2018

Faktarapport

Uddybende information om koncept og metoder

LUP Fødende

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

LUP Fødende 2018 - Faktarapport
Uddybende information om koncept og metoder

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

Enhedschef: Marlene Willemann Würgler

© Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, marts 2019

ISBN: 978-87-93048-55-3

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod
tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk/lup

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til: Cathrine Ørskov Kølbæk

Kompetencecenter for Patientoplevelser
Nordre Fasanvej 57
Hovedvejen indgang 13, 1. sal
2000 Frederiksberg
Telefon: 38649966
E-mail: lup@patientoplevelser.dk

Fotograf: Klaus Sletting

INDHOLD

Baggrund og formål **4**

Introduktion til faktarapporten *5*

Formålet med LUP Fødende *5*

Baggrund og udvikling af LUP Fødende *5*

Organisering af LUP Fødende ***7***

Projektorganisering 8

Projektledelse 9

Spørgeskemaet **10**

Samme spørgsmål år efter år 11

Årlige temaspørgsmål 11

Validering af spørgeskemaet **12**

Valideringen sikrer spørgsmålenes relevans og forståelighed 13

Kvinderne validerer spørgeskemaerne ved kognitive interviews 13

Validering blandt 23 kvinder 13

Udsendelse af spørgeskema **14**

Udsendelse via digital og fysisk post 15

Tidsforløb for undersøgelsen 15

Løbenummer tilknyttet hver kvinde 16

Inklusionskriterier og svarprocent **17**

Inklusionskriterier 18

Respondenters karakteristika og repræsentativitet **19**

Sammenligning af resultater **25**

Sammenligning med landsresultatet (O, U, G) 26

Sammenligning over tid 26

Vægtning **30**

1

Baggrund og formål

Introduktion til faktarapporten

Denne faktarapport beskriver koncept og metoden for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2018 (LUP Fødende 2018). Publikationen henvender sig til jer, der ønsker at få en mere detaljeret beskrivelse af undersøgelseskonceptet, herunder en dybere indføring i organiseringen af undersøgelsen, spørgeskemaet, indsamlingsmetoden og de statistiske analyser.

Formålet med LUP Fødende

LUP Fødende er en årlig spørgeskemaundersøgelse af kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Undersøgelsen er én ud af fire delundersøgelser, der tilsammen udgør den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Formålet med LUP Fødende er at få en samlet evaluering af fødende kvinders oplevelser gennem deres forløb fra graviditet til barsel, hvor de er i kontakt med flere sektorer og faggrupper. Undersøgelsen skal belyse og sammenligne kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel med det formål:

- At identificere forskelle i kvinders oplevelser inden for udvalgte temaer.
- At give input til at arbejde med forbedring af kvaliteten på landets fødesteder og i overgangen til sundhedsplejen.
- At kunne sammenligne fødestedernes resultater og regionsresultater med landsresultaterne.
- At kunne følge udviklingen i fødende kvinders oplevelser og vurderinger systematisk over tid.

Resultaterne fra undersøgelsen bliver opgjort på landsplan og for de enkelte regioner og fødesteder. Regioner, fødesteder og primær sektor kan dermed bruge LUP Fødende til at få et overblik over kvindernes oplevelser og udpege, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med for at forbedre den oplevede kvalitet.

Baggrund og udvikling af LUP Fødende

LUP Fødende blev iværksat for første gang i 2012 ud fra ønsket om at få mere systematisk viden om kvinders oplevelser under graviditet, fødsel og barsel. Fødende kvinder udgør en stor gruppe, som gennem deres graviditet, fødsel og barselsperiode har mange kontakter med sundhedsvæsenet både i primær og sekundær sektor. Kvinden er i forløbet i kontakt med flere fagpersoner i sundhedsvæsenet fx jordemoder og sundhedsplejerske. Kvinden er den eneste, der følger hele forløbet tæt, og har dermed særlige forudsætninger for at kunne udpege kvalitetsproblemer i forløbet.

Undersøgelsen gennemgik i 2017 en større udviklingsproces. Det betød, at resultaterne fra 2017 ikke kunne sammenlignes med resultaterne fra de tidligere undersøgelser. I år er det igen muligt at sammenligne resultaterne med sidste år, sådan at de enkelte fødesteders resultater i 2018 bliver sammenlignet med resultaterne fra 2017. På samme måde sammenlignes lands-, regions- og hospitalsresultater med resultaterne i sidste år.

Resultater for LUP Fødende 2018

Resultaterne for LUP Fødende 2018 på lands-, regions-, hospitals- og fødested er samlet i:

- Den nationale rapport for LUP Fødende 2018, der udpeger overordnede tendenser i resultaterne og går i dybden med udvalgte temaer.
- Nærværende faktarapport med uddybende information om metoden og konceptet for LUP Fødende 2018.
- Resultater for hvert fødested, hvert hospital og hver region. Rapporterne sendes til internt brug i uge 8 og offentliggøres i uge 11, 2019.
- Et omfattende bilagsmateriale med de samlede resultater på alle niveauer samt baggrundsoplysninger.

Al materiale kan fra uge 11 findes på www.patientoplevelser.dk/lupfod18

2

Organisering af LUP Fødende

Projektorganisering

LUP Fødende gennemføres i et samarbejde mellem flere parter. Projektorganiseringen skal sikre en bred repræsentation fra regionerne, Sundheds- og ældreministeriet samt patient- og pårørenderepræsentanter.

LUP Fødende er én ud af fire delundersøgelser i LUP og deler derfor organisering med de øvrige delundersøgelser. Organiseringen er illustreret i Figur 2.1.

Sundheds- og psykiatridirektørkredse

Regionernes sundheds- og psykiatridirektørkredse beslutter den økonomiske ramme, inden for hvilken Sekretariatet for LUP kan agere.

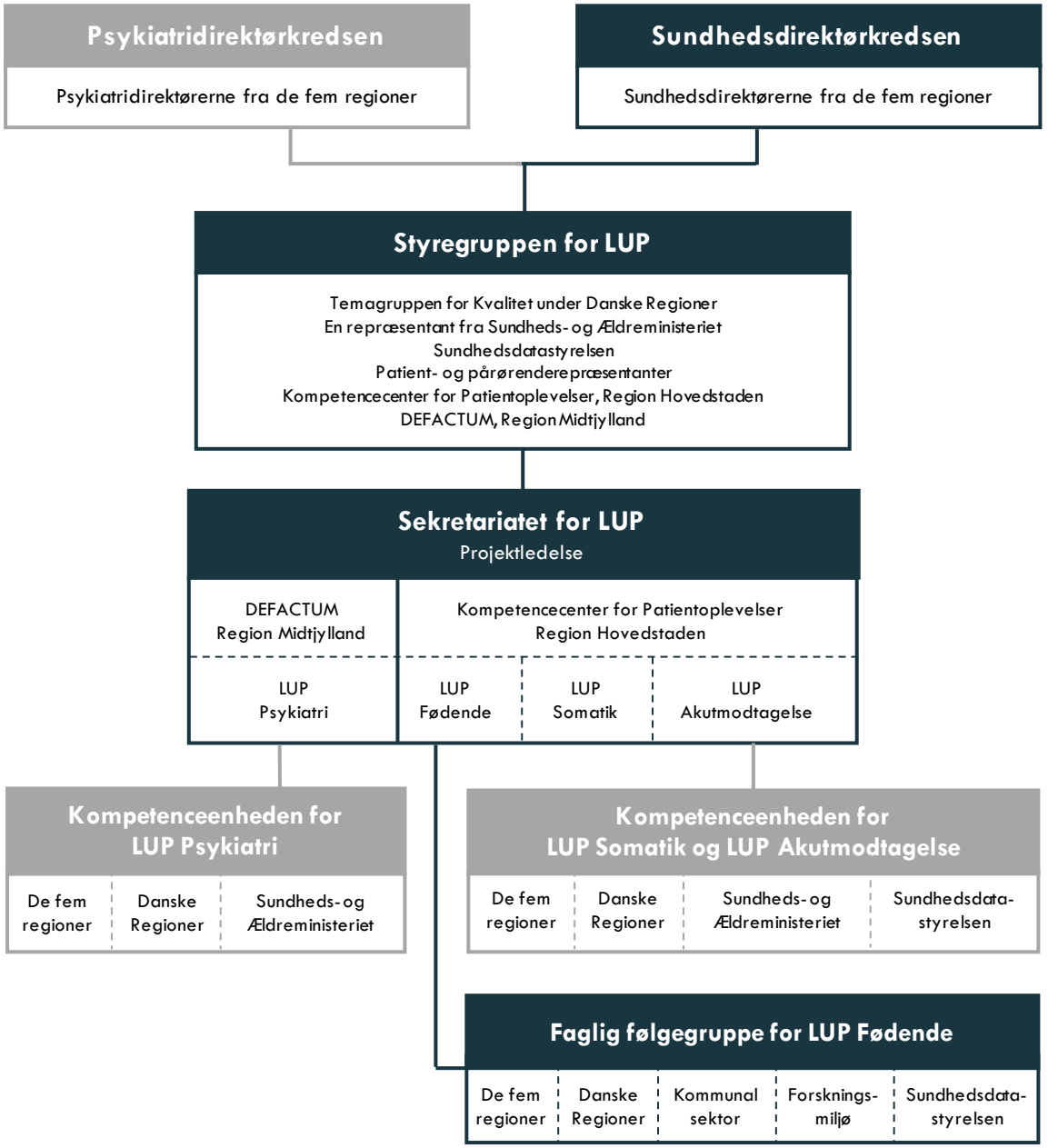
Styregruppen for LUP

Styregruppen for LUP har til opgave at træffe de overordnede beslutninger vedr. udvikling af de fire delundersøgelser i LUP samt indholdsmæssige aspekter af konceptet på baggrund af faglige input fra Sekretariatet for LUP.

Styregruppens opgaver:

- Drøfter og godkender undersøgelsesdesign.
- Drøfter og godkender de anvendte spørgeskemaer, herunder tager beslutning om årlige temaspørgsmål og fælles spørgsmål på tværs af undersøgelser.
- Drøfter og godkender rapporteringsform og -indhold, herunder tager beslutning om årlige temaer til de nationale rapporter.
- Drøfter og godkender de endelige nationale rapporter.
- Holder sig orienteret om øvrige kvalitetsinitiativer på nationalt plan for at varetage koordinering i relation til LUP, herunder måling af patienttilfredshed i øvrige dele af

Figur 2.1
Organiseringen af LUP Fødende



sundhedsvæsenet. Styregruppen vil gensidigt orientere hinanden på møderne.
- Sikrer løbende udvikling af delundersøgelserne og deres rapportering for at understøtte de forskellige niveauer i forhold til arbejdet med kvalitetsforbedringer.

Styregruppen består af Temagruppen for Kvalitet under Danske Regioner, en repræsentant fra Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner, op til fem patient- og pårørenderepræsentanter samt repræsentanter fra Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) og DEFACTUM.

Sekretariatet for LUP

KOPA og DEFACTUM varetager i fællesskab sekretariatsfunktionen. Sekretariatet for LUP sikrer koordination på tværs af delundersøgelserne både i forhold til drift, udvikling og håndtering af undersøgelsens interessenter, samt udformer og validerer undersøgelsens spørgsmål. Desuden kan Sekretariatet træffe beslutning om udlevering af data til fx forskning. Principielle drøftelser tages i Styregruppen for LUP, og i tvivlsspørgsmål vil Sekretariatet for LUP forelægge sagen for styregruppen. Sekretariatet refererer til Styregruppen for LUP.

Projektledelse

Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) i Region Hovedstaden har projektledelsen for LUP Fødende.

Projektledelsens opgaver:
- Udformer spørgsmål til de enkelte delundersøgelser.
- Validerer de endelige spørgeskemaer før udsendelse.
- Varetager dataindsamling.
- Analyserer datamaterialet, herunder databehandling og statistik.
- Udsender elektronisk ”pakke” med resultater til de enkelte regioner, hospitaler og afdelinger.
- Udarbejder nationale rapporter.
- Indkalder til og forbereder møder i kompetenceenhederne (LUP Somatik/Akutmodtagelse samt LUP Psykiatri) og den faglige følgegruppe (LUP Fødende).
- Udleverer data til forskere og studerende på anmodning.
- Udleverer data til Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen årligt (LUP Somatik, LUP Akutmodtagelse, LUP Fødende).

Faglig følgegruppe for LUP Fødende

Der er tilknyttet en faglig følgegruppe til LUP Fødende, der primært består af fagfolk inden for svangreområdet. Hver enkelt region har udpeget en til to medlemmer, som er enten jordemødre, obstetrikere eller sygeplejersker, der arbejder på landets fødesteder. Derudover indgår to sundhedsplejersker. Desuden indgår en repræsentant fra hhv. Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og foreningen ”Forældre og Fødsel”. En forsker inden for svangreområdet indgår også i følgegruppen.

Den faglige følgegruppes opgaver:
- Drøfter undersøgelsesdesign, temaer og kvalitetssikrer spørgeskemaet inden validering blandt målgruppen.
- Medvirker til, at undersøgelsens spørgsmål og resultater er relevante for praksis og kan anvendes til kvalitetsudvikling.
- Sikrer, at sekretariatet for LUP Fødende får kendskab til regionale og lokale forhold på svangre-området.
- Bistår sekretariatet med afklaring af praktiske forhold (fx organisatoriske ændringer).

3

Spørgeskemaet

LUP Fødende gennemgik i 2017 en større udviklingsproces, hvor spørgsmål og svarskalaer blev ændret i forhold til tidligere undersøgelser. I 2018 er der ikke tilføjet nye spørgsmål i spørgeskemaets faste kerne af spørgsmål. Det er intentionen, at det så vidt muligt er de samme nationale spørgsmål, der indgår i LUP Fødende fra år til år, da dette giver mulighed for at sammenligne undersøgelsens resultater over tid. Styregruppen for LUP har kommenteret og endelig godkendt spørgeskemaet for LUP Fødende 2018.

Samtlige spørgsmål i undersøgelsen er fælles på tværs af regionerne. Størstedelen af spørgsmålene benchmarkes i forhold til det nationale resultat idet de placeres over (O), under (U) eller på gennemsnittet (G) i forhold til landsresultatet (se kapitel 7).

Samme spørgsmål år efter år

Undersøgelsen indeholder spørgsmål om kvinders oplevelser med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditeten, fødslen og efter fødslen, som kan sammenlignes over tid. Det elektroniske spørgeskema består af en kerne af 46 faste spørgsmål og 4 åbne kommentarfelter, der går igen fra år til år. Størstedelen af de lukkede spørgsmål besvares på en fempunkts-skala gående fra "I meget høj grad (5)" til "Slet ikke (1)". Ud for hvert spørgsmål er der endvidere mulighed for at sætte et kryds i "Ikke relevant for mig" eller "Ved ikke". Enkelte spørgsmål er af faktuel karakter, som leder videre til et vurderingsspørgsmål.

Da spørgeskemaet er elektronisk, får kvinderne kun vist de spørgsmål, som er relevante for dem, (fx fødselsmåde, igangsættelse af fødsel og lignende). Det kan derfor variere, hvor mange spørgsmål kvinderne bliver stillet. Spørgeskemaet findes her.

Årlige temaspørgsmål

Undersøgelsen indeholder op til fem årlige temaspørgsmål. Temaspørgsmålene stilles som regel et år ad gangen, hvilket gør, at det ikke er muligt at følge udviklingen over tid for disse spørgsmål.

Temaspørgsmål kan enten kaste lys over aktuelle emner eller gå mere i dybden med nogle af de forhold, der spørges ind til i den faste kerne af spørgsmål.

Temaspørgsmålene i LUP Fødende 2018 udgør et spørgsmål og åbent kommentarfelt om kvindernes oplevelse af jordemoderkonsultationer (spørgsmål 51 og 52), samt to spørgsmål og et åbent kommentarfelt om kvindernes oplevelse af telefonrådgivningen, da fødslen gik i gang (spørgsmål 53, 54 og 55).

4

Validering af spørgeskemaet

Valideringen sikrer spørgsmålenes relevans og forståelighed

Spørgeskemaer og følgebreve bliver hvert år valideret for at sikre, at spørgsmålene stadig er relevante, for at teste eventuelle nye eller ændrede spørgsmål samt for at sikre forståeligheden af følgebrevet. Valideringen skal dermed afklare, om kvinderne forstår spørgsmålene, som de er tiltænkt, og om spørgsmålene er formuleret på en måde, der er letforståelig. Derudover afklares det om spørgeskemaet ud fra kvindernes opfattelse indeholder relevante aspekter af de udvalgte temaer.

Kvinderne validerer spørgeskemaerne ved kognitive interviews

Valideringen foregår ved kognitive enkeltpersoninterviews á ca. 15-30 minutters varighed, og gennemføres som telefoninterview.

Valideringen er gennemført i alle fem regioner blandt kvinder, der var til stede på de besøgte fødesteder de dage, hvor rekrutteringen foregik. Kvinderne er derfor tilfældigt udvalgt til valideringen og har alle udfyldt et spørgeskema forud for telefoninterviewet. Ved interviewene bliver kvinderne spurgt, hvordan de forstår udvalgte spørgsmål i spørgeskemaet, ligesom de bliver bedt om med egne ord at fortælle, hvad der bliver spurgt om i spørgsmålene. Kvinderne bliver endvidere spurgt, om svarmulighederne ved de enkelte spørgsmål er passende, om nogle spørgsmål er svære at forstå, samt om rækkefølgen er logisk. Ved flere spørgsmål bliver kvinderne bedt om at forklare, hvilken betydning de tillægger specifikke ord. Derudover bliver de spurgt, om der er nogen emner eller spørgsmål, de savner. Endelig får Kvinderne mulighed for at kommentere på længden af spørgeskemaet.

Validering blandt 23 kvinder

I forbindelse med valideringen af spørgeskemaet til LUP Fødende 2018, er der i maj 2018 gennemført i alt 23 valideringsinterview med kvinder, der har født, fra alle fem regioner.

Valideringen er foregået i to runder. Mellem de to runder er der afholdt et midtvejsmøde i Sekretariatet for LUP, hvor valideringens foreløbige resultater blev gennemgået, og hvorefter spørgeskemaerne fik indarbejdet ændringer, som kunne afprøves i anden runde. DEFACTUM har udført valideringsinterview i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark, mens Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) har udført valideringsinterview i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Der er udarbejdet en fælles spørgeguide til valideringsinterviewene, så valideringen er foregået ensartet i alle fem regioner.

5

Udsendelse af spørgeskema

Udsendelse via digital og fysisk post

I alt har 14.634 kvinder modtaget en invitation til at deltage i undersøgelsen enten via fysisk eller digital post. Alle kvinder med en digital postkasse har modtaget invitationen til undersøgelsen i deres digitale postkasse. Det digitale følgebrev indeholder bl.a. et digitalt link, hvor kvinden bliver ledt direkte hen til det elektroniske spørgeskema. 99 % af kvinderne har indledningsvist modtaget en invitation til undersøgelsen via digital post.

Kvinder, der ikke har en digital postkasse, har modtaget et fysisk brev, hvor der er indsat en et personligt login til udfyldelse af spørgeskemaet på internettet.

Tidsforløb for undersøgelsen

I Figur 5.1 fremgår det tidsmæssige forløb for LUP Fødende. Invitationerne bliver sendt ud i tre runder for at sikre, at der ikke går for lang tid, fra kvinderne har født, til de modtager et brev med invitation til undersøgelsen. Dvs. der har været en udsendelse til

Figur 5.1
Undersøgelsens tidsmæssige forløb

	Inklusionsperiode	Udsendelse af spørgeskemaer	Udsendelse af digital påmindelse	Udsendelse af fysisk påmindelse	Dataindsamling afsluttes	Resultater til afdelinger, sygehuse og regioner	Offentliggørelse
2018					**2019**		
Runde 1	1. – 31. august	Digital post: 14. sept. Fysisk post: 21. sept.	21. september	14. oktober			
Runde 2	1. – 30. september	Digital post: 15. okt. Fysisk post: 21. okt.	19. oktober	11. November	**Uge 2**	**Uge 8**	**Uge 11**
Runde 3	1. – 31. oktober	Digital post: 15 nov. Fysisk post: 24. nov.	22. november	9. december			

kvinder, der har født i henholdsvis august, september og oktober.

Der kan gå to til seks uger fra kvinderne har født, til de modtager en invitation til undersøgelsen. Kvinderne kan efterfølgende modtage op til to påmindelsesbreve, hvis de ikke har svaret på spørgeskemaet. Første påmindelsesbrev udsendes digitalt og kun til kvinder med digital postkasse. Det udsendes ca. en uge efter første invitation. Andet påmindelsesbrev udsendes med fysisk post, uanset om invitationen i første omgang er udsendt digitalt eller ej.

Der går syv uger fra dataindsamlingen slutter, til fødeafdelinger og regioner har resultaterne af undersøgelsen. Den samlede tidsperiode, fra kvinderne har født, til fødeafdelingen, hospitalet og regionen modtager resultaterne af undersøgelsen, er på mellem 16-29 uger, afhængig af hvornår i inklusionsperioden kvinderne har født.

Løbenummer tilknyttet hver kvinde

Spørgeskemaerne er påtrykt et løbenummer, så besvarelserne i undersøgelsens datasæt kun er knyttet til løbenummeret og ikke direkte til personhenførbare oplysninger. Løbenummeret sikrer, at der kun udsendes påmindelsesbreve til de kvinder, der endnu ikke har afgivet en besvarelse. Desuden sikrer løbenummeret, at kvindernes besvarelser kan kobles med baggrundsdata (fx alder, fødselserfaring og graviditetslængde) i afrapporteringen.

6

Inklusionskriterier og svarprocent

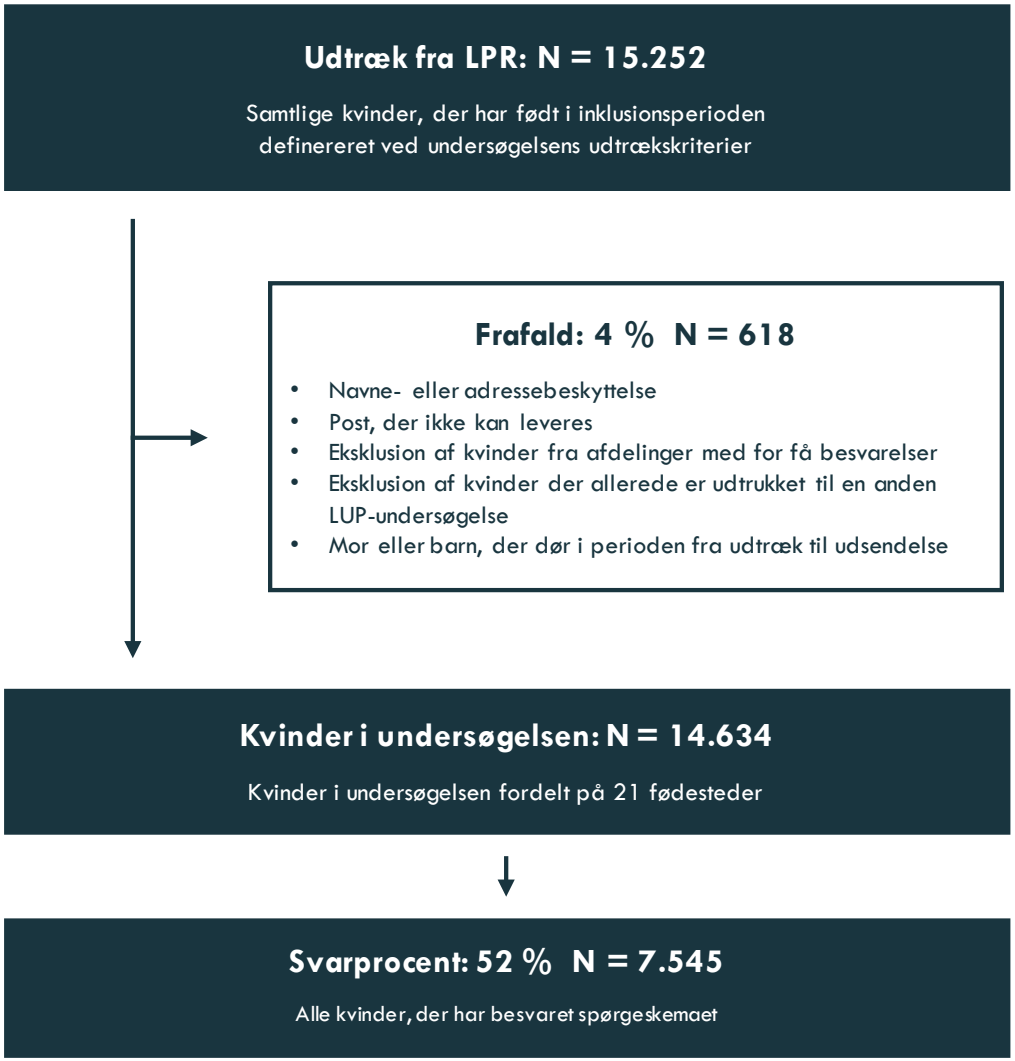
Inklusionskriterier

Undersøgelsen er baseret på et udtræk fra Landspatientregistret (LPR). Undersøgelsen omfatter alle kvinder, der har født et levendefødt barn hjemme eller på et af landets offentlige hospitaler i inklusionsperioden (august, september og oktober 2018) med mindre:

- De ved flerfoldsfødsel[1] har et eller flere dødfødte børn.
- De ikke er koblet sammen med et nyfødt barn i det Centrale Personregister (CPR) (fx bortadoption/tvangsfjernelse).
- De ikke har et dansk cpr-nummer.
- De står opført med navne- og adressebeskyttelse i Det Centrale Personregister (CPR)[2].

Figur 6.1 illustrerer udvælgelsesprocessen for kvinderne. I perioden august, september og oktober 2018 var der registret 15.252 fødsler i LPR. 4 % heraf frafaldt undersøgelsen af forskellige årsager (adressebeskyttelse, udtrukket til anden LUP-undersøgelse, ukendt modtager på adressen og frasortering, hvis enten mor eller barn var registreret døde). I alt har 14.634 kvinder modtaget en invitation til at besvare spørgeskemaet på internettet ved hjælp af et personligt login/et digitalt link, hvor kvinden bliver ledt direkte hen til det elektroniske spørgeskema. I alt har 7.545 kvinder besvaret spørgeskemaet. Det giver en samlet svarprocent på 52 %.

Figur 6.1
Oversigt over udvælgelsesproces for kvinder i undersøgelsen



[1] Flerfoldsfødsel betyder, at kvinden ved den aktuelle fødsel føder mere end ét barn, eksempelvis tvillinger eller trillinger. Enfoldsfødsel betyder, at der kun fødes ét barn ved den aktuelle fødsel.

[2] Læs mere om navne- og adressebeskyttelse her: https://cpr.dk/borgere/beskyttelser-i-cpr/

7

Respondenters karakteristika og repræsentativitet

Dette kapitel belyser respondenternes karakteristika ud fra udvalgte baggrundsoplysninger og spørgsmål. Derudover fremgår det ud fra en bortfaldsanalyse, hvorvidt respondenterne er repræsentative for fødende i udtrækket fra LPR[3]. Bortfaldsanalysen viser, om deltagerne i undersøgelsen adskiller sig væsentligt fra dem, der ikke deltager i undersøgelsen[4].

Respondenternes karakteristika er undersøgt ud fra følgende baggrundsvariable:

- Alder
- Fødselserfaring
- Graviditetslængde
- Enfold/flerfoldsfødsler
- Fødselslokation
- Fødselstype
- Om fødslen blev igangsat,
- Om der opstod komplikationer under fødslen
- Indlæggelsestid
- Periode fra udskrivelse til besøg af sundhedsplejerske

Alder

Respondenterne opdeles i fire aldersgrupper:

- Under 26 år
- 26-30 årige
- 31-35 årige
- Over 35 år.

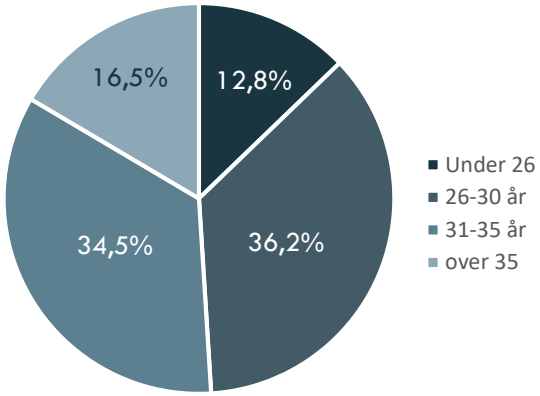
Størstedelen af besvarelserne kommer fra de 26-30 årige, efterfulgt af de 31-35 årige (Figur 8.1). Bortfaldsanalysen viser, at svarprocenten stiger i takt med alderen. Det betyder, at undersøgelsen har en overrepræsentation af respondenter over 35 år, hvorimod kvinder under 26 år er underrepræsenteret (se Tabel 7.1).

Tabel 7.1
Svarprocent fordelt på alder

Alder	Svarprocent
Under 26	44,1 %
26-30 år	50,0 %
31-35 år	55,3 %
Over 35	54,7 %

Note: Statistisk test for forskel viser: p<0,0001

Figur 7.1
Besvarelser fordelt på alder



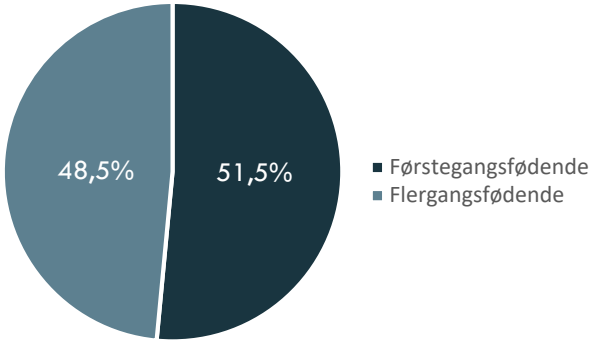
[3] For nogle af de valgte baggrundsvariable er oplysningerne ikke registreret i LPR. I de tilfælde har vi ikke mulighed for at lave en bortfaldsanalyse. Der vil dog stadig blive kommenteret på fordelingen af respondenter.

[4] Figurerne med svarprocenter indeholder et statistisk test. Her anvender vi et signifikansniveau på 2,5 %. Dermed er forskellene mellem grupperne statistisk signifikante såfremt p<0,025

Fødselserfaring

Respondenterne i undersøgelsen har forskellig fødselserfaring, og kan opdeles som henholdsvis førstegangsfødende og flergangsfødende. Figur 7.2 viser, at fordelingen mellem de to grupper er næsten ligelig med 48,5 % flergangsfødende og 51,5 % førstegangsfødende.

Figur 7.2
Besvarelser fordelt på fødselserfaring



Bortfaldsanalysen viser dog, at svarprocenten for førstegangsfødende er signifikant højere end for flergangsfødende, og førstegangsfødende er dermed overrepræsenteret i undersøgelsen Tabel 7.2.

Tabel 7.2
Svarprocent fordelt på fødselserfaring

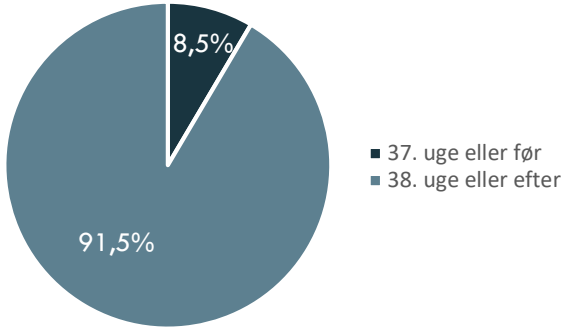
Fødselserfaring	Svarprocent
Førstegangsfødende	55,4 %
Flergangsfødende	47,9 %

Note: Statistisk test for forskel viser: p<0,0001

Graviditetslængde

Deltagerne i undersøgelsen kan også opdeles på graviditetslængde. Kvinderne er grupperet efter, om de har født for tidligt (37. uge eller før), eller om de har født i 38. graviditetsuge eller senere (38. uge eller efter). Figur 7.3 viser, at langt størstedelen af kvinderne har født i uge 38 eller senere (91,5 %). Bortfaldsanalysen i Tabel 7.3 viser endvidere, at kvinder som har født i 38. uge eller senere, er overrepræsenteret i undersøgelsen i forhold til kvinder, der har født for tidligt (37. uge eller før).

Figur 7.3
Besvarelser fordelt på graviditetslængde



Tabel 7.3
Svarprocent fordelt på graviditetslængde

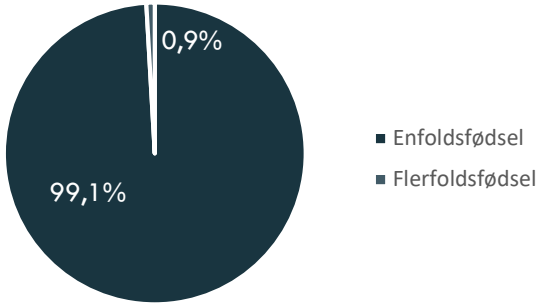
Graviditetslængde	Svarprocent
37. uge eller før	47,4 %
38. uge eller efter	51,9 %

Note: Statistisk test for forskel viser: p=0,0020

Enfolds- eller flerfoldsfødsler

Kvinder med enfoldsfødsel udgør 99 % af deltagerne i undersøgelsen (Figur 7.4).

Figur 7.4
Besvarelser fordelt på enfolds- eller flerfoldsfødsler



Bortfaldsanalysen i Tabel 7.4 viser, at svarprocenten for kvinder med enfoldsfødsel er signifikant højere end kvinder med flerfoldsfødsel, og derfor er kvinder med enfoldsfødsel overrepræsenteret i undersøgelsen.

Tabel 7.4
Svarprocent fordelt på enfolds- eller flerfoldsfødsler

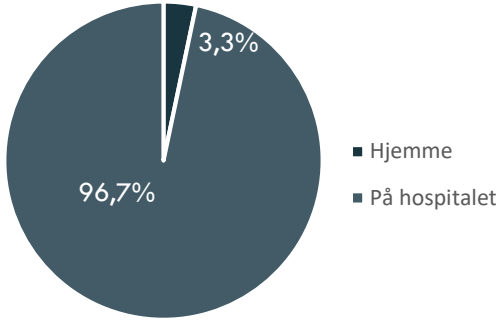
Enfolds- eller flerfoldsfødsel	Svarprocent
Enfoldsfødsel	51,7%
Flerfoldsfødsel	37,0%

Note: Statistisk test for forskel viser: p<0,0001

Fødselslokation

Figur 7.5 viser andelen af respondenter, der har født enten på hospitalet eller hjemme. 97 % af kvinderne i undersøgelsen har født på hospitalet, mens 3 % har født hjemme.

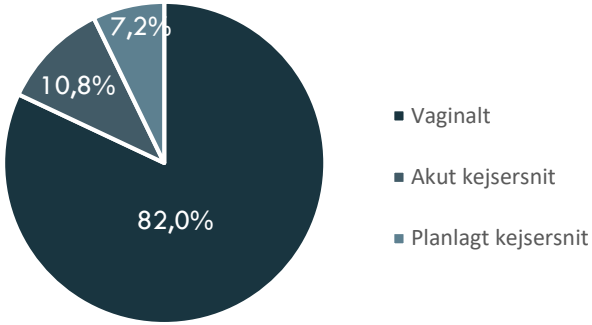
Figur 7.5
Besvarelse fordelt på hospitals- eller hjemmefødsel



Fødselstype

Respondenterne i undersøgelsen kan også opdeles efter fødselstype, og her har størstedelen af kvinderne født vaginalt (82 %). 11 % har født ved akut kejsersnit og 7 % har født ved planlagt kejsersnit (Figur 7.6).

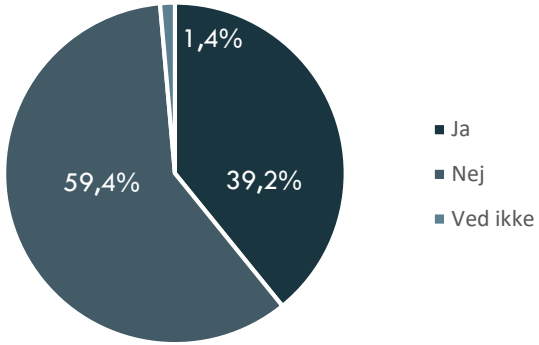
Figur 7.6
Besvarelser fordelt på fødselstype



Igangsættelse af fødsel

Når respondenterne i undersøgelsen opdeles på, om fødslen er sat i gang, viser det sig, at 39 % af kvinderne i undersøgelsen har fået igangsat deres fødsel (Figur 7.7).

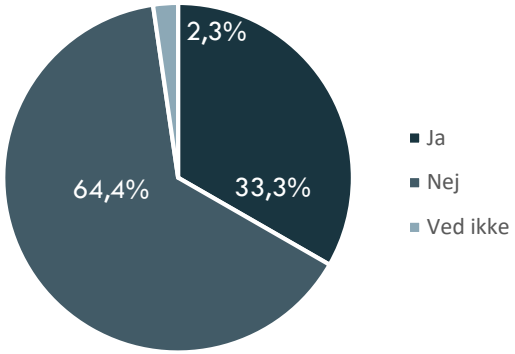
Figur 7.7
Besvarelser fordelt på igangsættelse af fødsel



Komplikationer under fødslen

En af baggrundsvariablene i undersøgelsen vedrører, om kvinderne selv vurderer, at der opstod komplikationer under deres fødsel. 64 % af kvinderne vurderer, at der ikke opstod komplikationer under fødslen, hvorimod 33 % vurderer, at der opstod komplikationer (Figur 7.8).

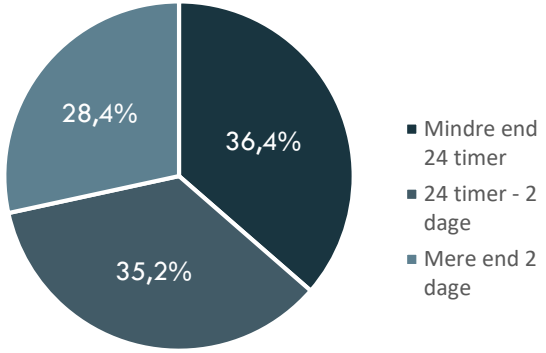
Figur 7.8
Besvarelser fordelt på komplikationer under fødslen



Indlæggelsestid

I undersøgelsen kan vi endvidere opdele respondenterne ud fra, hvor lang tid der gik, fra de havde født, til de tog hjem fra hospitalet. 36 % af kvinderne var indlagt i mindre end 24 timer, 35 % var indlagt mellem 24 timer og to dage, og 28 % var indlagt i mere end 2 dage (Figur 7.9).

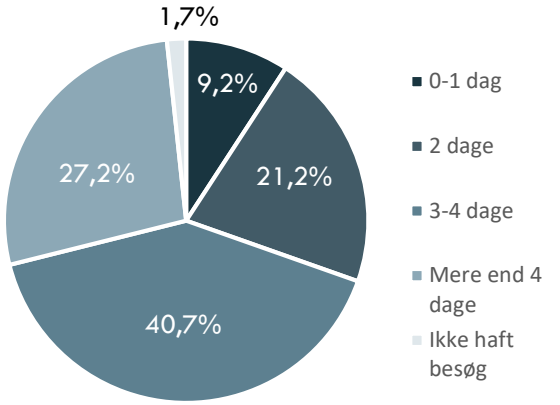
Figur 7.9
Besvarelser fordelt på indlæggelsestid



Periode fra udskrivelse til besøg af sundhedsplejersken

I forhold til hvor mange dage der går, fra kvinderne kommer hjem fra hospitalet, til de får besøg af sundhedsplejersken, svarer flest (41 %), at der gik 3-4 dage. 27 % af kvinderne fik besøg efter mere end 4 dage. 2 % har ikke haft besøg af sundhedsplejersken (Figur 7.10).

Figur 7.10
Besvarelser fordelt på periode fra udskrivelse til besøg af sundhedsplejerske



8

Sammenligning af resultater

Sammenligning med landsresultatet (O, U, G)

Resultater på regions-, hospitals- og afdelingsniveau sammenlignes med og placeres over (O), under (U) eller ikke forskelligt fra landsresultatet (G). Når vi i det følgende skriver "enheden", refererer vi til et af niveauerne: afdeling, hospital eller region. Vi nævner niveauet eksplicit i de tilfælde, hvor vi kun beskriver et bestemt niveau.

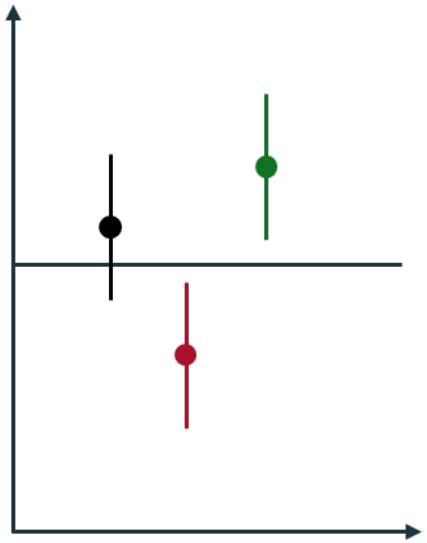
Sammenligningen med landsresultatet sker med uparret t-test (en uddybende forklaring af testet findes i boksen på side 23). Vi anvender forskellige signifikansniveauer, alt efter hvilken enhed vi sammenligner med landsresultatet (Se mere om differentierede signifikansniveauer i boksen på side 22).

Placeringen af enheden angives som:
O: over landsresultatet
U: under landsresultatet
G: ikke forskelligt fra landsresultatet

Et G betyder således, at enhedens resultat ikke adskiller sig signifikant fra landsresultatet.

Når du sammenligner placeringer, skal du være opmærksom på, at en enhed med et O ikke nødvendigvis er bedre end en enhed med et G. Figur 8.1 illustrerer forklaringen. Her vises tre enheder (en rød, en grøn og en sort), der er placeret i forhold til landsresultatet (den vandrette streg). Konfidensintervallerne for de tre resultater er markeret med de lodrette streger. Konfidensintervallet er et udtryk for den statistiske usikkerhed, resultatet er behæftet med. Konfidensintervallet for den sorte enhed overlapper landsresultatet, hvorved enheden får et G. Konfidensintervallet for den grønne enhed er lige præcis over landsresultatet, så grøn enhed får et O. Konfidensintervallerne for grøn og sort enhed overlapper, hvorfor vi ikke kan sige, at deres resultater er forskellige. Den røde enhed, som er under landsresultatet, klarer sig derimod signifikant dårligere end den grønne, da deres konfidensintervaller slet ikke overlapper.

Figur 8.1
Placering af afdelinger



Sammenligning over tid

Sammenligningen over tid sker mellem enhedens eget resultat i år og dens eget resultat fra året før. Sammenligning kræver, at den enkelte enhed eksisterer i begge år, og at spørgsmålet, der sammenlignes, er det samme i de to år.

Sammenligningerne over tid foregår med uparret t-test (Se boksen på side 23 for en forklaring af testet). Vi anvender forskellige signifikansniveauer alt efter, hvilken enhed vi

analyserer på (se boksen på side 22 om differentierede signifikansniveauer).

Sammenligningen over tid angives som[5]:
↗: bedre resultat i år sammenlignet med sidste år
↘: dårligere resultat i år sammenlignet med sidste år
→: ingen forskel på resultaterne i de to år

→ betyder således, at enhedens resultat i år ikke adskiller sig signifikant fra enhedens resultat sidste år.
↗ betyder altid, at kvinderne har en bedre oplevelse i år sammenlignet med sidste år.

Regions- og hospitalsresultaterne er aggregerede[6], idet der indgår mange afdelinger på disse overordnede niveauer. Det betyder, at fortolkningen af resultaterne skal være velovervejet. Der kan eksempelvis ske strukturelle ændringer i en region fra år til år. Nye afdelinger kommer til og andre flytter.

Vi sammenligner svarfordelingen fra alle regionens kvinder sidste år med svarfordelingen for alle regionens kvinder i år. Det betyder, at selv om en afdeling ikke længere eksisterer i resultaterne for i år, vil afdelingens resultater stadig indgå i sidste års resultat. På samme måde indgår en ny afdeling i dette års resultat. Hvis vi kun sammenligner de afdelinger, der indgår i begge år, vil det ikke afspejle regionens virkelighed eller for den sags skyld de resultater, vi offentliggør på regionsplan. Hvis en region ved, at der er sket meget store ændringer fra ét år til et andet, kan det være nødvendigt at gå ned på afdelingsniveau for at se, om en fremgang eksempelvis skyldes en ny afdeling, der hiver regionsresultatet op.

Den samme problematik kan gøre sig gældende for en afdeling. Et eksempel kunne være, at to afdelinger, A og B, er lagt sammen. Hvis den nye samlede afdeling, A+B, fortsætter under samme SKS-kode, som afdeling A havde sidste år, vil afdeling A's resultat fra sidste år blive sammenlignet med A+B's resultat i år. Det giver ikke mening at fortolke på sådanne resultater, men vi har ingen mulighed for at have detaljeret viden om, hvad der sker lokalt.

Når det ikke er muligt at sammenligne over tid

I nogle tilfælde er der ikke foretaget sammenligning over tid. Det kan der være følgende årsager til:

- Enheden var ikke med sidste år.
- Spørgsmålsformuleringen er ændret siden sidste måling. Nogle formuleringer ændrer sig så meget, at det ikke giver mening at sammenligne svarene fra i år med sidste år.
- Der er tilføjet et nyt spørgsmål til spørgeskemaet.

Nye eller ændrede spørgsmål i 2018

I den faste kerne af spørgsmål (spørgsmål 1-spørgsmål 50) er det kun spørgsmål 15, om tryghed ved telefonrådgivningen når fødslen går i gang, der har ændret sig. Resultaterne for dette spørgsmål kan derfor ikke sammenlignes med sidste år.

[5] Forklaringen af sammenligningerne over tid følger samme princip som Figur 8.1.

[6] For LUP Fødende er det få af hospitalsresultaterne, der er aggregerede, da der ofte kun ligger en fødeafdeling under det pågældende hospital.

Signifikansniveauer

Enhederne i undersøgelsen er af forskellig størrelse - ikke alene afdelingerne imellem, men også når vi aggregerer resultater på hospitals-, regions- og landsplan. Når vi sammenligner store enheder med hinanden, skal der ikke nær så stor forskel i gennemsnitsscoren til, før de bliver statistisk signifikant forskellige fra hinanden, som for de små enheder. Dette gælder vel at mærke, hvis vi bruger det samme signifikansniveau til sammenligning, uanset hvilke enheder vi sammenligner.

På landsplan har vi at gøre med meget større datamængder end på de enkelte afdelinger. Hvis vi bruger et signifikansniveau på 5 % på både lands-, regions-, hospitals- og afdelingsniveau, vil en mindre forskel i forhold til landsresultatet på regionsplan kunne give et signifikant forskelligt resultat, end for en afdeling. Derfor har vi sat signifikansniveauet lavere for regions- og landsplan.

Der er således differentieret signifikansniveau, alt efter hvor aggregeret et plan vi analyserer på.

Land/region	2,5 %
Hospital/Afdeling	5,0 %

.

Uparret t-test

Vi anvender uparret t-test, når vi sammenligner gennemsnitsscorer. Overordnet laver vi to typer af sammenligninger:

1. Sammenligning af en enhed med landsresultatet:
   Konkret foregår det ved, at enhedens gennemsnit sammenlignes med gennemsnittet for alle de resterende svar eksklusive enhedens egne svar. Testen viser, om enhedens svar er med til signifikant at trække landsresultatet ned eller op, og dermed også om enhedens svar er dårligere eller bedre end de resterende svar. Denne sammenligning viser, om enhedens resultat er over (O), under (U) eller ikke signifikant forskelligt (G) fra landsresultatet.

2. Sammenligning af en enheds resultat i år med samme enheds resultat fra sidste år:
   Resultatet af testen illustreres med pile, hvor ↗ indikerer et bedre resultat i år end sidste år, ↘ et dårligere og → at resultaterne ikke er signifikant forskellige i de to år.

I sjældne tilfælde er datagrundlaget så spinkelt, at analysen ikke giver mening. Dette er indikeret med en stjerne (*). Analyserne er genereret ved hjælp af statistikprogrammet SAS.

9
Vægtning

Når vi aggregerer afsnit til afdelings-, hospitals-, regions- eller landsniveau, indgår svar fra kvinderne med forskellig vægt alt efter størrelsen på det afsnit, de har været på. Vi vægter for at få aggregerede resultater, der afspejler samtlige kvinders oplevelser og ikke blot oplevelser fra de kvinder, som vi har fået svar fra. Landsresultatet skal eksempelvis afspejle alle fødende kvinders oplevelser af sundhedssektorens tilbud i Danmark.

Undersøgelsen er en populationsundersøgelse, idet vi som udgangspunkt spørger alle fødende i inklusionsperioden. Vi kan dog ikke i praksis spørge alle, da nogle er adressebeskyttede. Endvidere vil der være en vis grad af non-response (dvs. at svarprocenten ikke er 100). Det er derfor nødvendigt at vægte.

Vægten er koblet på hver respondent og beregnes på følgende måde:

$$\text{Vægt} = \frac{\text{Afsnittets totale antal unikke personer i inklusionsperioden}}{\text{Afsnittets antal svar i undersøgelsen}}$$

Hver enkelt kvindes svar tæller altså for et større antal fødende kvinder, hvorved store afsnit får større indflydelse på regionens resultater end små afsnit. Under antagelse af at kvinder, der deltager i undersøgelsen, ikke adskiller sig væsentligt fra kvinder, der ikke deltager, sikrer vægtningen, at resultaterne er repræsentative for samtlige fødende kvinder fra de deltagende afsnit i inklusionsperioden. Figur 9.1 illustrerer, hvordan vi foretager vægtningen.

Figur 9.1
Eksempel der illustrerer vægtning på en afdeling

Afdeling X

	Afsnit A					Afsnit B				
Kvinder i inklusionsperiode:	3400					60				
Svar:	170					30				
Vægt:	3400/170 = 20					60/30 = 2				
Svarfordeling:	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)
	43 %	**46 %**	**9 %**	**2 %**	**0 %**	**51 %**	**47 %**	**2 %**	**0 %**	**0 %**
Uvægtet afdelingsresultat:	4,39									
Vægtet afdelingsresultat:	4,36									

Afsnit A har 3400 kvinder i inklusionsperioden, mens afsnit B har 60. Svarfordelingen på de to afsnit er forskellig. En større andel af afsnit B's kvinder svarer "I meget høj grad" end afsnit A's. Hvis vi ikke vægter afsnittenes resultater, når vi aggregerer dem til et afdelingsresultat, så får vi i dette eksempel et oppustet gennemsnit, da afsnit B's kvinder tæller for meget i resultatet. Det vil ikke afspejle de fødende kvinders oplevelser på afdelingen som et hele, da der er flere kvinder på afsnit A, hvor kvinderne ikke har så stor tendens til at bruge svarkategorien "I meget høj grad". Det vægtede afdelingsresultat viser resultatet, vi ville få, hvis vi spurgte alle 3460 kvinder på afdelingen. Det er en anelse mindre end det uvægtede afdelingsresultat.