

Kvalitative patientkommentarer – om anvendelsen af åbne svarkategorier i spørgeskemaundersøgelser

Af METTE FRITZE CHRISTENSEN, RIKKE GUT OG MORTEN FREIL,
ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER, KØBENHAVNS AMT

Indledning

Baggrund

Det er af væsentlig betydning, at patienter er aktive og tages med på råd om, hvordan sygehusvæsenet skal indrettes. Derfor udføres kvantitative spørgeskemaundersøgelser for at få patienters oplevelser og vurderinger belyst (Enheden for Brugerundersøgelser, 2005; Jenkinson, 2002; Pettersen, 2003). En fordel ved surveyundersøgelser er, at de gør det muligt at opnå et repræsentativt udtryk for patienters oplevelser, eftersom en stor gruppe mennesker spørges. Undersøgelserne kan bl.a. benyttes til at udpege områder med store forbedringspotentialer og skabe grundlag for at iværksætte tiltag, der kan forbedre den patientoplevede kvalitet. Hvis det i praksis skal lykkes at indfri forbedringspotentialerne, kan det imidlertid være nødvendigt at opnå en mere nuanceret viden om de pågældende områder. Her kan det være fordelagtigt at supplere med kvalitative analyser (Enheden for Brugerundersøgelser, 2004a; s. 9).

Kvalitative metoder

Med kvalitative metoder kan opnås en dybere forståelse af de undersøgte områder, og der kan opstilles mulige forklaringer på patienternes oplevelser. Det er fx muligt at inddrage kvalitative data fra de åbne svarkategorier, der findes i de landsdækkende og amtslige spørgeskemaundersøgelser af patienters oplevelser gennemført af Enheden

for Brugerundersøgelser.¹ En systematisk bearbejdning af sådanne kommentarer kan give et detaljeret billede af, hvori de problemer, som spørgeskemaundersøgelser dokumenterer tilstedeværelse og omfang af, mere præcist består. På denne måde er kvalitative data og analyser nyttige, når formålet er at forklare og nyfortolke kvantitative data (Miles & Huberman, 1994; s. 10). Udover at skabe en dybere forståelse af de kvantitative resultater, kan kommentarerne også danne udgangspunkt for at videreudvikle de eksisterende spørgsmål og påpege nye områder til belysning i fremtidige undersøgelser.

Patienternes kommentarer

I de landsdækkende og amtslige undersøgelser, som Enheden for Brugerundersøgelser foretager af patienters oplevelser, er der sidst i spørgeskemaerne et spørgsmål med åben svarkategori, her har patienterne mulighed for med egne ord at påpege og kommentere forhold omkring deres indlæggelse eller ambulante besøg, som er af betydning for dem. Denne undersøgelse behandler 600 kommentarer, som stammer fra tre forskellige undersøgelser af patienters oplevelser. Som det ses i figur 1, gør en stor del af patienterne i de tre undersøgelser brug af muligheden for at anføre en kommentar.

I det følgende vil patienternes kommentarer blive diskuteret. Det vil bl.a. blive belyst,

1 Enheden for Brugerundersøgelser er et videnscenter for brugerinddragelse i Københavns Amt, som yder hjælp og vejledning til brugerundersøgelser på sygehusafdelinger i amtet (kvalitative undersøgelser og spørgeskemaundersøgelser). Enheden for Brugerundersøgelser har desuden ansvaret for gennemførelse af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), på vegne af landets amter, H:S og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Figur 1:
Fakta om
de tre
undersøgelser

Titel	Udgivet	Niveau for afrapportering	Formulering af spørgsmål	Andel af patienter, der svarer på det åbne spørgsmål
Ambulante patienters oplevelser i Roskilde Amt. Spørgeskemaundersøgelse blandt 4.400 ambulante patienter.	2004	Ambulatorieniveau	„Hvis du har forslag til forbedringer i ambulatoriet, er du meget velkommen til at skrive dem her.“	28%
Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004.	2004	Afdelingsniveau	„Skriv her, hvad du synes, afdelingen kunne gøre bedre, og hvad du synes, afdelingen gjorde særligt godt.“	58%
Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter. (LUP)	2005	Sygehusniveau	„Er der andet om indlæggelsen på sygehuset, du synes, vi burde spørge om i spørgeskemaet?“	30%

hvilke temaer patienterne kommenterer, om kommentarerne er positive eller negative, samt hvilken betydning formuleringen af det åbne spørgsmål har.

Metode

Undersøgelsen er baseret på en kvalitativ analyse af patientkommentarer fra tre forskellige undersøgelser af patienters oplevelser udført af Enheden for Brugerundersøgelser (jvf. figur 1). Fra hver af de tre undersøgelser er der tilfældigt udvalgt 200 kommentarer i form af besvarelser af det åbne spørgsmål sidst i spørgeskemaet. Antallet var ikke på forhånd fastsat, idet der blev inddraget nyt materiale, indtil det var vurderingen, at der ikke længere fremkom nye informationer.

Undersøgelsens sigte

Undersøgelsens formål er ikke at opnå repræsentativitet. Derimod bestræbes det i analysen at opnå høj gyldighed i kraft af, at der tages udgangspunkt i det partikulære og

deskriptive, det vil sige i patienternes beskrivelser af deres oplevelser og vurderinger. En sådan viden er af stor betydning, hvis det i praksis skal lykkes at omsætte de kvantitativt dokumenterede forbedringspotentialer i kvalitetsforbedringer. Formålet med denne undersøgelse er at skabe resultater, der er praktisk anvendelige og kan udgøre et mellemled mellem de kvantitative resultater og den konkrete indfrielse af forbedringspotentialerne (Danermark, 2003; S. 53ff).

Kvalitative data

Selvom kvalitative dybdeinterview er den mest udbredte metode til at indhente kvalitative data, kan andre metoder også benyttes. Eksempelvis kan åbne svarkategorier i spørgeskemaer anvendes, som tilfældet er i denne undersøgelse. Kommentarer fra disse åbne svarkategorier, som er kvalitative, idet de gengiver patienternes subjektive beskrivelser af deres erfaringer, indeholder i langt højere grad nuancerede beskrivelser, end svar på kvantitative spørgsmål med forudbe-

- Kodning er betegnelsen for den proces, hvor kommentarerne tildeles koder, som er „...tags or labels for assigning units of meaning to the descriptive or inferential information compiled during a study.“ (Miles & Huberman, 1994; s. 56). På baggrund af kodningen er der udviklet en række kategorier (jvf. figur 2), som er mere overordnede end koderne.

stemte svarkategorier gør. Dog har de åbne svarkategorier den begrænsning, at det ikke har været muligt for en interviewer at afklare meningen bag uklare udsagn. Muligheden for at inddrage kontekstens betydning i analysen er også forholdsvis begrænset. Arbejdet med kvalitative data, som fx er genereret via åbne svarkategorier, kan desuden fordre et omfattende analysearbejde, idet der ofte ikke spørges ind til ét konkret emne, hvorved svarerne kan være meget divergerende og følgelig svære at sammenholde.

Kodning af data

Efter indtastning i en database, som også indeholdt baggrundsvARIABLE (alder, køn og indlæggelsesform akut/planlagt), blev kommentarerne kodet.² En række overordnede temaer blev benyttet som startkodeliste. De blev valgt, da de i Enheden for Brugerundersøgelsers hidtidige arbejde har vist sig at indeholde mange af de oplevelser, patienter har på sygehuse i forbindelse med et indlæggelsesforløb (Enheden for Brugerundersøgelser, 2005; s. 17). Det drejer sig om temaerne behandlingsforløb (kontinuitet og koordination), klinisk ydelse (behandling og pleje), information, kommunikation, medinddragelse, fysiske rammer og frit sygehusvalg. Kodningen var deduktiv, eftersom den tog afsæt i de på forhånd kendte temaer, der er at betragte som en form for forforståelse (Olsen, 2002; s. 117). Der er dog ikke tale om en lukket kodning, idet der blev udviklet mere specifikke koder undervejs, som kodningen skred frem. I nogle tilfælde kom der også helt nye koder til. Slutkodelisten endte derfor med at være meget mere nuanceret end startkodelisten. Forskellen mellem start- og slutkodeliste kan ses som et udtryk for empirisk sensitivitet i kodningen (Ibid.; s. 122). Udover at kommentarerne fik indholdsmæssige koder, blev de også kodet efter, om de var positive, negative eller neutrale.

Resultater

Temaer

En del af patienternes kommentarer omhandler temaer, der stilles spørgsmål til i spørgeskemaerne. Det drejer sig bl.a. om forskellige aspekter ved behandlingsforløb, klinisk ydelse, information og kommunikation. Andre kommentarer er imidlertid rettet

mod temaer, der ikke spørges til i spørgeskemaerne. Det er bl.a. tilfældet for aspekter ved de fysiske rammer som forplejning og rengøring/hygiejne samt koordinationen mellem forskellige parter i behandlingsforløbet. Det er bl.a. samarbejdet mellem forskellige afdelinger og sygehuse, der kommenteres. Endelig er der kommentarer, der omhandler koordinationen internt i personalet samt personalets tid til patienterne, selvom temaerne ikke er inkluderet i alle undersøgelserne. Temaer for kommentarerne fremgår af figur 2.

Positive og negative kommentarer

Nogle patienter giver i deres kommentarer udtryk for positive oplevelser eller vurderinger, mens andres kommentarer er udtryk for negative oplevelser eller vurderinger. Endelig er der også en del patienter, der udtrykker både positive og negative oplevelser eller vurderinger i deres kommentarer. Sidstnævnte er udtryk for, at en indlæggelse eller et ambulant forløb i patienternes øjne er en sammensat størrelse, hvori både positive og negative aspekter indgår. Eksempelvis er svar af denne type typisk i undersøgelsen fra Københavns Amt: „*Kommunikationen fungerer ikke. Den ene ved ikke, hvad den anden laver. Det skaber meget forvirring. I øvrigt fantastiske sygeplejersker – de gør, hvad de kan.*“ Det synes altså ikke at være tilstrækkeligt én gang for alle at karakterisere en indlæggelse eller et ambulant forløb som værende enten positivt eller negativt.

Der er forskel på, hvordan patienterne udtrykker henholdsvis deres positive og negative oplevelser eller vurderinger. Der er en tendens til, at de negative kommentarer består i detaljerede oplevelsesnære beskrivelser. En patient skriver: „*Under udførelse af keglesnit virkede lokalbedøvelse ikke, da såret skulle brændes med laser for at lukkes. Meget ubehageligt.*“ Modsat er de positive kommentarer mere overordnede og indeholder flere vurderinger end de negative. Eksempler på dette er kommentarer som „*Udmærket tilfreds*“ og „*Generelt fungerer det godt*“. Forskellen på de positive og negative kommentarer kan også illustreres ved, at selvom der samlet set er næsten dobbelt så mange kommentarer med negative aspekter, som der er kommentarer med positive aspekter, er størstedelen (5/6) af de kommentarer,

Figur 2:
Temaer for
kommentarer

Overordnet tema	Kategorier	Antal udsagn*
Behandlingsforløb	Ventetid, tilrettelæggelse (overholdelse af tidspunkter, lægens forhåndskendskab til patienten mv.), kontinuitet (udskiftning af personale), koordination, mulighed for personalekontakt, travlhed	244
Klinisk ydelse og fejl	Behandling og pleje, efterbehandling og genoptræning	126
Information	Information om sygdom og behandling, information om ventetid mm.	117
Kommunikation	Kommunikation mellem personale og patient, medinddragelse, tid til kommunikation	215
Samlet vurdering	Samlet vurdering, kompenserende tilfredshed	71
Fysiske rammer	Forplejning, rengøring og hygiejne mv.	113
Spørgeskema og besvarelse af det	Kommentarer til spørgeskemaet, uddybninger af svar, forskellige oplevelser	79
Frit sygehusvalg	Frit sygehusvalg	3
Andet	Andet	30

* Antallet af udsagn er udelukkende anført for at anskueliggøre materialet. At mange udsagn er rettet mod et tema, er ikke ensbetydende med, at temaet er særligt vigtigt. Antallene danner således ikke udgangspunkt for egentlige kvantitative analyser. Det er hverken hensigten med undersøgelsen eller muligt ud fra det eksisterende materiale.

der er kategoriseret som „samlet vurdering“³, positive.

Betydning af spørgsmålsformulering

Der er flere af patienterne i Københavns Amts undersøgelse, hvis kommentarer er positive, end der er i de to andre undersøgelser. Til gengæld er der flere af patienterne i Roskilde Amts undersøgelse, hvis kommentarer er negative, end tilfældet er for de to andre undersøgelser. Mulige forklaringer på dette kunne være de forskellige spørgsmålsformuleringer eller forskelle relateret til at være ambulant eller indlagt patient.

Formuleringen af det åbne spørgsmål, jvf. figur 1, synes at have en vis betydning for patienternes kommentarer. Eksempelvis stammer de fleste af de neutrale kommentarer fra LUP, hvor patienterne i det åbne spørgsmål bliver spurgt om, hvorvidt der er andre ting omkring deres indlæggelse, som de synes, der

burde spørges til i spørgeskemaet. Således bliver de ikke bedt om at tage stilling til de emner, de anfører. Nogle patienter skriver derfor blot „*maden*“, „*sygetransporten*“ eller „*den lægefaglige kompetence*“. Som nævnt er der flere positive kommentarer i Københavns Amts undersøgelse end i de to øvrige undersøgelser. En mulig forklaring på dette er, at det kun er i spørgsmålet i Københavns Amts undersøgelse, at patienterne eksplicit bliver bedt om at anføre, hvad afdelingen gjorde godt. Overvægten af negative kommentarer i Roskilde Amts undersøgelse kan modsat tænkes at skyldes, at der her spørges direkte til forslag til forbedringer. Det er sandsynligt, at patienter giver udtryk for negative oplevelser eller vurderinger, hvis de har forslag til forbedringer.

Der er i de tre undersøgelser forskel på, hvor mange patienter, der har svaret på det åbne spørgsmål. Dette kan være udtryk for,

3 I tilfælde hvor patienterne har skrevet „alt i alt“, „generelt set“ osv.

at formuleringen af spørgsmålet har en vis betydning. Andelen af patienter, der har svaret på spørgsmålet, er omkring dobbelt så stor i Københavns Amts undersøgelse som i de to andre undersøgelser. En mulig forklaring på dette er, at spørgsmålet i Københavns Amts undersøgelse er bredere formuleret, end det er i de andre undersøgelser. I Københavns Amts undersøgelse spørges der både til, hvad afdelingen gjorde godt, og hvad der kunne gøres bedre. Spørgsmålene i Roskilde Amts undersøgelse og LUP er mere snævert formuleret, idet der spørges til henholdsvis mulige forbedringer, og hvad der ellers burde spørges til i spørgeskemaet.

Der er imidlertid også patienter, der er autonome og ikke svarer ordret på det stillede spørgsmål. Eksempelvis er der patienter i Roskilde Amts undersøgelse, der udtrykker tilfredshed i stedet for at komme med forslag til forbedringer. Eksempelvis skriver en patient: *„Det er godt med den videofilm, man får forevist, inden behandlingen starter.“* Ligeledes er der patienter i LUP, der, frem for at angive, hvad der bør spørges om i spørgeskemaet, udtrykker tilfredshed med deres indlæggelse. Eksempelvis skriver en patient: *„Simpelthen det bedste sygehus, jeg har været indlagt på. Så meget sødt personale samt en dejlig afslappet atmosfære og ro.“* Der er også patienter, der i stedet for at svare på det stillede spørgsmål beskriver deres sygdom eller behandlingsforløb. Eksempelvis skriver en patient i LUP: *„Knæoperation. Nu har jeg to knæ med rustfrit stål.“*

Diskussion og perspektiver

Opsummering af resultater

Undersøgelsen har vist, at nogle patienters kommentarer omhandler temaer, der stilles spørgsmål til i spørgeskemaerne, mens andre er rettet mod temaer, der ikke spørges til. Nogle kommentarer er positive, andre er negative, mens andre igen er neutrale. Det har vist sig, at formuleringen af det åbne spørgsmål har en vis betydning for kommentarenes indhold.

Da nogle patientkommentarer indeholder mere end én pointe, er de 600 kommentarer blevet til 998 kodede udsagn.

90 af de 600 patientkommentarer indeholder både positive og negative udsagn.

Figur 3:
Fakta om kommentarer

Positive og negative kommentarer

At skelne mellem positive og negative kommentarer har bl.a. været nyttigt i forhold til at sætte fokus på den kompleksitet, der er forbundet med patienters oplevelser og vurderinger. I denne forbindelse kan kvalitative tilgange være fordelagtige, da de gør det muligt at indfange sådanne nuancer gennem en indsigt i og forståelse af patienters oplevelser fra deres eget perspektiv. Modsetninger og detaljer kan risikere at blive overset, hvis patienternes oplevelser udelukkende undersøges fra et kvantitativt perspektiv gennem spørgeskemaundersøgelser, hvor patienter kan være nødt til at karakterisere oplevelser eller vurderinger som enten positive eller negative.

Flertydigheden i patienters oplevelser og vurderinger kan også udgøre en forklaring på, at der i undersøgelsen er flere negative end positive kommentarer til trods for, at omkring 90% af patienterne i de tre undersøgelser giver udtryk for at have et godt eller virkelig godt samlet indtryk eller vurdering af deres indlæggelse/besøg.⁴ Der er faktisk forholdsvis store forbedringspotentialer (negative svarandele), når der i undersøgelserne stilles spørgsmål til patienternes oplevelser på konkrete områder.⁵ Desuden viser patienttilfredshedsundersøgelser udført af Århus Amts sygehusvæsen, at patienter er mere tilbøjelige til at knytte kommentarer til negative end til positive oplevelser eller vurderinger (Riiskjær, 2003; s. 31). Herudover viser en polsk undersøgelse af forskelle i patienters svar på åbne og lukkede spørgsmål, at patienter, der besvarer et lukket spørgsmål positivt,

4 87% af patienterne i Københavns Amts undersøgelse, 90% af patienterne i LUP og 95% af patienterne i Roskilde Amts undersøgelse har et godt eller meget godt samlet indtryk eller vurdering af deres indlæggelse eller ambulante forløb (Enheden for Brugerundersøgelser, 2005; 2004a; 2004b).

5 I Roskilde Amts undersøgelse er der spørgsmål, hvor helt op til 70% af patienterne svarer negativt. I LUP og

Figur 4:
Meningstilkendegivelser
i udsagn

Positive udsagn	297
Negative udsagn	557
Neutrale udsagn	124
I alt	998

i en del tilfælde besvarer et tilsvarende åbent spørgsmål negativt (Marcinowicz 2002). Således er kommentarerne i undersøgelsen i højere grad en uddybning af patienternes negative end af deres positive oplevelser. Dette er imidlertid uproblematisk, eftersom undersøgelsen ikke tilstræber repræsentativitet. Tværtimod er de mange negative kommentarer et godt udgangspunkt for at få nuanceret viden om områder, der rummer forbedringspotentialer.

Som tidligere beskrevet er mange af de negative kommentarer specifikke og oplevelsesnære, mens kun få af dem er abstrakte og vurderende. En mulig forklaring på dette kan findes i resultaterne af en undersøgelse udført af Williams et al (1998). I undersøgelsen skelnes mellem patienters beskrivelser af deres oplevelser og deres efterfølgende evalueringer/vurderinger af disse oplevelser. Ifølge undersøgelsen munder en negativ oplevelse, som en patient har haft i forbindelse med en ydelse i sundhedsvæsenet, ikke nødvendigvis ud i en negativ vurdering. Hvorvidt det er tilfældet afhænger af, om patienten i egne øjne har krav på den pågældende ydelse, og om der er formildende omstændigheder til stede, der kan undskylde fraværet af ydelsen (Williams 1998). Dette kan få en patient til at foretage en positiv vurdering af en ellers negativ oplevelse. At de negative patientkommentarer i denne undersøgelse overvejende er beskrivelser af oplevelser, mens kun få af dem er vurderinger/evalueringer af oplevelser, kan muligvis hænge sammen med, at en række af de negative oplevelser grundet formildende omstændigheder har ført til positive vurderinger.

Et eksempel på dette ses i følgende citat:
„Ventetiden mellem de forskellige undersø-

gelser var for lang. Men det var ok, for det var samme læge. Alt i alt ok.“ Den pågældende patient har altså haft en negativ oplevelse med ventetid, men den fører ikke til en negativ vurdering, fordi ventetiden i patientens øjne kan retfærdiggøres med henvisning til, at hun blev undersøgt af den samme læge. I dette tilfælde er kontinuitet i forhold til personale altså en formildende omstændighed. En mere dybdegående analyse af disse sammenhænge er svær at foretage på baggrund af patienternes skriftlige kommentarer. Det vil kræve udførelse af kvalitative interview, hvor den fornødne indsigt i forholdet mellem oplevelser og vurderinger kan opnås.

Formulering af åbne spørgsmål

Undersøgelsen viser, at formuleringen af åbne spørgsmål har betydning for, hvilke forhold patienterne kommenterer. Således lader det til at være en god idé at overveje formuleringen af åbne spørgsmål nøje, da det rent faktisk er muligt at påvirke, hvad patienterne kommenterer. I denne forbindelse er det bl.a. vigtigt at reflektere over målet med den efterfølgende anvendelse af kommentarerne. Hvis man både er interesseret i at få kommentarer, der kan danne udgangspunkt for uddybning af kvantitative svar og videreudvikling af spørgeskemaer, kan det overvejes at medtage to åbne spørgsmål.

Kvantitative og kvalitative metoder

Kvalitative analyser af patienters kommentarer kan supplere kvantitative spørgeskemaundersøgelser ved bl.a. at bidrage til en nuancering af de kvantitative resultater.⁶ Ligesom kvantitative resultater af spørgeskemaundersøgelser ikke kan stå alene, kan heller ikke undersøgelser, der udelukkende består af kvalitative analyser af patientkommentarer, give et dækkende billede af patienters oplevelser. Der er eksempelvis den begrænsning ved kvalitative analyser af patientkommentarer, at de ikke som kvantitative metoder kan sige noget om udbredelsen af patienters

Københavns Amts undersøgelse er de største negative svarandele i relation til enkelte spørgsmål henholdsvis 55% og 56%. Det er især høje negative svarprocenter ved spørgsmål rettet mod personalekontinuitet, modtagelse af skriftlig information og information om årsag til ventetid ved ambulante besøg.

6 Også tidligere undersøgelser har illustreret anvendelsesmulighederne for kvalitative patientkommentarer. Det gælder bl.a. en litauisk undersøgelse af årsager til utilfredshed med sundhedsydelser (Bankauskaite & Saarelna, 2003) og en walisisk undersøgelse af kvinders kommentarer i forbindelse med brystkræftsymptomer og bryst-

oplevelser og vurderinger. Herudover kan de ikke, til trods for at de er kvalitative, erstatte udførelsen af kvalitative interview. Det intersubjektive aspekt i kvalitative interview gør det muligt for interviewerens at opnå en nuanceret indsigt i den interviewedes livsverden, som kan danne udgangspunkt for at skabe kvalitative data, der er langt mere detaljerede, end kvalitative kommentarer i et spørgeskema er. En af fordelene ved at analysere patientkommentarer fra spørgeskemaer frem for kvalitative interview er dog, at det er mindre ressourcekrævende, fordi det empiriske materiale allerede findes. I sidste ende bør metodevalg dog afhænge af karakteren af det undersøgte og formålet med at foretage undersøgelsen (Miles & Huberman, 1994; s. 76).⁷

At forskellige metodiske tilgange har hver deres muligheder og begrænsninger betyder, at en kombination og vekselvirkning mellem flere forskellige metoder i mange tilfælde er at foretrække (Ibid.; Danermark, 2003; Riis 2001). Selvom det ofte er ressourcekrævende at kombinere metoder, kan det give et stort udbytte, da det muliggør, at flest mulige fordele ved metoderne udnyttes, mens opmærksomheden samtidig er rettet mod begrænsninger ved metoderne.

Litteratur

- BANKAUSKAITE, V. OG SAARELMA, O. (2003). Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 15, Number 1: pp. 23-29.
- DANERMARK, B. ET AL. (2003). *Att förklara samhället*. Studentlitteratur 2003.
- ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER (2005). *Patients oplevelser på landet sygehuse 2004. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter*, Københavns Amt.
- ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER (2004A). *Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an?* Københavns Amt.
- ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER (2004B). *Ambulante patienters oplevelser i Roskilde Amt. Spørgeskemaundersøgelse blandt 4.400 ambulante patienter*. Københavns Amt.
- ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER (2004C). *Patients oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004*. Københavns Amt.
- JENKINSON, C. ET AL. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Healthcare*, Vol. 14, pp. 353-358.
- MARCINOWICZ, L. ET AL. (2002). Methodologic difficulties in measuring patient satisfaction – discrepancy coming from formulating questions. *Wiad Lek.* 2002; 55 Suppl. 1, pp. 335-40. (kun abstract, artikel er på polsk)
- MILES, M. B. & HUBERMAN, M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications.
- OLSEN, H. KVALITATIVE KVALER (2002). *Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelser kvalitét*. Akademisk forlag A/S.
- PETTERSEN, K. I. ET AL. (2003). Pasienterfaringer i norske sykehus – endringer over tid? *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* nr. 24, 2003; 123; pp. 3600-3.
- PILL, R. ET AL. (2003). Welsh women's comments about breast problems and the care given: a qualitative study in the community. *European Journal of Cancer Care* Vol. 12, pp. 240-248.
- RIIS, O. (2001). *Metoder på tværs. Om forudsætningen for sociologisk metodekombination*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- RIISKJÆR, E. (2003) *Hvad oplever patienten på sygehuset? Et afdelingsbaseret koncept til systematisk indsamling af patientoplevelser på somatiske sygehuse*. Århus Amt.
- WILLIAMS, B. ET AL. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc. Sci. Med.* Vol. 47, No. 9, pp. 1351-1359.

⁷ Herudover skal metodevalget være foreneligt med de ontologiske og epistemologiske antagelser, der ligger til grund for undersøgelsen.