigt på den ene side at sikre implementeringen af indholdet i det enkelte forløbsprogram og på den anden side at følge, om forløbsprogrammet fungerer efter hensigten og opfylder sit formål. Vi må i almen praksis sikre os, at patienterne opnår øget bevidsthed om egen sygdom, får handlekompetencer og oplever en forbedret livskvalitet med deres kroniske sygdom.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet bliver oftest vurderet ud fra en sundhedsfaglig, økonomisk-organisatorisk og patientoplevet dimension. Patientperspektivet er i stadig stigende grad kommet i fokus i sundhedsvæsnet, og patientundersøgelser er blevet et vigtigt redskab til udvikling af kvaliteten i sundhedsvæsnet. Der er endnu ikke i den danske udgivelse af

Kronikermodellen guidelines for, hvordan vi i almen praksis identificerer områder, som er egnet til forbedringer eller til vurdering af graden af patientevalueret egenomsorg.

Vi har i klinikken implementeret forløbsprogrammet for diabetes, og internt er vi interesseret i at finde ud af, om vi ud fra en patientoplevet dimension lever op til de formål, der ligger til grund for forløbsprogrammet.
Formålet med denne opgave er at undersøge, hvordan vi i almen praksis kan evaluere forløbsprogrammet for diabetes ud fra et patientoplevet perspektiv.

1.6. Problemformulering.

Hvad forstås der ved kvalitet i forløbsprogrammet for type 2 diabetes, og hvilket kvalitetsperspektiv er patienterne i stand til at evaluere? Hvis vi evaluerer forløbsprogrammet ud fra et patientperspektiv - hvordan kan en patientevaluering så indarbejdes, som en del af en løbende kvalitetsudvikling af forløbsprogrammet for diabetes i almen praksis?

Metodebeskrivelse.

Til belysning af problemformuleringen har jeg valgt at dele opgaven i to overordnede afsnit. Inden jeg kommer frem til, *hvordan* en patientevaluering indarbejdes som en del af en kvalitetsudvikling, er det vigtigt at belyse, hvad der i dag anses for at være kvalitet i forløbsprogrammet. Spørgsmålet er dog: Hvad er kvalitet set ud fra et patientperspektiv? For at kunne besvare dette inddrages professor Peter Dahler-Larsens bog: *Kvalitetens beskaffenhed* i analyseafsnittet, der indgående og refleksivt behandler kvalitetsbegrebet. Efterfølgende diskuteres der ud fra Donabedians teori, hvilken kvalitet det er, vi kan forvente, patienterne er i stand til at vurdere. Donabedian inddrages, fordi han er sundhedsvæsenets ”grand-old-man” i forskning omkring kvalitet. Hans udgangspunkt er naturvidenskabelige metoder, som skal afdække kvaliteten af pleje og behandling. Senere i hans forfatterskab vægter han patientens oplevelse af kvalitet med samme styrke, og han bliver optaget af at udvikle metoder til at indfange denne viden. Jeg tager i afsnittet udgangspunkt i Donabedians originallitteratur, og supplerer med sygeplejerske og cand.scient.soc. Marianne Nord Hansens

delpublikation: ”*Omsorg i de mellemmenneskelige relationer i sundhedsvæsenet”*, som også inddrager hans teorier.
For at forstå, hvorfor vi i sundhedsvæsenet bør evaluere ud fra et patientoplevet perspektiv og ikke kun et økonomisk og fagligt perspektiv, inddrages Habermas grundbegreber ”system” og ”livsverden”, der belyser menneskers ideologiske bånd. I denne fortolkning tages der udgangspunkt i cand.mag. fil. og psych. Jacob Birklers bog: *Videnskabsteori.*

I det efterfølgende afsnit redegøres der for valg af undersøgelsens design, hvor der ses på fordele og ulemper ved kvalitative og kvantitative undersøgelsesmetoder.
I fremlæggelsen af hvilke overvejelser der ligger bag patientevalueringen af forløbsprogrammet til diabetikere, tages der udgangspunkt i *”Spørg brugerne” – en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsnet,* udarbejdet af Region Hovedstadens Enhed for brugerundersøgelser. Bogen er fra 2011 og tænkt som vejledning til sundhedsfagligt personale, som skal tilrettelægge og gennemføre en brugerundersøgelse. Dertil suppleres med bogen ”*Spørgeskemaer i virkeligheden”* af Niels-Henrik M. Hansen, Bella Marckmann og Ester Nørregård-Nielsen.
Opgaven understøttes flere steder af argumenter med Bente Bjørnholts teorier om patientevaluering som kvalitetsmål.
Endvidere er der udarbejdet en metodekritik af patientevalueringen og afslutningsvis konkluderes der på opgaven, og der laves en perspektivering ud fra problemstillingen.

Analyse og diskussion.

3.1. Hvad er kvalitet i forløbsprogrammet for diabetes?

På landsplan har der i almen praksis ikke været tradition for at fokuser på kvalitetsudvikling. Først i 2003 ved landsoverenskomsten blev det besluttet af de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og den daværende Amtsrådsforening, at der skulle afsættes penge til kvalitetsudvikling (DAK-e).
De årlige økonomiaftaler mellem Finansministeriet, Regionerne og faglige overenskomster indeholder i dag økonomiske incitamenter, som honorerer bestemte handlinger i almen praksis.

Den tilsigtede adfærdsregulerende effekt af de økonomiske incitamenter er en grundlæggende antagelse om, at aktørerne vil handle på en måde, der fremmer egne økonomiske interesser (Knudsen JL, Christensen ME og Hansen B. 2008).

I forbindelse med implementeringen af Kronikermodellen blev der indført en ny honoreringsydelse til de praktiserende læger, som gives pr. registeret kroniker. Honoreringsydelsen er på 1100 kr. årligt og er forbundet med krav til det faglige og det praktiske indhold. Ydelsen betinger, at den praktiserende læge arbejder med *kvalitetsmålinger* af et sæt standarder og indikatorer for diabetes, som i 2004 blev udviklet i Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK). I standarderne for diabetes skal lægen aftale individuelle behandlingsmål med patienten og gennemføre livsstilssamtaler. Der er formuleret indikatorer for diabetesbehandlingen på følgende områder:

- Reduktion af forhøjet HbA1c
- Blodtryksmåling
- Hypertensionsbehandling
- Individuelle behandlingsmål
- Livsstilssamtale (DAK-E. 2007).

Ydelsen betinger endvidere, at patienten som et minimum modtager 2 konsultationer årligt med et nærmere fastlagt indhold. Derudover skal lægen også diagnoseregistrere patienterne. Formålet med indikatormålingerne er at fremme en objektiv evaluering af kvalitet, så kvaliteten kan dokumenteres i almen praksis. *Kvalitetsmålinger* bliver derfor registreret i en almenmedicinsk database (ibid).

Spørgsmålet er, om dette er kvalitet set ud fra et patientperspektiv.

Der findes ifølge litteraturen ingen entydig definition på kvalitet, idet kvalitet langt hen ad vejen er subjektiv. Ifølge Bjørnholt rummer kvalitetsbegrebet mange dimensioner, som i vid udstrækning bygger på værdier (Bjørnholt 2008). Kvalitetsbegrebet må derfor for at give mening for denne opgave sættes ind i den konkrete kontekst og anskues ud fra subjektive værdier. Konteksten er almen praksis og de subjektive værdier er patienternes.

Det er vanskeligt at definere begrebet kvalitet og endnu vanskeligere at måle. Peter Dahler-Larsen kommer i en analyse af kvalitetens beskaffenhed frem til, at kvalitetsbegrebet ikke kan indkredses præcist, eller påduttes et bestemt og veldefineret indhold. Begrebet er i sit indhold åbent, og indholdet af begrebet bestemmes af den måde, hvorpå det anvendes i en given situation (Dahler-Larsen, P. 2008).

Begrebet kvalitet er ikke defineret i Kronikermodellen, hvilket stemmer overens med Dahler-Larsens analyse. For hvad er kvalitet i forløbsprogrammet, og hvem kan definere kvaliteten? Er det overhovedet muligt at lade patienterne identificere, hvad der for dem er kvalitet i forløbsprogrammet?

Ifølge Peter Dahler-Larsen slipper vi ikke for at forholde os til, hvad der for os er kvalitet. Alle ønsker mere kvalitet, og begrebet kvalitet er i dag blevet allestedsnærværende, organiseret og offentligt. Allestedsnærværende, fordi vi i alle livssituationer forventer, at der er kvalitet til stede. Organiseret, fordi kvalitetssikring, dokumentation og udvikling allerede er sat i system i form af koncepter for ledelse og organisation og offentligt, fordi en stor del af samfundets fællesanliggender i dag anskues som noget, der trænger til en kvalitetsreform.

Det er helt bevidst, at Peter Dahler-Larsen beskriver kvalitet som et begreb. Det er nemlig problemet. Kvalitet betyder noget forskelligt for os, og enhver kan og vil altid lægge sine egne vurderinger ind i dette åbne begreb (Dahler-Larsen 2008, s. 9-13). Vi kan som sundhedspersonale ikke vurdere, hvad der for patienterne er kvalitet. Vi må derfor ud fra en patientevaluering vurdere, hvad der overordnet er kvalitet for patienterne. Selvom vi forsøger at identificere, hvad kvalitet er - ud fra patienternes oplevelser, vil resultatet altid blive et overordnet skøn.

Ifølge Peter Dahler-Larsen er det samfundsmæssigt afgørende, at vi på en lang række punkter bliver enige om at koordinere vore kvalitetsbegreber for at kunne leve og fungere sammen. Alt for mange taler om et givet kvalitetskoncept, som er kvalitetsdækkende, og at den subjektive kvalitet må være alles kvalitet (ibid, s. 9-13). Dermed menes, at vi i almen praksis ikke kan tage for givet at kvalitetskonceptet – forløbsprogrammerne - vil blive modtaget som den endegyldige sandhed, idet den enkelte patient selv besidder en subjektiv forståelse af, hvad kvalitet er.

3.2. Hvilken kvalitet kan patienterne evaluere?

Oftest foretages der en samlet vurdering af kvaliteten ud fra en sundhedsfaglig, en økonomisk-organisatorisk og en patientanskuet dimension.

I den offentlige sektor skelner man mellem organisatorisk kvalitet, faglig kvalitet og oplevet kvalitet. Den *organisatoriske kvalitet* vurderes ud fra, om de økonomiske, personalemæssige og anlægsmæssige resurser udnyttes optimalt (Heje, H., Gut, R., Vedsted, P. 2009). Den *organisatoriske kvalitet* kan i almen praksis beskæftige sig med, hvordan de organiserer egne

service og procedure i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne, så også de økonomiske prioriteringer sikres.

Den *faglige kvalitet* vurderes ud fra et professionelt perspektiv, og ofte sammenlignes den aktuelle praksis med standarder for kliniskpraksis (Heje. et al. 2009). I almen praksis foreligger der på nuværende tidspunkt kun ganske få standarder for kliniskpraksis. I stedet undersøges den faglige kvalitet, - som tidligere nævnt i opgaven, - primært ved hjælp af IT datafangst, der registreres i en almenmedicinsk database.

Den *oplevede kvalitet* refererer alene til patienternes oplevelser, som er relevante ved vurdering af de aspekter af forløbsprogrammet, som for patienterne er centrale for kvaliteten (Heje. et al. 2009).

Til sammenligning skelner teoretikeren Donabedian mellem tre aspekter i et behandlingsforløb:

Det *tekniske aspekt* som omhandler diagnostik, behandling, pleje og genoptræning.

Det *interpersonelle aspekt* som vedrører samspillet mellem sundhedspersonalet og patienten. Det vil sige de psyko-sociale forhold såsom kommunikation og information samt organisering af patientforløbet. Til sidst det *organisatoriske aspekt* som handler om tilrettelæggelsen af patientforløbet i forbindelse med f.eks. koordination og kontinuitet (Donabedian A. 1991, 1992).

Spørgsmålet er, om vi kan forvente, at patienterne kan vurdere den faglige og organisatoriske kvalitet?

Der er i litteraturen er uenighed om, i hvor høj grad patienterne formår at vurdere den tekniske kvalitet (den lægefaglige ydelse) af et behandlingsforløb.

D.M. Mirvis - professor i diagnostisk radiologi og nuklearmedicin - skriver ud fra en teknologisk vurdering i tidsskriftet ”Tenessee Medicine”, at patienternes manglende medicinske viden betyder, at de kommer til at bedømme tekniske aspekter ud fra interpersonelle og organisatoriske oplevelser i form af eksempelvis imødekommenhed, kommunikation og samarbejde. (Mirvis, DM. 1998).

Ifølge Donabedian er patienten den primære kilde i evaluering af kvalitet, og patienten kan give et uundværligt bidrag til at definere betydningen af ordet kvalitet, både i forhold til den faglige kvalitet og de interpersonelle relationer (samspillet mellem lægen/sygeplejersken og patienten).

Donabedian ser den faglige behandling og det interpersonelle aspekt som gensidigt forstærkende, idet den interpersonelle udveksling er det middel, hvorved den faglige teknologiske behandling gives og opnås.
Ifølge Donabedian har patienterne også indflydelse og medbestemmelse i forhold til den faglige kvalitet. Patienterne kan med deres synspunkter definere hvilket resultat, der for dem er tilfredsstillende, og hvilke risici der er acceptable og endog bidrage med at definere, hvad der er god eller dårlig kvalitet. Donabedian fremhæver samtidig, at der vil være aspekter i den teknologiske/faglige udførelse, som patienten ikke kan vurdere.
Donabedians væsentligste budskab er, at patienterne kun kan vurdere dele af den faglige kvalitet (Donabedian A. 1991,1992. Hansen Nord, M. 2003).
Ud fra ovenstående kan vi i almen praksis ikke forvente at få et objektivt resultat, hvis vi vælger at lade patienten evaluere lægen eller sygeplejerskens faglighed, idet der i den teknologiske/faglige behandling er dele, som patienterne ikke har forudsætninger for at kunne vurdere. Patienterne er derimod altid de rette til subjektivt at vurdere, om de har modtaget den fornødne viden, der gør dem i stand til selv at kunne varetage deres kroniske sygdom indenfor de givne rammer.

3.3. En videnskabsteoretisk begrundelse for patientevaluering.

På nuværende tidspunkt evalueres forløbsprogrammet udelukkende ud fra, hvorvidt vi i almen praksis kan levere de ydelser, som forventes. Dette skal sikre, at de praktiserende læger lever op til de krav, der er forbundet med at kunne modtage honoreringsydelsen på 1100 kr. årligt.
Set ud fra en videnskabsteoretisk betragtning er det i forbindelse med en *evaluering*, afgørende, at systemet ikke tager styringen over vores livsverden.
Metodisk anvender Habermas grundbegreberne ”system og ”livsverden” til at belyse menneskets ideologiske bånd. Systemet præges af den positivistiske overbevisning, hvor alt kan forklares systematisk og kategorisk. Her vurderes, om de økonomiske, personale- og anlægsmæssige resurser udnyttes optimalt.
Livsverdenen er den subjektive levet verden, som indeholder vores kultur, identitet og indbyrdes relationer. Det er her, vi finder den trivielle hverdagserfaring og den daglige meningshorisont, som udtrykkes kommunikativt gennem vore handlinger (Birkler, J. 2006).
Det er her, vi som sundhedsprofessionelle kan møde patienten gennem sproglig kommunikation og forståelse, og derfra tage udgangspunkt i patientens oplevelser og behov.

Løsningen er ifølge Habermas en kommunikationsform, hvor vi mennesker frigøres fra et snævert systematisk rationale. Forløbsprogrammet evalueres i dag ud fra et økonomisk/fagligt perspektiv, og derfor får vi ikke indsigt i livet, levet i den subjektive verden. Gennem livsstilssamtalerne har vi mulighed for at tage udgangspunkt i patientens oplevelser og behov, men virkningen af disse evalueres ikke. Vi registrerer kun, at samtalerne har fundet sted.
Hvis vi på sigt forsætter med at evaluere forløbsprogrammet ud fra et økonomisk og fagligt perspektiv, kan vi risikere "systemets" kolonialisering af "livsverden". For at undgå dette bør vi frigøre os fra systemets positivistiske overbevisning, hvor alt kan forklares systematisk og kategorisk, og lade patienternes subjektive verden evaluere forløbsprogrammet.

3.4. Sammenfatning af analyse og diskussionsafsnittet.

Forståelsen af kvalitet i forløbsprogrammet er altså en subjektiv vurdering.
Kvalitet betyder noget forskelligt for os alle, og enhver kan og vil altid lægge egne vurderinger ind i dette begreb. Vi bør derfor i klinikken få patienternes vurdering af det, de oplever som værende kvalitet i forløbsprogrammet. Vi kan ikke "nøjes" med at evaluere det økonomiske og faglige perspektiv. Supplerer vi ikke *kvalitetsmålingerne* med det patientoplevede perspektiv, risikerer vi at gå glip af patienternes uundværlige bidrag til det, der for dem opleves som kvalitet i forløbsprogrammet. Patienterne er de mest kompetente til at evaluere den del af forløbsprogrammet, som ligger inden for deres livsverden.
Patienterne kan med deres synspunkter definere, hvilket resultat der for dem er tilfredsstillende, og hvilke risici der er acceptable. Dette betyder ikke, at det faglige perspektiv kan undværes. Der vil fortsat være behov for at vurdere det faglige indhold samt at vurdere de økonomiske betragtninger set fra en professionel vinkel.
Med en patientevaluering har vi mulighed for at anskue kvalitetsbegrebet set fra patienternes subjektive vurdering. På den måde kan vi få større indblik i patienternes livsverden, deres oplevelser og erfaringer med forløbsprogrammet. Vi kan herefter i klinikken få svar på om det, vi i dag opfatter som kvalitet også svarer til patienternes generelle opfattelse af, hvad kvalitet er.

4.0. Begrundelse for valg af undersøgelsesdesign.

Kvantitative og kvalitative undersøgelser er forskellige metoderetninger, som kan anvendes til at undersøge patienternes oplevelser, vurderinger, holdninger og behov. Valget af undersøgelsesdesign afhænger af formålet med undersøgelsen og den problemstilling, der i denne opgave ønskes belyst (Kjærgaard, J. Mainz, J. Jørgensen, T. Willaing, I. 2006).
En grundlæggende forskel på metoderne er, at en spørgeskemaundersøgelse er konstaterende (lever vi i almen praksis op til forløbsprogrammets formål), mens den kvalitative undersøgelsesmetode lidt forenklet undersøger viden om den menneskelige subjektive livsverden. De mest udbredte former for kvalitative metoder er individuelle eller fokusgruppeinterviews (Gut, R. Fuglsang, M. Rimdal, B. 2011) (Kjærgaard, J.et.al. 2006).
Ud fra en fænomenologisk forståelsesramme vil vi kunne spørge patienterne om deres oplevelser med forløbsprogrammet og på den måde opnå indsigt i deres livsverden. Efterfølgende vil vi med denne indsigt og forståelse i en diabetikers livsverden eventuelt kunne kvalitetsforbedre forløbsprogrammet, men vi risikerer med denne undersøgelsesmetode, at patientevalueringen ikke bliver repræsentativ, idet det kun er muligt at inddrage relativt få patienter (Kjærgaard, J. et al. 2006).
En spørgeskemaundersøgelse af en større gruppe af klinikkens diabetikere kan derimod være repræsentativ og velegnet som redskab til en løbende og systematisk opfølgning på kvaliteten af forløbsprogrammet. Vi har - som landsdækkende patientevalueringer - ikke mulighed for at sammenligne os med andre, da vores patientevaluering vil blive udarbejdet lokalt. Derimod har vi mulighed for at sammenligne egne resultater over tid og dermed undersøge om de ændringer og justeringer, som vi foretager, muligvis har effekt på patienternes vurdering. Derved kan en spørgeskemaundersøgelse blive et værdifuldt redskab i klinikkens arbejde til løbende at fastholde og forbedre kvaliteten (Gut, R. et al. 2011).

Ligeledes kan det være en ulempe at anvende den kvalitative metode i denne opgave, fordi patienterne i klinikken ikke har mulighed for at være anonyme, og at vi som konsultationssygeplejersker og interviewere kan være inhabile. Etisk vil det ikke være forsvarligt at udsætte patienterne for det dilemma at skulle evaluere og eventuelt tage kritisk stilling til den ydelse, vi leverer i forbindelse med forløbsprogrammet. Praktisk kunne dette problem løses ved, at vi i klinikken købte en interviewer for på den måde at sikre patienternes anonymitet.

Fordelen ved en spørgeskemaundersøgelse er, at vi kan sikre vore diabetikere anonymitet og vi undgår dermed også ”interviewer-skævhed”. Det vil sige, at patienternes besvarelser ikke påvirkes af interviewerens forskellige måder at opfatte de samme ting på (Heimann, J. 2007). Ligeledes kan det være en fordel at give patienterne tid til at tænke over spørgsmålene med et hjemsendt spørgeskema. Ulempen kan være, at svarprocenten bliver lav, idet et spørgeskema ofte får lov til at ligge og måske ikke bliver udfyldt og returneret (ibid). Desuden kan man heller ikke være sikker på, om spørgeskemaet er udfyldt af patienten selv eller af et familiemedlem.
Det altafgørende er, at vi vil få mulighed for systematisk at følge op på patienternes vurderinger, og samtidig kan vi genanvende spørgeskemaerne og dermed følge den fremtidige udvikling ved den kvantitative undersøgelsesmetode.

Forberedelse af en patientevaluering.

Udgangspunktet for denne opgave er at belyse, om vi set ud fra et patientoplevet perspektiv i klinikken leverer den ønskede kvalitet?
Formålet med ”Kronikermodellen” er at sikre sammenhæng mellem de forskellige indsatser og at fremme en fælles målsætning mellem patienten og de forskellige sundhedsprofessionelle. Formålene med forløbsprogrammet for type 2 diabetes (s. 3) er derfor i denne opgave sidestillet med formålene med rehabiliteringsforløbet for type 2 diabetes i kommunen (bilag 2). Disse formål vurderes som værende et brugbart parameter, hvorfra vi kan udføre en patientevaluering. Formålene er beskrevet og består af en række faktorer, der er indbyrdes forbundet, og som på nuværende tidspunkt endnu ikke er forankret systematisk i faglige anerkendte standarder.
For at evaluere om vi i klinikken lever op til forløbsprogrammet, vil jeg tage udgangspunkt i formålene og finde ud af, om patienterne føler sig ”klædt på” til at kunne varetage egenomsorg ud fra den støtte og vejledning, vi tilbyder dem.
Det vil sige, at formålene med forløbsprogrammet i denne opgave som udgangspunkt kommer til at fungere som en overordnet spørgeguide, og denne bliver derved en indikator for kvaliteten - set ud fra et patientoplevet perspektiv.
For at måle patienternes oplevelse af kvaliteten må der skaffes informationer om, i hvor høj grad patienterne oplever ydelserne som tilfredsstillende (Heje, H., Gut, R., Vedsted, P. 2009). Dette gøres med følgende patientevaluering.

Man siger, at der er tre hovedfaser i en patientevaluering: Planlægning, udførsel og formidling. En god og gennemtænkt planlægningsfase er den absolut vigtigste til at sikre en vellykket evaluering (Hansen, N.H. et al. 2008). Der er flere grunde til, at en evaluering bør planlægges grundigt. Først og fremmest skal man sikre ledelsesmæssig opbakning, og man skal være enige om det, er man ønsker at få evalueret. Spørgsmålene skal formuleres med baggrund i problemstillingen, og man skal nøje overveje, hvordan man får fat i de patienter, der skal spørges (Gut, R. et al. 2011).
Ifølge vores elektroniske stratificeringsredskab har vi i vores konsultation 347 registrerede diabetikere. Det vil - som besvarelse til denne opgave - ikke være realistisk at sende et spørgeskema ud til alle 347 diabetikere. Jeg vil derfor i det følgende redegøre for hvilke overvejelser, der ligger bag den valgte målgruppe af diabetikere, samt redegøre for hvilke forberedelser der ligger bag denne spørgeskemaundersøgelse.

5.1. Fastlæggelse af formål og målgruppe.

"Formålet med undersøgelsen er den motivation, der ligger til grund for beslutningen om at gennemføre undersøgelsen" (Gut, R. Fuglsang, M. Rimdal, B. 2011)
Den primære motivation for denne undersøgelse er en bestræbelse på at kvalitetsforbedre forløbsprogrammet for diabetes. Vi har med baggrund i Regionens anbefalinger og kliniske retningslinjer udarbejdet et forløbsprogram, der blandt andet giver patienten mulighed for vejledning i livsstilsændringer og dertilhørende kontrol hos konsultationssygeplejersken hver 3. måned samt kontrol hos egen læge en gang årligt (bilag 3). Det vil derfor være interessant at få en vurdering af denne indsats set ud fra et patientoplevet perspektiv.
Formålet med patientevalueringen er at lade vore diabetikere i klinikken vurdere om de, med de ydelser vi tilbyder, – indholdet i forløbsprogrammet, – opnår større forståelse for deres sygdom og egenomsorg.
Hvem skal besvare spørgeskemaet? Eller med andre ord hvem er evalueringens målgruppe? Alt efter hvem målgruppen er, gives der forskellige "udfordringer" (Hansen, N.H. Marckmann, B. Nørregård-Nielsen, E. 2008).
En rapport fra Diabetesforeningen viste at flertallet af de patienter, som opfattede sig som velreguleret, (og som også var det), samt de, som var lidt mindre velreguleret, oplevede at deres behandler var en væsentlig støtte i indsatsen imod senkomplikationer.

De patienter, som var meget kritiske overfor deres behandlere, var de dårligst regulerede. De mente, at årsagen var, at behandleren ikke formåede at motivere dem til øget egenomsorg (Borbye Pedersen, O.). Derfor vil det være interessant at inddrage både velregulerede og dysregulerede diabetespatienter i spørgeskemaundersøgelsen.
Jeg har ved hjælp af det elektroniske stratificeringsredskab mulighed for at identificere målgruppen. I klinikken har vi 713 kronikere, hvoraf 347 patienter har diabetes. Ifølge stratificeringsredskabet følger hovedparten (86%) af vore diabetikere forløbsprogrammet og de referenceværdier, der tilstræbes for HgA1C (”glykeret hæmoglobin” - blodprøve, som viser det gennemsnitlige blodsukker i de forudgående 6 - 8 uger). Ifølge patientpopulationen har vi i klinikken 27 patienter med en type 2 diabetes, hvis HgA1c er over 8 (bilag 4). Det vil sige 27 patienter, hvis diabetes ikke er velreguleret, og som sikkert ikke oplever, at forløbsprogrammet er medvirkende til at give dem større forståelse for deres sygdom og øget egenomsorg.
Vi kan ikke tage for givet, at årsagen til at de 27 patienter, som har en HgA1c på over 8, skyldes, at forløbsprogrammet ikke matcher deres behov. Derfor må vi også lade 27 velregulerede diabetikere evaluere forløbsprogrammet. Det bliver i alt en patientpopulation på 54 patienter.

Med denne patientpopulationen er det vigtigt med baggrundsspørgsmål (som jeg senere i opgaven kommer tilbage til), idet rapporten ”Den kroniske patient” fra Dansk Sundhedsinstitut har vist, at mennesker med kronisk sygdom er meget rummelige og oplever ikke sig selv som kronisk syg og ønsker ikke at fokusere på sygdom i hverdagen. Men sociale parametre som f.eks. køn, alder, og social ulighed har stor betydning for, hvordan patienterne oplever og håndterer egenomsorg, hvilke erfaringer de har med sundhedsvæsnet (Grøn, L.Vang, S. Mertz, M. 2009).

5.2. Sikre ledelsesmæssig forankring.

”For at sikre at brugerundersøgelsen har en værdi og fører til konkrete handlinger, der kan forbedre den patientoplevede kvalitet, er det nødvendigt, at brugerundersøgelsen er ledelsesmæssigt forankret. Det er nødvendigt, at ledelsen bakker op om projektet og sikrer de nødvendige rammer til gennemførelsen af undersøgelsen” (Gut, R. et al. 2011).

Hovedparten af de praktiserende lægers indtægter er direkte afhængig af antallet af patienter og typer af ydelser. I kronikermodellen er der ikke et økonomisk incitament bundet op på at gennemføre en patientevaluering. Jeg kan på den baggrund ikke forvente ledelsesmæssig opbakning og der er på forhånd ikke afsat midler til at gennemføre en patientevaluering.
Dog har vi i klinikken en intension om at være *"de bedste"*, og derfor er der også en interesse i at finde ud af, om vi ud fra en patientoplevet dimension lever op til de formål, der ligger til grund for forløbsprogrammet.
I en travl hverdag i klinikken kan jeg som konsultationssygeplejerske måske forvente, at komme til at stå alene med dette projekt med risiko for, at det ikke kan gennemføres (Hansen, N.H. et al. 2008). Derfor kræver denne forberedelse af patientevalueringen en omhyggelig gennemgang, så udbyttet på sigt kan blive et overskueligt materiale til en spørgeskemaundersøgelse, og som til sidst kan blive en del af en løbende kvalitetsudvikling.

5.3. Fastlæggelse af tidsplan.

Hvad og hvor meget skal være færdiggjort for at patientevalueringen bliver realiseret til tiden? Fastlæggelse af tidsplan, vurdering af ressourcebehov og kvalitetsniveau er opgaver, som er tæt knyttet sammen. Erkendelse af manglende ressourcer undervejs kan være årsag til, at patientevalueringen udskydes, eller at kvaliteten forringes (Gut, R. et al. 2011). Derfor udarbejdes der en tidsplan for at give projektgruppen, kollegaer og ledelse et overblik over evalueringens faser.
Nedenstående er en milepælsplan over patientevalueringen fra start til slut:

Forberedelses-fasen. Denne opgaves formål.	Produktions-fasen. Spørgeskema og følge-beskrivelsen udarbejdes. Spørgeskemaet pilottestes ved validerings-interviews.	Undersøgelses-fasen. Spørge-skemaet sendes ud til patienterne. Returneres senest d. 30/3.	Optælling og indlæsning af data.	Analyse af data.	Formidling/ Fremvisning af resultatet for den øvrige personale-gruppe.	Opfølgning og implemen-tering. Forløbs-programmet justeres og nye tiltag iværksættes.
Januar 2012	Februar 2012	Marts 2012	April 2012	Maj 2012	Juni 2012	August 2012

Jo mere specifik en milepælsplan gøres, jo vanskeligere kan den blive at overholde. Derfor beskrives den ikke yderligere detaljeret. Det forventes, at vi ved vore månedlige personalemøder skal gøre status for, hvor langt vi er kommet med patientevalueringen. Der er fastsat en dato for, hvornår patienterne skal returnere spørgeskemaerne, og der bliver taget højde i tidsplanen for afholdelse af sommerferie. Opfølgningsfasen er bevidst lagt efter sommerferien for at sikre, at der i efteråret er tid til at justere og iværksætte nye tiltag. I den forbindelse kan rammerne for patientevalueringen evalueres, og der skal tages stilling til, om denne skal gentages i det kommende år.

5.4. Fastlæggelse af ressourcebehov.

Ressourceforbruget afhænger for eksempel af, hvor mange patienter der inddrages i patientevalueringen (ibid). Der skal til denne patientevaluering udsendes 54 spørgeskemaer inklusiv frankerede svarkuverter.

Ligeledes er det væsentligt at se på personalets tidsforbrug, som anvendes på møder i projektgruppen, valideringsinterviews, optælling af data, formidling af resultater og dialog mellem personalet og ledelsen samt planlægning og opfølgning (ibid).

For at gøre plads til kvalitetsarbejdet i klinikken, må vi blokere i patientbookningen. Dette udgør et stort ressourceforbrug, da klinikkens indtægter afhænger at antallet af patienter. Denne prioritering kræver i særdeleshed ledelsesmæssig prioritering.

5.5. Inddrage relevante personer.

"Den brede repræsentation af faggrupper skal medvirke til at sikre en høj faglig kvalitet"(Gut, R. et al. 2011).

En begrænsning eller måske en ulempe er, at klinikken kun består af 3 sygeplejersker, 4 læger og 4 sekretærer, men en fordel ved at være en lille enhed er, at informationen om igangværende projekter lettere kommer ud til alle. Udover det at vi dagligt er samlet i forbindelse med pauserne, afholder vi hver mandag tavlemøder, hvor sidste nyt bliver drøftet. Ligeledes er der månedlige personalemøder.

I forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammet blev der nedsat en diabetesgruppe bestående af to læger, en sygeplejerske og en sekretær, der skulle varetage løbende justeringer af forløbsprogrammet. Det vil med fordel være denne gruppe, der inddrages, når der

fastlægges nye temaer til en spørgeskemaundersøgelse, fordi ledelsen (lægerne) også her er repræsenteret.

5.6. Fastlæggelse af temaer og problemstillinger.

Formålet med denne opgave er at undersøge, hvordan vi i klinikken kan evaluere forløbsprogrammet for diabetes ud fra et patientoplevet perspektiv. Jeg vil som tidligere nævn i opgaven tage udgangspunkt i formålene for forløbsprogrammet (side 3).
Det er vigtigt at foretage en afgrænsning af de temaer og konkrete problemstillinger, som ønskes belyst. Valg af temaer og afgrænsning af problemstillingen kræver overblik (Gut, R. et al. 2011). Derfor vil jeg foretage en struktureret kortlægning af de temaer, som kunne være relevante for formålene for forløbsprogrammet.

Ud fra formålene med forløbsprogrammet skal vi som praksispersonale sikre os, at patienten er velinformeret og formår at omsætte denne viden i praksis. Spørgsmålet er, om dette kan lykkes.
Det at have fået en kronisk sygdom medfører, at patienten får et behov for at tilegne sig viden, holdninger og færdigheder for at kunne håndtere den nye livssituation med de udfordringer, der følger med både fysisk, psykisk, åndeligt og socialt. Igennem hele patientens sygdomsforløb er pædagogiske aktiviteter i form af information, undervisning og vejledning derfor centrale for forløbsprogrammet(RM, Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes). Det vil derfor være aktuelt, at spørge patienten om han /hun oplever større indsigt i sygdommen gennem lægens og sygeplejerskens vejledning.

Temaer til en patientevaluering, der relaterer til: *"at patienten bliver bevidst om sin egen sygdom og får øget sine handlekompetencer"* kunne derfor være, at undersøge:

- 1. patientens viden om type 2 diabetes
- 2. patientens viden om følgesygdomme
- 3. patientens viden om kost og motion
- 4. patientens viden om den medicinske behandling.

Flere undersøgelser har vist, at depression forekommer hos 20-40 % af patienterne med diabetes. Resultaterne viser, hvor vigtigt det er, at vi i almen praksis spørger indgående ind til

patientens psykiske velbefindende, hvorfor den del også skal tages meget alvorligt, når en patient møder op til en konsultation. Overordnet kan man konkludere, at de foreløbige resultater bør skærpe vores opmærksomhed omkring eventuelle psykiske problemer hos patienten og emnet skal tages op regelmæssigt (Lau, M. 2008). Det vil derfor være relevant at spørge til patienternes følelser i en spørgeskemaundersøgelse, så det ikke kun er den fysiske "livssituation" der vurderes, men også den psykiske, for kun derigennem kan vi som praksispersonale blive bedre til at støtte patienterne.

Følgende temaer til en patientevaluering, der relaterer til: *"at patienten opnår en forbedret livssituation"* kunne derfor være, at undersøge:

- 5. patientens følelser omkring det, at leve med diabetes
- 6. patientens opfattelse af egen situation
- 7. patientens bekymringer for fremtiden

Undersøgelsen fra Dansk Sundhedsinstitut fra 2009 - "Den kroniske patient" - viste, at patienter med kronisk sygdom dengang var positiv indstillet overfor rutinekontroller på landets hospitalsambulatorier og oplevede tilfredshed med at være tilknyttet en kontaktperson. Patienternes oplevelser med almen praksis var til gengæld meget varieret. For nogle patienter var den kroniske sygdom ikke noget, de talte med deres praktiserende læge om, mens andre oplevede, deres egen læge som værende den primære tovholder. Ligeledes var der ambivalente holdninger til egen læges faglige kompetencer i forhold til den kroniske sygdom, end det var tilfældet med hospitalets læger (Grøn, L et al 2009).
Et af kravene til forløbsprogrammet i dag er, at den praktiserende læge skal fungere som primær tovholder. Derfor vil det også være relevant at spørge, om patienterne oplever at lægen/sygeplejersken formår at give patienten den støtte og opbakning, som han/hun har brug for. Ligeledes må et spørgsmål være, om patienten oplever en kontinuitet, når kontrollerne både ligger hos sygeplejersken og hos lægen.
Følgende temaer til en patientevaluering, der relaterer til: *"at patienten bliver i stand til at fastholde nye vaner"* kunne derfor være, at undersøge:

- 8. patientens oplevelse af kontinuitet i klinikken
- 9. patientens forhold til lægen/sygeplejersken i klinikken

Overvejelser bag spørgeskemakonstruktionen.

Hvis spørgeskemaundersøgelsen skal bruges "*som en del af den løbende kvalitetsudvikling af forløbsprogrammet*", må vi lade patienterne vurdere indholdet af 3 måneders kontrollerne. Kun diabetikere kan vurdere, om de opnår større forståelse for deres sygdom ved 3 måneders kontrollerne. Med tiden kan vi sammenligne disse patientevalueringer og få vished for, om kvaliteten forbedres.

I det følgende vil jeg redegøre for spørgeskemaundersøgelsens design og de overvejelser, der ligger bag spørgsmålene.

6.1. Spørgsmålstyper.

Vurderingsspørgsmål sætter fokus på patienternes oplevelser og vurderer de problemstillinger, som vi ønsker at få belyst i spørgeskemaundersøgelsen (ibid).

De 4 første temaer, der er skitseret i afsnit 5.6., omhandler *patientens viden* i forhold til sygdommen diabetes. Det kunne være fristende at "teste" patienternes viden og vurdere, om de er i stand til at anvende de informationer, de modtager i forbindelse med 3 måneders samtalerne.

Ved vidensspørgsmål er der risiko for, af patienterne føler, at de er til eksamen, hvilket mange ikke vil bryde sig om (Hansen, N.H. 2008).

I stedet kan vi vælge at spørge: "Hvordan vurderer patienten indholdet af informationen" og ligeledes "Hvordan vurderer patienten omfanget af informationen". Hermed får vi patienten til at vurdere kvaliteten af den ydelse, vi tilbyder.

Hvordan vurderer du omfanget af den information, du modtager af din sygeplejerske i forbindelse med 3 måneders kontrollerne? Hvordan vurderer du indholdet af de informationer, du får af din sygeplejerske om din sygdom? Svarmulighederne kan være: For meget/ Passende/ For lidt.

Samme spørgsmål bør stilles til patienten om lægens informationsniveau, så det bliver muligt at vurdere begge parter. Det er vigtigt, at der kun spørges om en ting af gangen, da det ellers bliver uklart, hvad patienten svarer på. Herved undgås dobbelt spørgsmål (ibid).

Vi har ikke fået svar på, om patienten er blevet bevidst om sin egen sygdom, og om han/hun har øget sin handlekompetence. Derfor er det nødvendigt at spørge mere direkte ind til diabetespatientens hverdag med diabetes.
Faktuelle spørgsmål kan give en viden om, hvordan klinikkens informationer påvirker patientens faktiske adfærd. Det kan gøres ved at spørge patienten om specifikke forhold, (Gut, R. et al. 2011) der sikrer at patienten oplever, at han/hun har tilstrækkelig viden til selv at kunne varetage sin sygdom og dermed forsøge at forebygge senkomplikationer.
Faktuelle spørgsmål kunne være:

Jeg føler mig: - tryg ved min evne til at klare min type 2-diabetes. - i stand til at varetage den rutinemæssige pasning af min type 2-diabetes. - i stand til at fastholde de livsstilsændringer, jeg har foretaget, efter at jeg har fået type 2-diabetes. Svarmulighederne kan være: I høj grad/ I nogen grad/ Slet ikke.

Herved kan vi få svar på, om *"patienten er i stand til at fastholde nye vaner,"* og om patienten oplever, at han/hun er *"bevidst om egen sygdom"* og føler sig kompetent til at kunne varetage egenomsorg. De faktuelle spørgsmål kan give klinikken viden om, hvordan vores ydelser påvirker patientens faktiske adfærd (ibid).
Problemet med det sidstnævnte spørgsmål kunne være, at patienten ikke har foretaget livsstilsændringer, idet spørgsmålet lægger op til, at patienten har ændret livsstilsvaner. I formålene med forløbsprogrammet er der en formodning om, at patienten skal blive "*i stand til at fastholde nye vaner"* - med henblik på en forbedret livskvalitet. Spørgsmålet er derfor, om svarmulighederne stadig er tilstrækkeligt dækkende.
Ligeledes får vi ikke et direkte svar på patientens viden om sygdommen, eller om denne ved, hvad der skal til for at forebygge senkomplikationer.

Temaerne 5-7 til patientevalueringen handler om patienternes *følelser* i forhold til det at leve med diabetes. Der fokuseres ikke direkte på patienternes følelser i formålene med forløbsprogrammet, men hvis patienterne skal "*opnå en forbedret livssituation"* kræver det, at vi også kan sikre, at patienterne formår at kunne takle de følelsesmæssige udfordringer, det giver at skulle leve med en kronisk sygdom.

Spørgsmålene omkring den følelsesmæssige dimension kunne lyde således:

- Føler du dig alene med din diabetes?
- Føler du dig indimellem opgivende overfor tanken om at skulle leve med diabetes?
- Er du bekymret for risikoen for senkomplikationer?

  Svarmulighederne kan være: I høj grad/I nogen grad/Slet ikke.

Ovenstående spørgsmål kan give os svar på, om vore patienter føler, at de står alene med deres sygdom, eller om de oplever, at de får tilstrækkelig støtte enten fra deres nærmeste netværk eller i forbindelse med 3 måneders kontrollerne i klinikken.
Vi får indblik i, hvor meget det fylder for vore diabetikere at leve med sygdommen, og om den kan føre til en depressiv adfærd. Jeg er med disse følsomme spørgsmål opmærksom på, at spørgsmålene for nogle patienter kan være ubehagelige at besvare (Hansen, N.H. et al. 2008). Spørgsmålene kan med fordel suppleres med et åbent spørgsmål, der giver patienten mulighed for at udtrykke de bekymringer, der fylder i hverdagen. Det åbne spørgsmål kan også formuleres som en opfordring:

Du er meget velkommen til at uddybe dine tanker og eventuelle bekymringer for fremtiden.

I følgeskrivelsen til spørgeskemaundersøgelsen (bilag 5) kunne vi opfordre patienterne til at uddybe deres tanker, følelser og oplevelser ved 3 måneders kontrollerne.
Derudover er det ifølge Bjørnholt velkendt fra andre målinger, at svarpersoner i deres afkrydsning kan erklære sig tilfredse, men alligevel give udtryk for en kritisk holdning til det pågældende spørgsmål, hvis de får mulighed for det i et spørgeskema(Bjørnholt 2008).

Temaerne 8-9 til patientevalueringen er ikke direkte relateret til formålene for forløbsprogrammet, men er nærmere tænkt som en evaluering af forløbsprogrammet i sin helhed.

Implementeringen af forløbsprogrammet har som tidligere nævnt medført organisatoriske ændringer i klinikken. Det kunne derfor være interessant at høre, om patienterne forsat oplever kontinuitet i forbindelse med kontrollerne.

- Oplever du, at der er sammenhæng mellem den information, du får af din læge og den information, du får af din sygeplejerske?
- Oplever du, at tidsintervallet mellem diabeteskontrollerne som værende passende? Svarmulighederne kan være: I høj grad/I nogen grad/Slet ikke.

I honoreringsydelsen er der krav om individuelle behandlingsmål. Spørgsmålet er, om patienterne oplever, at der tages individuelle hensyn, og at han/hun føler sig medinddraget i beslutningerne.
Det ville være interessant at vide, om vi som praksispersonale formår at skabe det tillidsforhold til vore patienter, der fremadrettet sikrer en åben dialog.
Der er til de nedenstående spørgsmål hentet inspiration fra DANPEP (Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis), men spørgsmålene er justeret, så de kun kan anvendes til patienter med diabetes.

Når du tænker tilbage på de seneste 12 måneder, hvordan vurderer du så din praktiserende læge med hensyn til:

- At gøre det let for dig at fortælle om dine problemer med diabetes
- At lytte til dig
- At inddrage dig i beslutningerne om behandlingen af din diabetes.

Svarmulighederne kan være: Dårlig/ Nogenlunde/ God/ Meget god/ Enestående.

Samme spørgsmål bør ligeledes stilles til sygeplejerskens evne til at lytte og inddrage patienten. På den måde kan begge parter vurderes. Ovenstående spørgsmål vurderer ikke lægens eller sygeplejerskens faglighed, men kun deres empatiske evner.

Afslutningsvis kunne det være interessant at få patienternes generelle vurdering af udbyttet af kontrollerne, da det er velkendt, at den samlede tilfredshed ikke er summen af deltilfredshed. Patienterne er generelt mere tilfredse, når der spørges om den generelle tilfredshed med den pågældende service, mens de i en evaluering af konkrete forhold ofte viser relativt mindre tilfredshed (Bjørnholt 2008).

En generel vurdering af forløbsprogrammet kunne formuleres således:

Diabeteskontrollerne hos lægen og sygeplejersken hver 3. måned har sammenlagt været meget udbytterigt. Svarmulighederne kan være: Meget enig/ Enig/ Neutral/ Uenig/ Stærkt uenig.

Hvis et spørgsmål stilles generelt, er der mulighed for mange forskellige fortolkninger. Generelle spørgsmål er velegnet til at få den overordnede indsigt i problematikken, mens de specifikke spørgsmål ofte er mere velegnede til at få uddybet det generelle indtryk (Hansen, N.H. et al. 2008). Derfor forventer jeg, at vi med de ovenstående specifikke spørgsmål kan få et indblik i, hvordan vores type 2 diabetikere har det, og hvordan de oplever 3 måneders kontrollerne.
I forbindelse med fremstillingen af spørgsmålene har jeg været opmærksom på, at det er vigtigt, at spørgsmålene bliver formuleret kort og præcist, og at spørgsmålene stilles, så de forstås af alle – uden dog at undervurdere patienterne (ibid).

6.2. Baggrundsspørgsmål.

Målgruppen, som er vore type 2 diabetikere, omfatter både mænd og kvinder. Aldersmæssigt spænder gruppen fra 30 år til 85 år.
Baggrundsspørgsmål vedrører ydre egenskaber og de forhold hos dem, der skal besvare spørgsmålene (Hansen, N.H. et al. 2008). Ved at tilføje baggrundsspørgsmål er det muligt at undersøge, om det eksempelvis oftere er kvinder end mænd, der bekymrer sig om fremtiden med senkomplikationer, eller om det er lettere for yngre end for ældre at ”fastholde livsstilsændringer”. På den måde kan baggrundsspørgsmål være relevante i vore spørgeskemaundersøgelser.
Som nævnt i afsnit 5.1. har rapporten ”Den kroniske patient” fra Dansk Sundhedsinstitut vist, at sociale parametre som f.eks. køn, alder, og social ulighed har stor betydning for, hvordan patienterne oplever og håndterer egenomsorg (Grøn, L.Vang, S. Mertz, M. 2009). Dog fravælger jeg at spørge om patientens uddannelsesmæssige baggrund, da denne af patienten kan opleves som irrelevant. For at patienten kan få tillid til spørgeskemaundersøgelsen, er det

vigtigt at spørgsmålene grundlæggende er klare mål for undersøgelsen (Hansen, N.H. et al. 2008).
Disse faktuelle spørgsmål – baggrundsspørgsmålene – vælger jeg at placere sidst i skemaet for at undgå, at patienterne skal opleve spørgsmålene som værende kedelige og derved miste lysten til at besvare flere spørgsmål (ibid).

6.3. Spørgsmålsrækkefølge.

Det er vigtigt, at patienterne oplever, at spørgeskemaet er bygget logisk op, hvorfor spørgsmål omkring samme emne bør stå tæt på hinanden (ibid). Ovenstående spørgsmål besvares derfor i deres ”kasser” med dertilhørende overskrifter.
Overskrifter til ”kasserne” kunne for eksempel formuleres således:
”Nedenstående spørgsmål handler om dit samarbejde med din læge og sygeplejerske”
”Følgende spørgsmål handler om det udbytte af de informationer, du får hos lægen og sygeplejersken”.
”Spørgsmålene handler nu om dine følelser i forbindelse med det at leve med diabetes”.
”Afslutningsvis vil vi stille dig et par spørgsmål om din baggrund, som vi skal bruge til at vurdere, om alle – trods alder – får den information, de har behov for”.
De følsomme spørgsmål – om det, at stå alene med sin diabetes og bekymringer for fremtiden – placeres sidst i skemaet. Dette gøres, fordi jeg er af den opfattelse, at patienten forhåbentlig med de øvrige spørgsmål har opnået en vis grad af tillid til spørgeskemaet, og at skaden ikke bliver stor, hvis patienten afviser at svare på disse spørgsmål og stopper med at udfylde skemaet (ibid).

6.4. Svarkategorier.

Spørgsmålets formulering er afhængig af, at svarkategorien matcher. En svarskala skal kunne dække alt fra virkelig godt til virkelig dårligt. Patienten har derfor med de valgte svarkategorier mulighed for at besvare spørgsmålet, uanset om oplevelsen har været positiv eller negativ (Gut, R et al. 2011).
Der er valgt ens svarmuligheder i ”spørgsmålskasserne”, men svarmulighederne er forskellige fra ”kasse” til ”kasse”, hvilket skal medvirke til, at patienten bliver opmærksom på indholdet.

Spørgeskemaet (bilag 6) bliver derved ikke monotont, og risikoen for at patienten trættes minimeres (Heinmann, J. 2007).
Antallet af svarmuligheder varierer i spørgeskemaet. Jeg er opmærksom på, at når patienten har et begrænset antal svarmuligheder til rådighed, vil det svar, der er tættest på blive valgt, også selvom det måske i virkeligheden ikke repræsenterer patientens egen opfattelse. Derfor vil et større antal svarkategorier give patienten mulighed for at svare mere præcist. Årsagen til, at antallet af svarmuligheder begrænser sig fra 3 til 5 i spørgeskemaundersøgelsen, er, at det vil vanskeliggøre den efterfølgende analyse, hvis der er for mange svarkategorier (Heinmann, J. 2007).

6.5. Layout.

Det er vigtigt, at spørgeskemaet virker overskueligt, er indbydende og let tilgængeligt for patienten. Et godt layout får undersøgelsen til at tage sig professionel og seriøs ud. Introduktionen til spørgeskemaet og vejledningen i udfyldelse af skemaet skal være så kort som muligt, da disse ikke altid er interessant læsning for patienten (ibid). Patienten skal informeres om, at formålet med undersøgelsen er, at de selv vurderer, om de med de ydelser, vi tilbyder – indholdet i forløbsprogrammet – opnår større forståelse og tryghed med deres sygdom. Ligeledes skal patienten informeres om, at alle svar bliver behandlet fortroligt, og at alle svar er anonyme.

6.6. Validitet.

Validiteten udtrykker spørgeskemaundersøgelsens evne til at komme tæt på den ”sande værdi”. Det vil sige, at undersøgelsen måler det, der er hensigten den skal måle, og om ”måleinstrumentet” er egnet til at måle patienternes vurdering af kvaliteten. For at opnå valide data er det vigtigt at forsøge at eliminere mulige målefejl (Gut, R. et al 2011).
Hvis jeg først havde valgt at gennemføre en række interviews med målgruppen, kunne jeg have sikret mig, at de valgte problemstillinger også er problemstillinger, som målgruppen går op i og finder relevante. Jeg ville derved få indblik i nye problemstillinger og ikke kun få svar på det, jeg selv finder interessant (Hansen, N.H. et al. 2008). Jeg har fravalgt dette, og derfor bør jeg som minimum sikre, at skemaet testes inden den egentlige ibrugtagning (Heinmann, J. 2007).

Spørgeskemaet skal testes af målgruppen, som i dette tilfælde er klinikkens type 2 diabetikere. Der findes i litteraturen forskellige meninger om, hvor mange testpersoner man skal interviewe for at validere undersøgelsen, men antallet bør svare til størrelsen af undersøgelsen. Derfor har jeg en forventning om at interviewe 4-6 af vore type 2 diabetikere, hvor både mænd og kvinder, ung og gammel er repræsenteret.
For at finde ud af hvordan svarpersonerne forstår spørgsmålene, vil jeg tage udgangspunkt i ”tænke-højt-metoden”, som går ud på, at jeg lader personen udfylde hele spørgeskemaet og herefter interviewe personen.
I interviewet tages der udgangspunkt i følgende interviewguide:

> ”Fortæl med dine egne ord, hvad du mener, der bliver spurgt om i dette spørgsmål”
> “Var der en svarmulighed, som passede til det svar, du ønskede at give?”
> “Hvilke overvejelser gjorde du dig, før du svarede?”
> “Hvad forstår du ved ordet ”varetage” og ”fastholde”?”
> “Hvad synes du om længden af spørgeskemaet?”
> “Bliver spørgsmålene stillet i logisk rækkefølge?”
> “Hvad synes du om spørgeskemaets layout/udseende?”
> “Er der spørgsmål, som ikke indgår i spørgeskemaet, som du mener, jeg bør spørge om?”
> (Gut, R. et al, 2011).

Med denne ”pilottest” kan jeg få svar på, om spørgsmålene skaber forvirring, og om rækkefølgen eventuelt påvirker måden, der svares på og til sidst, om der er yderligere spørgsmål, som målgruppen finder relevante (Hansen, N.H. et al, 2008, Gut, R. et al, 2011). Når interviewene er gennemført, skal der foretages en analyse af patienternes svar, hvorefter der kan foretages eventuelle ændringer og justeringer af spørgeskemaet (Gut, R. et al, 2011).

Metodekritik.

Alternativet til en kvantitativ patientevaluering, som denne opgave har beskrevet, kunne med fordel have været et eller flere kvalitative interviews med vore type 2 diabetikere. På den måde kunne jeg få større indsigt i patienternes livsverden.

Hvis jeg i stedet havde valgt at kombinere (metodetriangulering) de to undersøgelsesmetoder og gjort brug af kvalitative interviews som forundersøgelse inden udarbejdelsen af spørgeskemaet, ville jeg have fået større indsigt i diabetikernes livsverden. Jeg kunne dermed få indblik i de spørgsmål, der for patienterne ville være relevante.
Omvendt kan spørgeskemaundersøgelsen også suppleres med kvalitative interviews med baggrund i dataanalysen, hvis der skulle forekomme spørgsmål, som ønskes nærmere undersøgt (Gut, R. et al, 2011).
Jeg kan med spørgeskemaundersøgelsen kun forvente at foretage simple registreringer og sammenligninger, idet begrænsede antal spørgsmål kun giver mulighed for at afdække overfladiske forhold og ikke giver mulighed for at trænge i dybden (Kruuse, E. 2007).
Der er i spørgeskemaet primært brugt lukkede spørgsmål, da disse er lette og mindre tidskrævende, når skemaet skal besvares og analyseres (Hansen, N.H. 2008). Hvis jeg havde valgt at anvende åbne spørgsmål, kunne jeg få større indsigt i patienternes livsverden.
Måleenhederne i en spørgeskemaundersøgelse kan ikke forventes at være tilstrækkeligt dækkende for patienterne, og metoden kritiseres for at være livsfjern og uegnet til at opfange relevante forhold. Endvidere kritiseres metoden for, at den ikke giver mulighed for at forstå den sociale virkelighed (Kruuse, E. 2007), hvilket jeg reelt havde et ønske om at belyse med denne patientevaluering.
Jeg kan ligeledes risikere, at spørgeskemaundersøgelsen giver et overdrevent positivt billede af patienternes tilfredshed, hvilket ofte viser sig ved denne undersøgelsesmetode.
Patientevalueringer kritiseres ofte for, at resultaterne ikke bliver brugt, fordi de ikke altid opfylder de konkrete formål. Derfor er det vigtigt, at patientevalueringen er teknisk gennembearbejdet, både når det gælder spørgsmålsformulering, dataindsamling og analyse (Bjørnholt. 2008. kap 3).

Konklusion.

Det, man forstår ved kvalitet i forløbsprogrammet for type 2 diabetes, er en subjektiv vurdering. Vi har alle både sundhedsfagligpersonale og patienter en forventning om, at der er kvalitet tilstede i forløbsprogrammet.
Forløbsprogrammet evalueres på nuværende tidspunkt ud fra et økonomisk og fagligt perspektiv, men vi går i almen praksis glip af patienternes uundværlige bidrag til det, der for dem opleves som kvalitet i forløbsprogrammet. Patienterne er i stand til at vurdere dele af den

faglige kvalitet, men det er patienterne, der er mest kompetent til at evaluere den del af forløbsprogrammet, som ligger inden for deres livsverden.
For at få indsigt i det, der for patienterne opleves som kvalitet, skal vi lade patienterne evaluere forløbsprogrammet. En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse kan være et godt bud på at kvalitetsudvikle forløbsprogrammet. For at sikre at patientevalueringen i almen praksis er værdifuld og kan føre til konkrete handlinger, der kan forbedre den patientoplevede kvalitet, er det nødvendigt, at den er ledelsesmæssig forankret.

Perspektivering.

Jeg kan ifølge Socialforskningsinstituttet kun forvente en svarprocent på omkring 50-60 på de brevudsendte spørgeskemaer (Kruuse, E. 2007). Hvis svarprocenten bliver lavere, er det vigtigt at undersøge, om de, der ikke har besvaret spørgeskemaet, er væsentligt forskellige fra de, som har besvaret spørgeskemaet. Dette undersøges ved at tage udgangspunkt i oplysningerne om køn og alder i de besvarede spørgeskemaer. Hvis der for eksempel er et stort frafald af mandlige patienter, kan det i værste fald betyde, at undersøgelsens resultat ikke bliver repræsentativ, og derfor må laves om (Gut, R. et al. 2011).
Allerede i forbindelse med udarbejdelsen af spørgeskemaet bør jeg overveje, hvordan dataindlæsningen praktisk skal tilrettelægges (ibid). I klinikken har jeg adgang til dataprogrammet Excel, som er en oplagt mulighed til anvendelse af dataindsamling. Mulighederne for at kombinere data er meget omfattende, hvorfor det er nødvendigt, at begrænse analysen til kun at omfatte enkelte sammenhænge (ibid). Som nævnt i opgaven, ønsker jeg med denne patientevaluering blandt andet at få svar på, om der er forskel på besvarelsen af spørgeskemaet afhængig af om patienten har en velreguleret eller dysreguleret diabetes. Spørgeskemaerne skal derfor, inden de sendes ud, markeres med hver sin farve, som dermed indikerer, om skemaet er tiltænkt den velregulerede eller dysregulerede patient. Her til kan krydstabeller vil være velegnede til at undersøge, om der er sammenhænge mellem de to patientgrupper i spørgeskemaundersøgelsen (ibid).

Der er meget at tage fat på, når vi taler om kvalitetssikring i almen praksis, men en patientevaluering af forløbsprogrammet for type 2 diabetes kunne være en begyndelse.

Litteraturliste

1. Borbye Pedersen, Olaf (2011). ”Diabetes og påvirkning af hverdag og livskvalitet”. Lokaliseret i januar 2012: http://www.diabetes.dk/Forskning/Undersoegelser/~/media/Files/Diabetes.dk/Forskning/Rapport_9_diabetes_og_livskvalitet.ashx

2. Bjørnholt, B. Goul Andersen, J. Lolle, H. Bag kulissen i konstruktionen af kvalitet. Syddansk Universitetsforlag 2008. Kap. 3.

3. Christensen, Andreas: ”Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmende projekter”. Sundhedsstyrelsen 2007. Lokaliseret i januar 2012. www.sst.dk/publ/Publ**2007**/CFF/.../Evaluering_forebyggelse.pdf

4. Dahler-Larsen. Peter (2008). Kvalitetens beskaffenhed. Syddansk universitetsforlag. 1. udgave.

5. DAK-E (2007). Kvalitet i almen praksis. Hvad kan måles – og hvordan? Den Almenmedicinske Kvalitets Enhed. DAK//Indikatorgruppen//2007 Lokaliseret i december 2011: http://www.dak-e.dk/files/91/dak_e_rapporter_kvalitet_i_almen_praksis.pdf

6. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers’ role. Quality in Health Care 1992; 1: 247-251.

7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-1748.

8. Eriksson, Tina. Friborg, Søren og Grosen, Lene. DAK-E Rapport 2008. Dansk kvalitetsmodel for almen praksis
Lokaliseret i december 2011:
http://www.dak-e.dk/files/91/200810_dak_e_rapporter_dansk_kvalitetsmodel_for_almen_praksis.pdf

9. Grøn, Lone. Vang, Signe. Kellberg Herholdt Metz, Mette. 2009. Den kroniske patient. Nærbilleder af livet med kronisk sygdom. Dansk Sundhedsinstitut.
Lokaliseret december 2011:
www.**kroni**ker.dk/.../DWSDownload.aspx?File...**kroniske_patient**...

10. Grum M (2008). Sygeplejerske-patient samarbejde.
En litteraturbaseret oversigt. Klinisk Sygepleje 2008;3.

11. Hansen Nord, Marianne (2003). Omsorg i de mellemmenneskelige relationer i sundhedsvæsenet. Et kvalitetsudviklingsperspektiv. Delpublikation nr. 6 i skriftserien om "De mellemmenneskelige relationer".
Lokaliseret i januar 2011:
http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Center%20for%20Kvalitetsudvikling/Gennembrud/mmr/publikationer/358.pdf

12. Heinmann , Johnny 2007: Spørgeskema design – en praktisk guide til bedre svar.
Udgivet af analysegruppen Østergade, Silkeborg.
Lokaliseret i januar 2011:
http://issuu.com/heinmann/docs/sp_rgeskema_design_-_en_praktisk_guide_til_bedre_s

13. Heje Hanne N., Gut Rikke. Vedsted Peter. Patientevaluering af sundhedsvæsnet. Videnskab. Ugeskrift for Læger 171/20 11. maj 2009.
Lokaliseret i december 2011:
http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2009/20/pdf/VP10080474.pdf

14. Knudsen JL, Christensen ME og Hansen B (2008). Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Kapitel 1 – 4, 6 og 8. København, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.

15. Lau, Marie. ”Mange diabetespatienter har svære depressioner”. Dagens Puls, nr. 6. 2008.
Lokaliseret i januar 2011:
http://sundhedsnyhederne.dk/cms/diabetes/57.html

16. Mandag Morgen Strategisk Forum. Når patienten vågner. Et debatoplæg om det 21.århundredes patientkultur. Huset Mandag Morgen; 1999.

17. Mirvis D.M. Patient Satisfaction: Can Patients Evaluate the Quality of Health Care? Tenessee Medicine 1998; 91 (7):277-279.

18. Palmer R, Donabedian A, Povar G. Striving for quality in health care. Health Administration Press: Michigan, 1991: 61-62, 94-95.

19. Pedersen, Christoffer. Regionshuset Viborg. (2010).
Lokaliseret i december 2011:
http://www.regionmidtjylland.dk/politik/udvalg/r%C3%A5dgivende+udvalg/r%C3%A5dgivende+udvalg+2010+-+2011/r%C3%A5dgivende+udvalg+vedr-c8-+hospitaler/visdagsorden?file=12-04-2010/Aaben_tillaegsdagsorden/Bilag/Punkt_1_Bilag_1__-__._____.pdf

20. Region Midtjylland, Kronisk sygdom
   – vision og strategi for en bedre indsats (2007).
Lokaliseret i december 2011:
http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/kronikerområdet/Kronisk%20sygdom%20-%20vision%20og%20strategi%20for%20en%20bedre%20indsats%20-%20Kort%20og%20godt.pdf

21. Region Midtjylland. Kvalitet og patienttilfredshed (2011).
Lokaliseret i december 2011:
http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/kvalitet+og+patienttilfredshed

22. Sundhed.dk. Rammer og mål for Kronikerkompasset (2010).
https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=71076.596

(Sundhed.dk er revideret pr. 30/1, derfor kan linket desværre ikke genfinds).

23. Sundhedsstyrelsen 2008. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom
– Generisk model og Forløbsprogram for diabetes.

Lokaliseret i december 2011:

http://www.sst.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk/kronisk_forloebsprogrammer2008.pdf

24. Wackerhausen S (2002). Humanisme, professionsidentitet og uddannelse i sundhedsområdet. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.

Sekundær litteratur.

Andersen Svend (2002). Sundhed sidder mellem ørerne. Dansk Parkinson Forening. Hornslet bogtrykkeri.

Baggrund og metode for Den Lansdækkede Undersøgelse af Patientoplevelser.(2011)
Lokaliseret i januar 2011:
http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2010/LUP2010_Baggrund_og_metode.pdf

Christensen, Andreas: ”Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmende projekter”.
Sundhedsstyrelsen 2007.
Lokaliseret i januar 2012.
www.sst.dk/publ/Publ**2007**/CFF/.../Evaluering_forebyggelse.pdf

Danske Patienter (2008). Inddragelse af patienterne – hvorfor og hvordan?
Lokaliseret i december 2011:
http://www.gigtforeningen.dk/files/nyheder/2008/Danske_patienter_pjece_patientinddragelse.pdf

Egelung, Gitte (2011). I balance med kronisk sygdom: Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse. Steno Center for Sundhedsfremme.
Lokaliseret i december 2011:
http://www.steno.dk/documents/sundhedsfremme/dokumenter/balance_web.pdf

Freil, Morten. Gut, Rikke. Jensen, Anders Jørgen (2005): Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an?
Lokaliseret i januar 2011:
http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Spoergeskema.pdf

Region Midtjylland. Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes:
http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/kronikerområdet/diabetes%20type%202/Forløbsprogram%20for%20type%202%20diabetes%20godkendt.pdf

Bilagsfortegnelse.

1. Kronikermodellen.
2. Forløbsprogram type 2 diabetes. Kronikergruppen 2010.
3. Diabetes flowchart hos Lægerne XXXX.
4. Anonymiseret patientpublikation.
5. Følgebrev til spørgeskemaet.
6. Spørgeskemaet klar til ”pilottestning”.