2018

Faktarapport

Uddybende information om koncept og metode

LUP Somatik

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

LUP Somatik 2018 - Faktarapport
Uddybende information om koncept og metode

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerme

Enhedschef Marlene Willemann Würgler

© Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, marts 2019

ISBN: 978-87-93048-56-0

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

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til: Pernille Vang Sørensen

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

Fotograf: Klaus Sletting

INDHOLD

Baggrund og formål	**4**
Organisering af LUP Somatik	**7**
De tre spørgeskemaer	**10**
Validering af spørgeskemaer	**13**
Udsendelse af spørgeskemaer	**15**
Inklusionskriterier, stikprøve og svarprocenter	**18**
Respondenternes karakteristika og repræsentativitet	**22**
Sammenligning af resultater	**29**
Vægtning	**34**
Opsummering af resultater i dimensioner	**37**
Bilag	**39**

1

Baggrund og formål

Introduktion til faktarapporten

Denne faktarapport beskriver konceptet og metoden for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i somatikken 2018 (LUP Somatik 2018). Publikationen henvender sig til de, der er interesserede i at få en mere detaljeret beskrivelse af undersøgelseskonceptet herunder en dybere indføring i organiseringen, spørgeskemaet, indsamlingsmetoden, patienternes karakteristika og de statistiske analyser.

Formålet med LUP

LUP Somatik er én ud af fire delundersøgelser, der tilsammen udgør den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). LUP Somatik deler derfor formål med de øvrige delundersøgelser i LUP.

LUP gennemføres som en årlig, national måling af indlagte og ambulante patienters oplevelser af mødet med det danske sundhedsvæsen på tværs af regioner og offentlige hospitaler. Patienter, der er behandlet på privathospitaler efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og hvor behandlingen dermed er finansieret af regionerne, indgår også i LUP.

LUP gennemføres på vegne af de fem regioner i Danmark.

Formålet med LUP er at:

- Identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser inden for udvalgte temaer på tværs af landet.
- Følge udviklingen i patienters oplevelser og vurderinger systematisk over tid.
- Levere data til arbejdet med kvalitetsforbedringer, herunder målrettede oplysninger for de enkelte patient- og pårørendegrupper.

Resultaterne fra LUP bliver opgjort på landsplan og for de enkelte regioner, hospitaler og afdelinger/ambulatorier/ afsnit. De pågældende organisatoriske enheder kan dermed bruge resultaterne fra LUP til at få et overblik over patienternes oplevelser over tid og udpege, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med for at forbedre den patientoplevede kvalitet. LUP er således et redskab til at arbejde med kvalitetsforbedringer på nationalt niveau samt på regions-, hospitals-, afdeling- og afsnitsniveau. LUP giver endvidere mulighed for løbende at monitorere politiske tiltag.

Baggrund og udvikling af LUP Somatik

Siden den første LUP Somatik blev gennemført i 2000, er konceptet løbende blevet ændret for at forbedre og optimere undersøgelsen i henhold til ønsker fra interessenter, ændringer i sundhedsvæsenets organisering, registreringspraksis og patientgrundlag samt som følge af nye teknologiske muligheder.

Fra 2000-2006 blev LUP Somatik gennemført hvert andet år og kun indlagte patienter fra udvalgte specialer var inkluderet. Hospitalsniveauet var den gang det mest detaljerede niveau, der blev opgjort resultater på. Fra 2009 er LUP Somatik blevet gennemført som en årlig landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af patienters oplevelser blandt både indlagte og ambulante patienter på landets hospitaler. Resultaterne for LUP Somatik er siden 2009 og frem til dette års undersøgelse blevet opgjort på landsplan og for hver region, hospital og afdeling/ambulatorium.

Resultater for LUP Somatik 2018

Resultaterne for LUP Somatik 2018 på lands-, regions-, hospitals- og afdelingsniveau er samlet i:

- Den nationale rapport for LUP Somatik 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 Somatik 2018.
- Resultater for hver afdeling, 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, for henholdsvis planlagte indlagte, akut indlagte og ambulante patienter.

Al materiale kan fra uge 11 findes på www.patientoplevelser.dk/lup18.

2

Organisering af LUP Somatik

Projektorganisering

LUP Somatik gennemføres i et samarbejde mellem flere parter. Projektorganisationen skal sikre en bred repræsentation fra regionerne, Sundheds- og Ældreministeriet samt patient- og pårørenderepræsentanter.

LUP Somatik er én ud af fire delundersøgelser i LUP og deler derfor organisering med de øvrige delundersøgelser. Organiseringen af LUP 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 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.

Projektledelsen

KOPA varetager projektledelsen af LUP Somatik. Projektledelsen varetager den overordnede koordinering og praktiske gennemførelse af de enkelte delundersøgelser.

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).

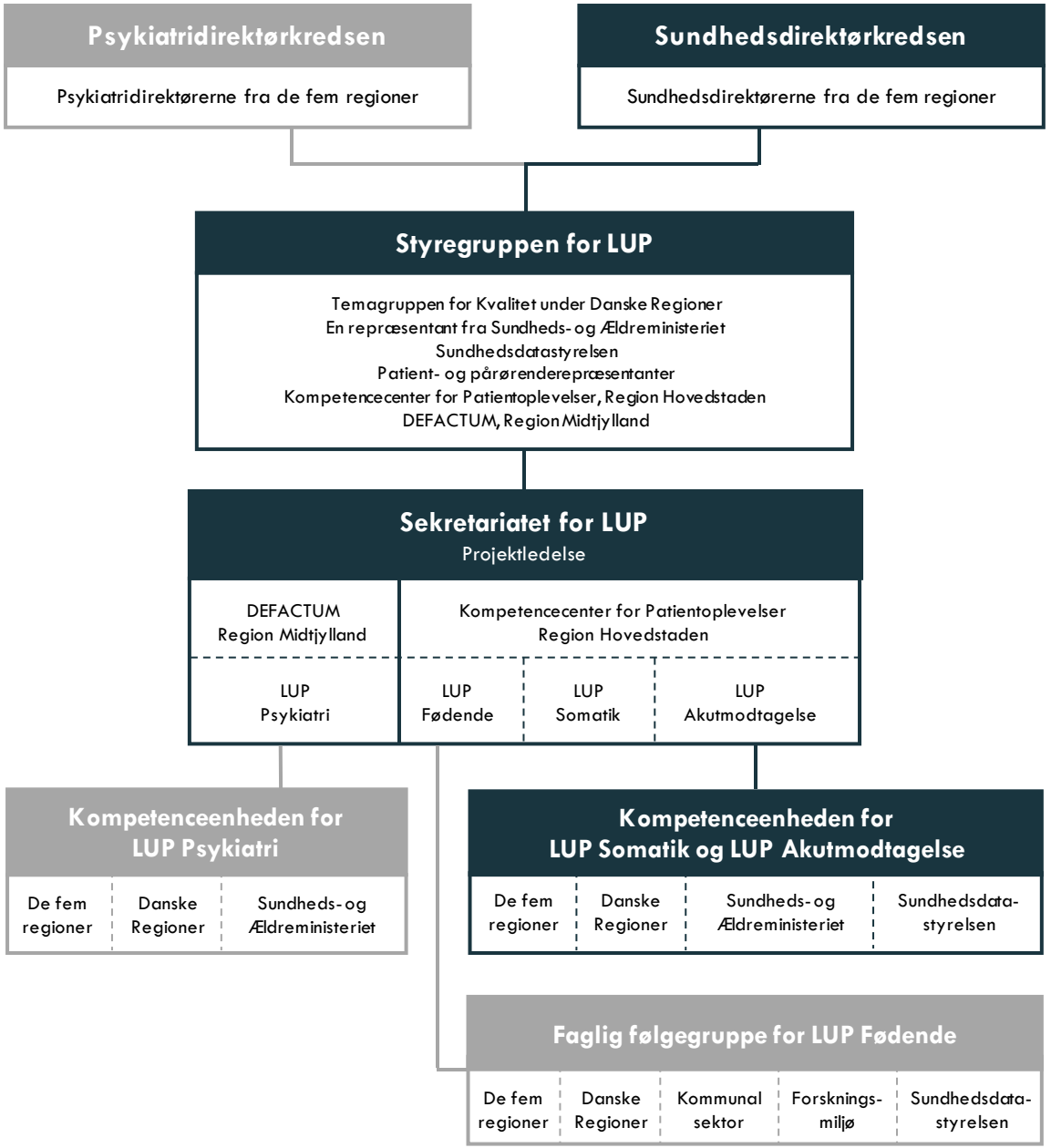
Kompetenceenheden for LUP Somatik og LUP Akutmodtagelse

Kompetenceenheden består af en faglig repræsentant fra hver af de fem regioner, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen og Sekretariatet for LUP.

Kompetenceenhedens opgaver:

- Inddrages i udformningen af spørgeskemaer, herunder valg af temaspørgsmål og årlige temaer til de nationale rapporter.
- Sikrer at regionale og lokale forhold, ønsker og behov inddrages i planlægningen af de to delundersøgelser.
- Bistår Sekretariatet med afklaring af praktiske forhold (fx opdatering af afdelingsnavne)
- Bistår Sekretariatet i rekruttering af patienter og klinikere i forbindelse med udvikling og validering af spørgeskemaer.
- Er bindeled mellem projektledelsen og regionernes kvalitetsafdelinger samt kliniske medarbejdere.

Figur 2.1
Organisationsdiagram for LUP



3

De tre spørgeskemaer

Tre spørgeskemaer - Èn undersøgelse

LUP Somatik inkluderer tre patientgrupper:

- planlagt indlagte patienter
- akut indlagte patienter
- planlagt ambulante patienter

Til hver patientgruppe er der udarbejdet et selvstændigt spørgeskema[1]. Spørgeskemaerne består dels af en række spørgsmål, som er enslydende for to eller tre patientgrupper, og dels af spørgsmål, der er specifikke for de enkelte patientgrupper.

Samme spørgsmål år efter år

Så vidt det er muligt, er det de samme spørgsmål, der indgår i LUP Somatik fra år til år, da dette giver mulighed for at sammenligne undersøgelsens resultater over tid. Derfor består hver af de tre spørgeskemaer hovedsageligt af en fast kerne af spørgsmål, hvor spørgsmålsformuleringerne fastholdes fra år til år.

Spørgsmålene i den faste kerne af spørgeskemaet berører følgende temaer:

- Modtagelsen på afdelingen/ambulatoriet
- Personalet (adfærd og tilgængelighed)
- Personalets involvering af patienten
- Patientoplevede fejl
- Basale forhold under indlæggelsen (ex. søvn, mad, hygiejne)
- Rengøring
- Information før og under indlæggelse/besøg samt information vedrørende udskrivelsen
- Samarbejde med den kommunale pleje (kun indlagte patienter)
- Tilgængelighed og rådgivning (kun ambulante patienter)
- Samlet indtryk

Årlige tema-spørgsmål

Udover den faste kerne af spørgsmål indeholder spørgeskemaerne op til fem temaspørgsmål, der kan udskiftes fra år til år. Temaspørgsmålene stilles som regel for et år ad gangen, hvilket ikke gør det muligt at følge en udvikling over tid i svarene på disse spørgsmål. Temaspørgsmål kan enten benyttes til at kaste lys over aktuelle emner eller til grundigere at belyse nogle af de forhold, der spørges ind til i den faste kerne af spørgsmål. Temaspørgsmålene kan være ens på tværs af to eller tre patientgrupper eller være forskellige mellem patientgrupperne.

I LUP Somatik 2018 er planlagt indlagte og ambulante patienter blevet stillet de samme fire tema-spørgsmål om Patientansvarlig læge (PAL): Tre lukkede spørgsmål samt et åbent kommentarfelt. Akut indlagte patienter er blevet stillet fire andre tema-spørgsmål, der handler om relationen mellem patienten og sundhedspersonalet samt om inddragelse af pårørende.

Spørgeskemaernes opbygning og svarskala

De tre spørgeskemaer indeholder mellem 33 og 41 lukkede spørgsmål og derudover mellem fire og fem åbne kommentarfelter. Størstedelen af de lukkede spørgsmål besvares på en fempunkts-skala gående fra ”I meget høj grad (5)” til ”Slet ikke (1)”. Enkelte spørgsmål er af faktuel karakter og besvares med enten ”Ja” eller ”Nej”. Ud for hvert spørgsmål er der endvidere mulighed for at sætte et kryds i ”Ikke relevant for mig” eller ”Ved ikke”.

De åbne kommentarfelter er knyttet til forskellige temaer i spørgeskemaet, mens det ét kommentarfelt er af mere generel karakter. De åbne kommentarfelter giver patienterne mulighed for at uddybe deres svar, skrive

[1] Spørgeskemaerne er udarbejdet af Sekretariatet for LUP i samarbejde med Kompetenceenheden for LUP Somatik på baggrund af resultaterne af et større evaluerings- og udviklingsarbejde i 2012-2014. De tre spørgeskemaer kan findes her: www.patientoplevelser.dk/lup18/skema

deres positive og negative kommentarer og/eller komme med forslag til forbedringer.

Samme spørgeskemaer på tværs af landet

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

Fælles spørgsmål med LUP Psykiatri

Fra 2017 er der syv spørgsmål og to kommentarfelter, der er ens på tværs af de to delundersøgelser, LUP Somatik og LUP Psykiatri. Det drejer sig om følgende spørgsmål:

- Personalet har sat sig ind i patienternes sygdomsforløb ved samtaler om patientens sygdom/tilstand.
- Personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med sygdom/tilstand.
- Patienterne får den information om sygdom/tilstand og undersøgelse/behandling, de har brug for.
- Patienterne er tilfredse med behandlingen.
- Patienterne er alt i alt tilfredse med besøgets/besøgenes/indlæggelsens forløb.
- Patienterne er med til at træffe beslutninger om undersøgelse/behandling i ønsket omfang.
- Patienterne oplever fejl.

4

Validering af spørgeskemaer

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 patienterne forstår spørgsmålene, som de er tiltænkt, og om spørgsmålene er formuleret på en måde, der er letforståelig for patienterne. Derudover afklares det om spørgeskemaet ud fra patienternes opfattelse indeholder relevante aspekter af de udvalgte temaer.

Patienterne validerer spørgeskemaerne ved kognitive interviews

Valideringen foregår ved kognitive enkeltperson-interviews á ca. 15-30 minutters varighed, og hovedparten af interviewene finder sted på hospitalet, mens patienterne er indlagt/i ambulant behandling.

Såvel indlagte som ambulante patienter, der er til stede på de besøgte afdelinger og ambulatorier de dage, hvor valideringen finder sted, bliver tilfældigt udvalgt til validering og bliver bedt om at udfylde et spørgeskema forud for interviewet. Ved interviewene bliver patienterne 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. Patienterne 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 patienterne bedt om at forklare, hvilken betydning de tillægger specifikke ord. Derudover bliver de spurgt, om der er nogen emner eller spørgsmål, som de savner. Endelig får patienterne mulighed for at kommentere på længde og udseende af spørgeskemaet.

Validering blandt 130 patienter

Valideringen er gennemført af Sekretariatet for LUP i perioden 12. – 30. april 2018. Der er i alt foretaget 130 validerings-interview fordelt på 13 interview for planlagt indlagte patienter, 51 interview for akut indlagte patienter og 66 interview for ambulante patienter. Interviewene er foretaget i alle fem regioner på ni hospitaler fordelt på 23 sengeafdelinger og ambulatorier.

Valideringen er foregået i to runder. Omkring 2/3 af interviewene er gennemført i første runde og resten i anden runde. 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. Spørgsmålene vedr. Patientansvarlig læge (PAL) er på møderne koordineret med resultaterne af valideringen for de tilsvarende spørgsmål i LUP Psykiatri. DEFACTUM har udført valideringsinterview i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark, mens Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) har udført valideringsinterview i Region Syddanmark, 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 spørgeskemaer

Udsendelse via digital og fysisk post

I alt har 35.117 planlagt indlagte, 67.123 akut indlagte og 167.721 ambulante patienter modtaget en invitation til at deltage i undersøgelsen enten via fysisk eller digital post.

Alle patienter med en digital postkasse har modtaget invitationen til undersøgelsen i deres digitale postkasse. Børn under 15 år har modtaget invitationen via forældres digitale postkasse. Det digitale følgebrev indeholder bl.a. et direkte link, så patienterne bliver ledt direkte til det elektroniske spørgeskema. Patienter, der ikke har en digital postkasse, har modtaget et fysisk brev indeholdende følgebrev, spørgeskema og frankeret svarkuvert. I det fysiske følgebrev er der også angivet en personlig kode til log-in, så patienter, der ønsker det, har mulighed for at besvare spørgeskemaet elektronisk.
I invitationerne til deltagelse samt i den trykte og i den elektroniske version af spørgeskemaet er afdelingens/ambulatoriets og hospitalets navn angivet, så patienterne ved, hvilken indlæggelse eller hvilket besøg de skal udfylde spørgeskemaet på baggrund af.

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	Planlagt og akut indlagte: 4. – 31. august Ambulante: 17. – 31. august	Digital post: 14. sept. Fysisk post: 21. sept.	21. september	14. oktober			
Runde 2	Planlagt og akut indlagte: 3. – 30. september Ambulante: 17. – 30. september	Digital post: 15. okt. Fysisk post: 21. okt.	19. oktober	11. november	**Uge 2**	**Uge 8**	**Uge 11**
Runde 3	Planlagt og akut indlagte: 4. – 31. oktober Ambulante: 18. – 31. oktober	Digital post: 15. nov. Fysisk post: 24. nov.	22. november	9. december			

Tidsforløb for undersøgelsen

Spørgeskemaet er udsendt til patienter, der har været indlagt i perioden august til og med oktober 2018. Figur 5.1 viser de nøjagtige inklusionsperioder og giver et overblik over undersøgelsesforløbet.

Udsendelsen gennemføres á tre runder for at sikre, at der går kortest mulig tid fra patienterne bliver udskrevet eller har haft et besøg, til de modtager et spørgeskema. Der går to til fem uger efter udskrivelse eller besøg på ambulatorium til patienten modtager et spørgeskema. Ca. en uge efter modtagelsen af første invitation, vil patienter, der har modtaget følgebrevet via digital post, og som endnu ikke har udfyldt spørgeskemaet, modtage en digital påmindelse. Alle patienter, uanset udsendelsesform, der ikke besvarer spørgeskemaet inden for 2-3 uger, modtager en påmindelse inkl. spørgeskema og frankeret svarkuvert med fysisk post.

Afhængigt af om patienterne har haft et besøg i starten eller i slutningen af inklusionsperioden, går der 16-29 uger fra patienterne har været på afdelingen/ ambulatoriet til afdelingen, hospitalet og regionen modtager egne resultater til internt brug.

Løbenummer knyttet til hver patient

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 patienter, der endnu ikke har afgivet en besvarelse. Desuden sikrer løbenummeret, at der ikke forekommer besvarelse af spørgeskemaet fra samme patient både i papirversionen og internetversionen samt, at patienternes besvarelser kan kobles med baggrundsdata (fx køn, alder, indlæggelsestid) i afrapporteringen.

6

Inklusionskriterier, stikprøve og svarprocenter

Inklusionskriterier

Undersøgelsen er baseret på et udtræk af patienter fra Landspatientregistret (LPR). Undersøgelsen omfatter både somatisk indlagte og planlagt ambulante patienter fra landets offentlige sygehuse. Derudover er somatiske patienter fra privathospitaler, som er behandlet efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og hvor behandlingen dermed er finansieret af regionerne, også inkluderet i undersøgelsen.

Udtrækket er defineret ved, at:

- Patienterne er udskrevet fra en afdeling/har besøgt et ambulatorium, der indgår i undersøgelsen, inden for inklusionsperioden.
- Patienter, der har haft flere indlæggelser/flere ambulante besøg i en af de tre del-inklusionsperioder, indgår i udtrækket med deres seneste udskrivelse/ambulante besøg.
- En patient kan kun indgå i én af undersøgelsens patienttyper – altså i én af de tre i LUP Somatik, i LUP Fødende eller LUP Akutmodtagelse.

Desuden er udtrækket defineret ved, at følgende grupper ikke indgår i undersøgelsen:

- Patienter under 1 år fra gynækologisk-obstetriske afdelinger.
- Raske ledsagere og raske nyfødte.
- Kvinder, der går til svangerskabskontrol.
- Fødende kvinder.
- Kvinder, hvor svangerskabet ender i abort.

Specialer der ikke indgår i LUP Somatik

LUP Somatik inkluderer ikke patienter fra specialerne fysio-/ergoterapi. Patienter, der er knyttet hertil møder ofte ikke læger og sygeplejersker, hvorfor spørgeskemaet ikke er målrettet disse patienter.

Desuden indgår specialet billeddiagnostik og de to parakliniske specialer klinisk biokemi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin ikke. Spørgeskemaerne er valideret blandt patienter indenfor disse specialer, og det viste, at patienterne ofte er tilknyttet sporadisk til disse afdelinger med få kortvarige kontakter med fokus på diagnostik og ikke på behandling og pleje. I mange tilfælde vil patienterne, der kommer på disse afdelinger ikke møde behandlingsansvarlige læger eller sygeplejersker, idet patienterne er tilknyttet en anden stamafdeling på hospitalet.

For det radiologiske speciale er der desuden registreringsmæssige mangler i udtrækket fra LPR. Spørgeskemaet er derfor vurderet til ikke at være egnet til disse patienttyper.

Specialer/afdelinger hvor deltagelse er valgfri

For det parakliniske speciale, neurofysiologi, er der på de enkelte afdelinger forskellig organisering af patienternes forløb og deres tilknytning til afdelingen. Derfor blev det fra 2016 muligt for afdelingerne selv at vælge, om de ville indgå i LUP Somatik, hvis de vurderede, at spørgeskemaet gav mening for deres patienter. Det samme gør sig gældende for specialet anæstesiologi og herunder intensivafdelingerne, hvor det fra 2017 blev muligt for afdelingerne selv at vælge, om de ville indgå i LUP Somatik eller ej.

Dannelse af stikprøve

I dannelsen af stikprøverne skelnes der mellem de tre patienttyper: planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter. En afdeling defineres som udgangspunkt ud fra afdelings-klassifikationens sjette ciffer. Det sker dog, at enheder deles op eller slås sammen, så det afspejler den ledelsesmæssige organisering på det pågældende hospital.

Stikprøven til undersøgelsen består af et tilfældigt udvalgt udsnit af det samlede udtræk med op til 400 patienter på hver afdeling/ambulatorium pr patienttype. På afdelinger/ambulatorier, hvor der har været færre end 400 patienter i inklusionsperioden, er samtlige patienter inkluderet i undersøgelsen.

Hvis patienterne på en afdeling dækker flere matrikler eller flere specialer, opjusteres stikprøven fra 400 til maksimalt 1200 afhængig af ambulatoriets størrelse. Er der færre end det fastsatte antal, er samtlige patienter inkluderet.

Tabel 6.1
Stikprøvestørrelser

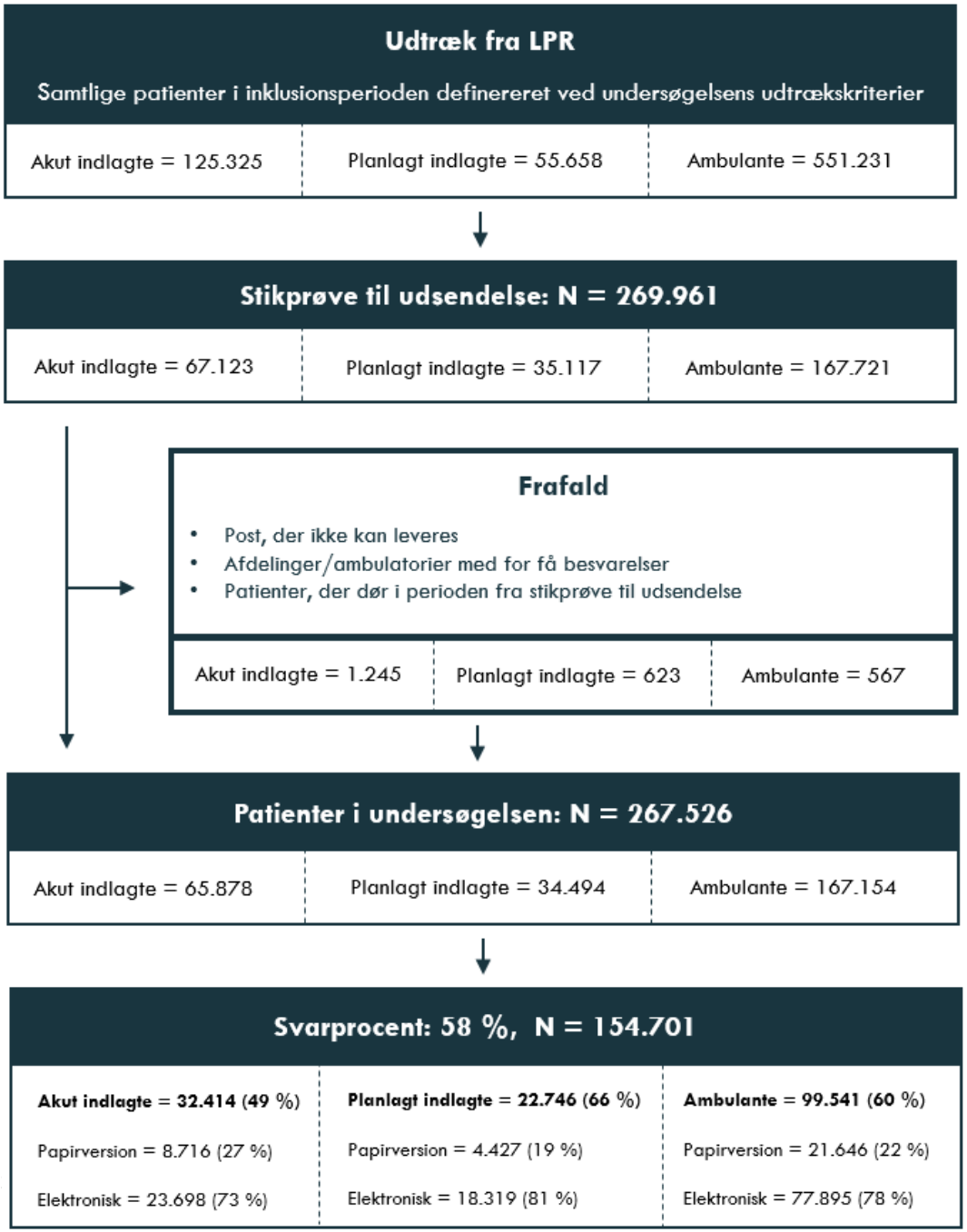
Matriker/specialer	Antal
1 matrikel/speciale	400
2 matrikler/specialer	600
3-4 matrikler/specialer	900
5+ matrikler/specialer	1.200

Efter udtagelse af stikprøven er der et frafald af patienter fra undersøgelsen på grund af post, der ikke kan leveres, og patienter, der dør i perioden fra stikprøven til udsendelse af spørgeskema. Derudover ekskluderer vi afdelinger/ambulatorier med færre end 30 personer i stikprøven og afdelinger/ambulatorier med færre end 20 besvarelser i undersøgelsen. Det sker af hensyn til patienternes anonymitet. I LUP Somatik 2018 fordeler patienterne sig på i alt 436 afdelinger, hvor én eller flere af de tre patientgrupper planlagt indlagte, akut indlagte eller ambulante patienter er tilknyttet.

Svarprocenter

Figur 6.1 illustrerer udvælgelsesprocessen for patienterne. Som det ses af figuren består patientgrundlaget i undersøgelsen af i alt 269.961 patienter. Heraf har 154.701 patienter besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en samlet svarprocent på tværs af de tre patientgrupper på 58 % (se Figur 6.1).

Figur 6.1
Udvælgelsesproces for patienter i undersøgelsen



7

Respondenternes karakteristika og repræsentativitet

Dette kapitel belyser respondenternes karakteristika ud fra udvalgte baggrundsoplysninger for henholdsvis planlagt indlagte, akut indlagte og planlagt ambulante patienter. Gennem en bortfaldsanalyse beskrives det, hvorvidt der er en skævvridning i, hvem der besvarer spørgeskemaet. Dvs. om deltagerne i undersøgelsen adskiller sig væsentligt fra dem, der ikke deltager i undersøgelsen.[2]

Kapitlet undersøger respondenternes karakteristika og repræsentativitet ud fra en række baggrundsvariable. Baggrundsvariablene køn og alder er gennemgående for alle tre patientgrupper. Indlæggelsesdagen og indlæggelsestidspunktet undersøges for de akut indlagte patienter, og indlæggelseslængden og udskrivelsesdag illustreres for de planlagt indlagte og akut indlagte patienter.

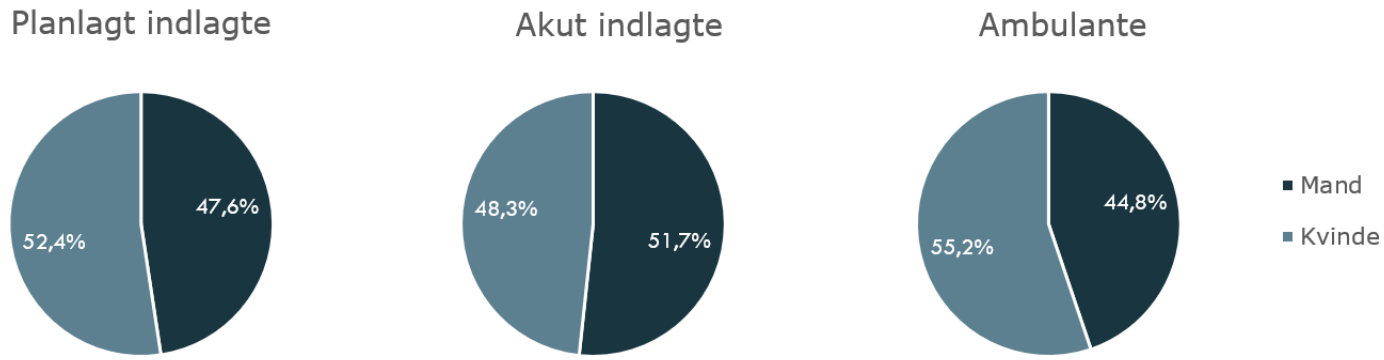
[2] Figurerne med svarprocenter indeholder et statistisk test. Her anvendes et signifikansniveau på 0,5 %. Dermed er forskellene mellem grupperne statistisk signifikante såfremt $p<0,005$

Køn

For både planlagte indlagte og ambulante patienter er der flest kvinder, som har besvaret spørgeskemaet, henholdsvist 52% og 55 % (se Figur 7.1). Bortfaldsanalysen viser, at svarprocenten for planlagt indlagte kvinder er signifikant højere end mændenes. Kvinderne er dermed overrepræsenterede i denne patientgruppe (se Tabel 7.1). For de ambulante patienter afspejler den større andel af kvinder i undersøgelsen imidlertid virkeligheden, da der er samme svarprocent for kvinder og mænd.

For akut indlagte er 52% af respondenterne mænd (se Figur 7.1). Mændene er dog ikke overrepræsenterede i undersøgelsen ifølge bortfaldsanalysen (se Figur 7.1).

Figur 7.1
Besvarelser fordelt på køn



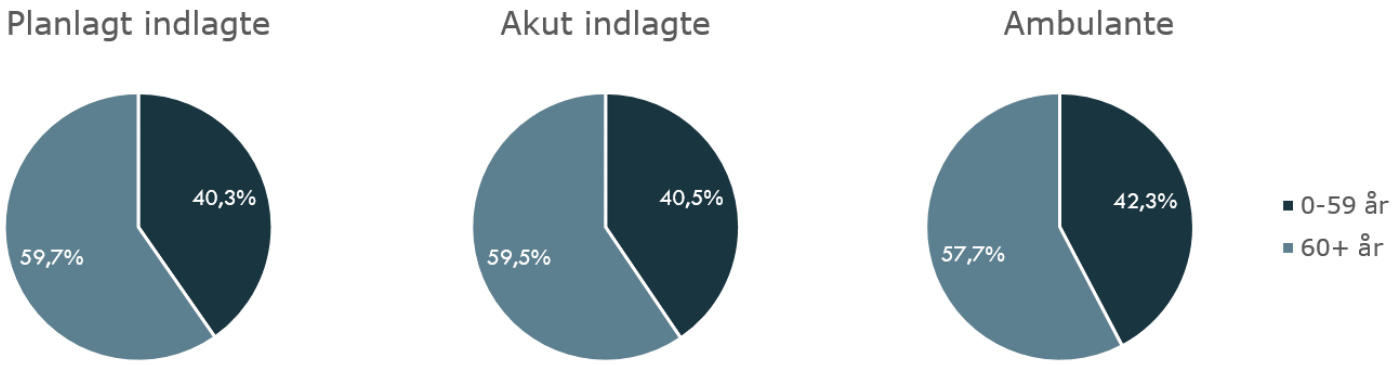
Tabel 7.1
Svarprocent fordelt på køn

Køn	Planlagt indlagte	Akut indlagte	Ambulante
Mand	64,8%	49,7%	59,3%
Kvinde	67,0%	48,7%	59,8%
Statistisk test for forskel	p<0,0001	p=0,0101	p=0,0371

Alder

Patienterne, der har svaret på undersøgelsen, kan opdeles i to aldersgrupper: 0-59 år og 60+ år. Størstedelen af besvarelserne på tværs af de tre patientgrupper kommer fra de 60+ årige (se Figur 7.2). Bortfaldsanalysen viser endvidere, at svarprocenten for de 60+ årige er signifikant højere end for de 0-59 årige. Dermed er der en betydelig overrepræsentation af patienter i aldersgruppen 60+ år i forhold til de 0-59 årige i alle tre patientgrupper (se Tabel 7.2). Ved at inddele alder i fem grupper med 20-års intervaller, viser bortfaldsanalysen endvidere, at det for alle tre patientgrupper er de 60-79-årige, som har den højeste svarprocent, mens de 20-39-årige har den laveste (se bilag).

Figur 7.2
Besvarelser fordelt på alder



Tabel 7.2
Svarprocent fordelt på alder

Køn	Planlagt indlagte	Akut indlagte	Ambulante
0-59 år	55,6%	43,0%	48,0%
60+ år	75,4%	54,5%	72,3%
Statistisk test for forskel	P<0,0001	P<0,0001	P<0,0001

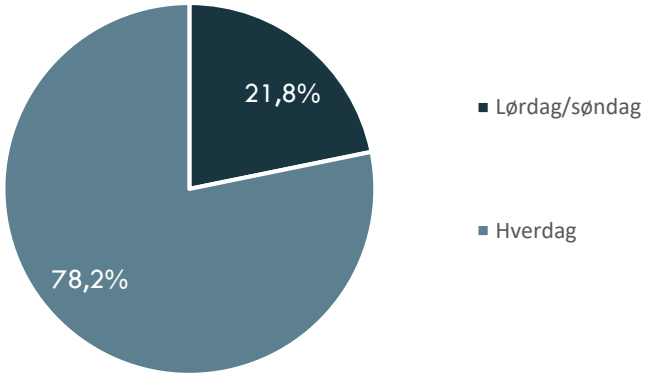
Indlæggelsesdag

I forhold til på hvilke dage de akut indlagte patienter er blevet indlagt (lørdag/søndag eller hverdag) er 78% blevet indlagt i hverdagene og 22% er blevet indlagt lørdag eller søndag (se Figur 7.3). Bortfaldanalysen viser, at der ikke er en skrævvridning i, hvem der besvarer opgjort på indlæggelsesdagen (se Tabel 7.3).

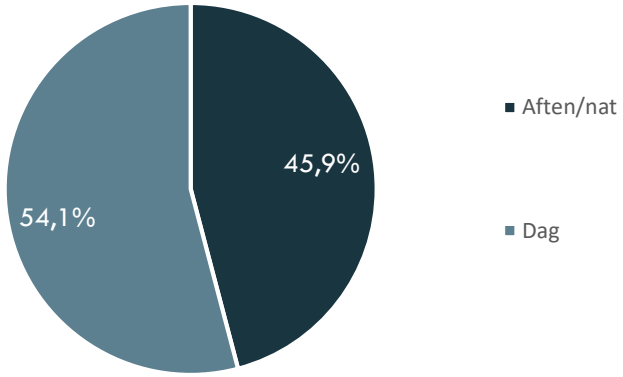
Indlæggelsestidspunkt

Ved at se på de akut indlagte patienter ud fra indlæggelsestidpunkt (aften/nat eller dag), ses det, at 54% af respondenterne er blevet indlagt om dagen (se Figur 7.4). Bortfaldsanalysen viser, at patienter indlagt om dagen har en større tendens til at svare sammenlignet med de patienter, der er blevet indlagt i løbet af aftenen eller natten (se Tabel 7.4).

Figur 7.3
Akut indlagte – Besvarelser fordelt på indlæggelsesdag



Figur 7.4
Akut indlagte – Besvarelser fordelt på indlæggelsestidspunkt



Tabel 7.3
Akut indlagte – svarprocent fordelt på indlæggelsesdag

Indlæggelsesdag	Svarprocent
Lørdag/søndag	49,1%
Hverdag	49,2%

Note: Statistisk test for forskel viser: p= 0,7434

Tabel 7.4
Akut indlagte – svarprocent fordelt på indlæggelsestidspunkt

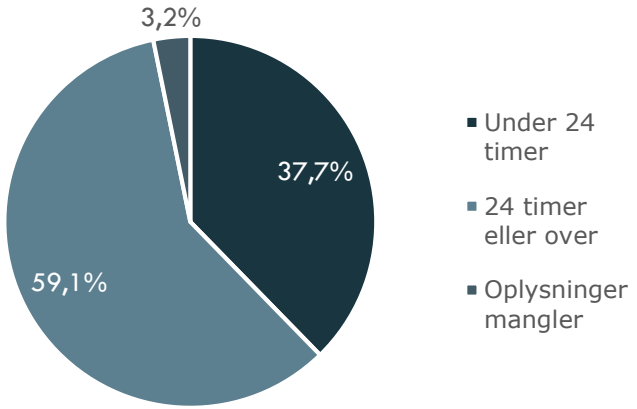
Indlæggelsestidspunkt	Svarprocent
Aften/nat	48,3%
Dag	50,0%

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

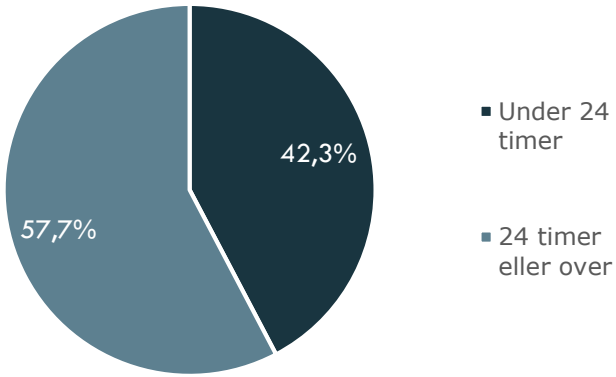
Indlæggelseslængde

Næsten 60 % af de planlagt indlagte og akut indlagte patienter har været indlagt i et døgn eller mere (se Figur 7.5 og Figur 7.6). For både planlagt indlagte og akut indlagte er denne gruppe overrepræsenteret i undersøgelsen, da flere patienter, der har været indlagt et døgn eller mere, vælger at svare på spørgeskemaet. Oplysningen om indlæggelseslængde mangler for de fleste af privathospitalerne, hvilket er grunden til de 3,2 % i denne kategori. Til gengæld har privathospitalerne generelt en bedre svarprocent, som kommer til udtryk i den høje svarprocent på 77,8 % for gruppen af patienter, hvor vi ikke kender deres indlæggelsestid.

Figur 7.5
Planlagt indlagte – besvarelser fordelt på indlæggelseslængde



Figur 7.6
Akut indlagte – besvarelser fordelt på indlæggelseslængde



Tabel 7.5
Planlagt indlagte – svarprocent fordelt på indlæggelseslængde

Indlæggelseslængde	Svarprocent
Under 24 timer	60,7%
24 timer eller over	69,2%
Oplysninger mangler	77,8%

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

Tabel 7.6
Akut indlagte - svarprocent fordelt på indlæggelseslængde

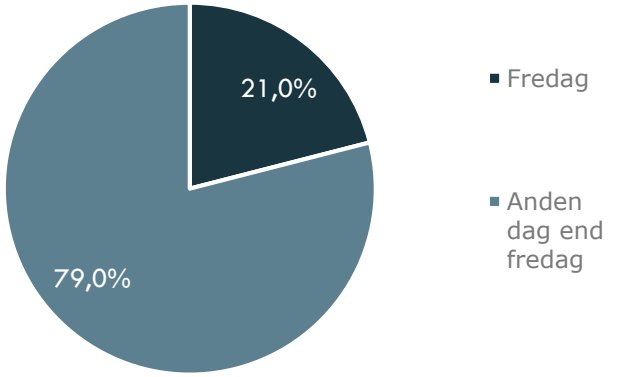
Indlæggelseslængde	Svarprocent
Under 24 timer	46,9%
24 timer eller over	51,1%

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

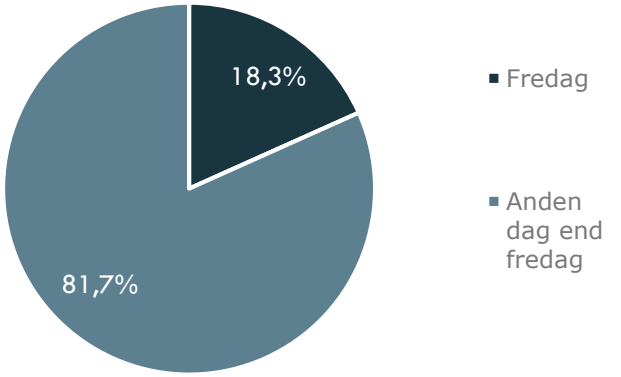
Udskrivelsesdag

Planlagt indlagte og akut indlagte patienter kan, udover indlæggelseslængden, også opddeles efter udskrivelsesdag (fredag eller en anden dag end fredag). For begge patientgrupper bliver langt størstedelen af patienterne, som har svaret på spørgeskemaet, udskrevet en anden dag end fredag (se Figur 7.7 og Figur 7.8).

Figur 7.7
Planlagt indlagte - besvarelser fordelt på udskrivelsesdag



Figur 7.8
Akut indlagte – besvarelser fordelt på udskrivelsesdag



Tabel 7.7
Planlagt indlagte – svarprocent fordelt på udskrivelsesdag

Udskrivelsesdag	Svarprocent
Fredag	65,4%
Anden dag end fredag	66,1%

Note: Statistisk test for forskel viser: p=0,3135

Tabel 7.8
Akut indlagte – svarprocent fordelt på udskrivelsesdag

Udskrivelsesdag	Svarprocent
Fredag	48,9%
Anden dag end fredag	49,3%

Note: Statistisk test for forskel viser: p=0,5107

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). Sammenligningerne foregår inden for hver af patientgrupperne, planlagt indlagte, akut indlagte og planlagt ambulante. Når vi i det følgende skriver "enheden", refererer vi således til et af niveauerne: afdeling, hospital eller region. Vi nævner niveauet eksplicit i de tilfælde, hvor vi kun beskriver et bestemt niveau.

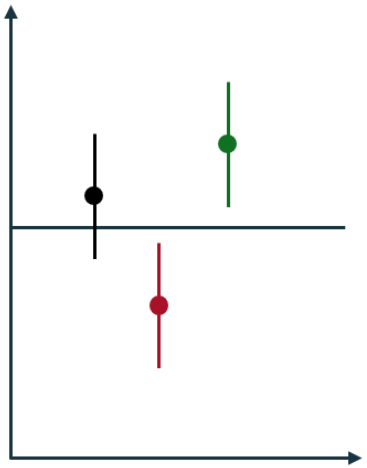
Sammenligningen med landsresultatet sker med uparret t-test. En uddybende forklaring af disse analyser findes i boksen side 31. Vi anvender forskellige signifikansniveauer, alt efter hvilken enhed vi sammenligner med landsresultatet. Se mere om differentierede signifikansniveauer i boksen side 33.

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 med et G. Figur 8.1 illustrerer forklaringen. Der er tre enheder (en rød, en grøn og en sort), der er placeret i forhold til landsresultatet (den vandrette streg). Konfidensintervallene for de tre resultater er markeret med de lodrette streger. Konfidensitervallet er udtryk for den statistiske

Figur 8.1
Statistiske sammenligninger
[Figur - Undertitel]



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, så vi kan ikke 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.

Sammenligning over tid

I LUP foregår sammenligningen over tid mellem enhedens eget resultat i år og dens eget resultat fra året før.[3] Sammenligning kræver, at den enkelte enhed

[3] For lands- og regionsniveau sker der også sammenligning for dimensionerne over en toårig periode. Således sammenlignes dimensionsresultatet i år både med resultatet fra sidste år og forrige år.

eksisterer i begge år, og at spørgsmålet er det samme i de to år.

Sammenligningerne over tid foregår med uparret t-test. En uddybende forklaring af disse analyser findes i boksen nedenfor. Vi anvender forskellige signifikansniveauer alt efter, hvilken enhed vi analyserer på (se boks side 33 om differentierede signifikansniveauer).

Sammenligningen over tid angives som[4]:
- ↗: 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 patienterne har en bedre oplevelse. I spørgsmål om ventetid betyder ↗ altså, at færre patienterne oplever ventetid, og ikke at der er en stigende andel, der oplever ventetid.

Regions- og hospitalsresultaterne er aggregerede, idet der indgår mange afdelinger på disse overordnede niveauer. Det betyder, at fortolkningen af resultaterne skal være velovervejet. Der kan ske store strukturelle ændringer på et hospital fra år til år. Nye afdelinger kommer til og andre flytter. I LUP sammenligner vi svarfordelingen fra alle hospitalets patienter fra sidste år med svarfordelingen for alle hospitalets patienter 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

Uparret t-test

Vi bruger 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 eksklusiv 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 forskellig (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.

[4] Forklaringen af sammenligningerne over tid følger samme princip som Figur 7.1.

en ny afdeling i dette års resultat. Hvis vi kun sammenligner de afdelinger, der indgår i begge år, vil det ikke afspejle hospitalets virkelighed eller for den sags skyld de resultater, vi offentliggør på hospitalsplan. Hvis en hospitalsledelse 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 hospitalsresultatet 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 spørgeskemaerne for de tre patientgrupper er der en fast kerne af spørgsmål, der i udgangspunktet holdes konstante, så der kan foretages tidssammenligning. Fra 2017 til 2018 er der imidlertid ændret i ét spørgsmål, som stilles til både planlagt indlagte og planlagt ambulante. Det gælder spørgsmålet: "Oplevede du, at én eller flere person(er) havde et særligt ansvar for dit samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante forløb." Dette spørgsmål er ændret, så patienten nu udelukkende spørges, om der var én læge, der havde et særligt ansvar. Det betyder, at der ikke er tidssammenligning for dette spørgsmål (Planlagt indlagte: spørgsmål 38 – Planlagt ambulante: spørgsmål 32).

Temaspørgsmålene er nye, idet det er tanken at denne del af spørgeskemaet skal udskiftes fra år til år, så det giver mulighed for at afdække aktuelle temaer. Temaspørgsmålene bliver derfor ikke sammenlignet over tid.

Ingen ændringer af spørgsmål i dimensionerne

Der er ikke ændringer i de spørgsmål, der indgår i dimensionerne. Der er derfor muligt at sammenligne alle dimensionsresultaterne med sidste års resultat.[5]

[5] Det er også muligt at sammenligne alle dimensionerne med resultatet fra 2016.

Signifikansniveauer

Enhederne i undersøgelsen har meget forskellig størrelse. Ikke alene afdelingerne iblandt, men også når vi aggregerer resultater op på hospitals-, regions- og landsplan. Når vi sammenligner meget 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. Det 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 regions-, hospitals- og afdelingsniveau, vil en mindre forskel i forhold til landsresultatet på regionsplan kunne give et signifikant forskelligt resultat, end for en afdeling. Det taler for at sætte signifikansniveauet lavere for hospitals-, regions- og landsplan.

Vi har valgt at differentiere signifikansniveauet, alt efter hvor aggregeret et plan vi analyserer på.

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

9
Vægtning

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

Undersøgelsen er baseret på en simpel tilfældig stikprøve af patienter fra hver afdeling med et loft på enten 400, 600, 900 eller 1200, alt efter hvor mange specialer/matrikler afdelingen indeholder. Det er imidlertid stadig nødvendigt at vægte for at tilgodese de store afdelingers indflydelse på de aggregerede resultater, da vi jo skævvrider størrelsesforholdet ved at sætte loft på stikprøven.

Endvidere er der nogle afdelinger, der vælger at tilkøbe ekstra patienter til at indgå i undersøgelsen. Disse tilkøb er ofte initieret af, at en afdeling ønsker bedre dækning af et afsnit, end den officielle stikprøve kan tilgodese. Det giver stikprøven en skæv fordeling på afsnitsniveau, hvorfor vi vægter fra afsnitsniveau, for at undgå denne skævhed i resultaterne.

Endelig vil der også være en vis grad af non-respons (dvs. at svarprocenten ikke er 100), hvilket er endnu en grund til 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 patients svar tæller altså for et større antal patienter, hvorved store afsnit får større indflydelse på regionens resultater end små afsnit. Under antagelse af at patienter, der deltager i undersøgelsen, ikke adskiller sig væsentligt fra patienter, der ikke deltager, sikrer vægtningen, at resultaterne er repræsentative for samtlige patientoplevelser fra de deltagende afsnit i inklusionsperioden. Figur 9.1 illustrerer, hvordan vægtningen foretages.

Figur 9.1
Eksempel der illustrerer vægtning på en afdeling

Afdeling X

	Afsnit A					Afsnit B				
Patienter i inklusionsperiode:	3400					60				
Stikprøve:	340					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 patienter i inklusionsperioden, mens afsnit B har 60. Afsnit A indgår med 340 patienter og B med 60, som vi sender spørgeskemaer ud til. 50 % af patienterne svarer, hvilket giver 170 svar fra afsnit A og 30 fra afsnit B. Svarfordelingen på de to afsnit er forskellig. En større andel af afsnit B's patienter svarer "I meget høj grad" end afsnit A's. Hvis vi ikke vægter afsnittenes resultater, når vi aggregerer dem til et afdelingsresultat, får vi i dette eksempel et oppustet gennemsnit, da afsnit B's patienter tæller for meget i resultatet. Det vil ikke afspejle behandlingen af patienter på afdelingen som et hele, da der er flere patienter på afsnit A, hvor patienterne 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 patienter på afdelingen. Det er en anelse mindre end det uvægtede afdelingsresultat.

10

Opsummering af resultater i dimensioner

Spørgsmål er samlet i dimensioner

Nogle af spørgsmålene i spørgeskemaet kan i sammenhæng sige noget om nogle overordnede temaer (her kaldet dimensioner) i patienternes oplevelser.

Dimensionerne skal altså forstås som opsummeringer af svar på flere spørgsmål. Resultatet bliver en score fra 1 til 5. Jo højere score, jo bedre er resultatet. I nogle dimensioner indgår ja/nej-spørgsmål. Her indgår et det negative af svarene som værdien 1 og det positive som værdien 5. Det er afhængigt af det konkrete spørgsmål, om ja er et positivt eller et negativt svar. Bemærk at enkelte spørgsmål i spørgeskemaet indgår i figurerne, der præsenteres for dimensionerne, selvstændigt på lige fod med dimensionerne.

For hver respondent beregnes et gennemsnit af svarene på de spørgsmål, der indgår i dimensionen. Gennemsnittet indgår dog kun i de videre analyser og resultater, hvis respondenten har svaret på mindst halvdelen af spørgsmålene.
I de aggregerede resultater på afdelings-, hospitals-, regions- og landsniveau er det gennemsnittet af de enkelte respondenters scorer, der præsenteres som resultatet. Antallet af svar, der i denne sammenhæng oplyses, er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

11
Bilag

Svarprocent fordelt på alder i 20-års intervaller

Alder	Planlagt indlagte	Akut indlagte	Ambulante
0-19 år	44,4%	42,7%	40,5%
20-39 år	44,0%	31,4%	36,7%
40-59 år	65,6%	50,2%	56,7%
60-79 år	77,5%	60,5%	74,4%
80-99 år	66,1%	43,3%	64,0%

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