

Pasienters erfaringer med døgnerheter ved somatiske sykehus

Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse i 2006

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 2 - 2007 (PasOpp-rapport)



Tittel	Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse i 2006
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Oltedal Sigve, Helgeland Jon, Garratt Andrew
ISBN	978-82-8121-168-1
ISSN	1890-1565
Rapport	Nr 2 – 2007
Prosjektnummer	309
Antall sider	21
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, august 2007



Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	OPPBYGGING AV RAPPORTEN	1
2	INNSAMLINGSMETODE	2
2.1	POPULASJON OG AVGRENSNINGER	2
2.2	UTVALGSTREKKING	2
2.2.1	<i>Konsekvenser av sannsynlighetsutvalg: Vekting</i>	3
2.2.2	<i>Korreksjon for frafall</i>	3
2.3	INNSAMLINGSMÅTE	4
2.4	GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	4
2.4.1	<i>Innsamlingsrutiner</i>	4
2.4.2	<i>Etikk og personvern</i>	4
2.5	SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET	5
2.5.1	<i>Svarprosent</i>	5
2.5.2	<i>Korreksjon for frafall</i>	7
2.5.3	<i>Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere</i>	8
2.5.4	<i>Representativitet – Konklusjon</i>	8
3	UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA	9
3.1	UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER OM PASIENTERFARINGER	9
3.2	UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA	10
3.3	VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER	10
4	STATISTISKE METODER	12
4.1	JUSTERING FOR PASIENTSAMMENSETNING	12
4.2	UJUSTERTE TALL	13
4.3	STANDARDVARIASJON OG N (ANTALL SVAR)	13
4.4	SIGNIFIKANSTESTING	13
4.4.1	<i>Simultan hypotesetesting av indeksene på sykehusnivå</i>	14
4.4.2	<i>Konfidensintervall</i>	14
5	REFERANSELISTE	15
	VEDLEGG: SPØRRESKJEMA	17

1 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2006 gjennomført en spørreundersøkelse blant voksne pasienter som har blitt utskrevet fra døgnopphold ved somatiske sykehus i Norge. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Resultatene fra undersøkelsen presenteres i egne resultatrapporter. Denne rapporten beskriver metoden som er benyttet i undersøkelsen.

Målgruppene for Kunnskapssenterets undersøkelser spenner fra befolkning og pasienter til politisk ledelse, helseforvaltningen (inkludert eiere) samt ledere og ansatte i virksomhetene. Det er ofte behov for generaliserbare data, for eksempel i forhold til styrings- og ledelsesformål for kvalitetsforbedring. Det er nødvendig å vite om svarene fra et utvalg pasienter er statistisk representativt for hele populasjonen. Spørsmål om representativitet og generaliserbarhet står sentralt i kvantitative metoder, som utgjør hovedtyngden av metodegrunnlaget for undersøkelsen som beskrives her. I arbeidet med utvikling og testing av spørreskjema har også kvalitative metoder blitt benyttet.

Formålet med denne rapporten er å gjøre rede for:
innsamlingsmetode, innsamlingsprosess og utvalg
utvikling og validering av spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen
sentrale statistiske begreper

1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Kapittel to tar for seg innsamlingsmetoden. Det ses nærmere på sentrale valg og vurderinger gjort i forkant av undersøkelsen, selve innsamlingsprosessen samt resultater av denne (svarprosent). Spørreskjemaet som er benyttet har vært gjennom en grundig utviklings- og valideringsprosess som beskrives i kapittel tre. Kapittel fire gjør rede for sentrale statistiske begreper og teknikker i undersøkelsen.

2 Innsamlingsmetode

Det finnes ingen entydige svar på hvordan en pasienterfaringsundersøkelse bør gjennomføres. Basert på en omfattende litteraturgjennomgang anbefaler for eksempel McColl et al. (1) at valg av innsamlingsmåte gjøres i det enkelte tilfelle, etter vurdering av en rekke faktorer som populasjon, forskningstema, utvalgsmetode og ressursbehov. Crow et al. (2) underbygger dette ved å vise til fordeler og ulemper knyttet til ulike tilnærminger. I tillegg etterlyser begge studiene mer forskning på effekter av ulike metodevalg.

Vi må finne en fremgangsmåte som tilfredsstillende krav til vitenskapelighet (objektivitet og representativitet) og som samtidig lar seg gjennomføre i tråd med ytre rammebetingelser (økonomiske og tidsmessige).

Nedenfor omtales viktige spørsmål i forbindelse med datainnsamlingen i undersøkelsen blant inneliggende somatiske pasienter.

2.1 POPULASJON OG AVGRENSNINGER

I undersøkelsen er det voksne pasienter (16 år eller eldre) som har vært innlagt til døgnbehandling i Norge som utgjør populasjonen. Det er denne gruppen vi tar sikte på å kunne uttale oss om når undersøkelsen er avsluttet. Siden vi ikke kan inkludere alle pasienter må vi basere oss på et utvalg fra denne populasjonen. Relevante avgrensninger knytter seg til pasientene (alder og pasientgruppe), institusjonene og tidsrommet for undersøkelsen. Det må også settes kriterier for teknisk inklusjon i utvalget.

Voksne pasienter som var innlagt i perioden 1. september til 23. november ble inkludert i undersøkelsen. Spørreskjemaene ble sendt til pasientenes hjemmeadresse. Føde- og barselenheter, psykiatriske avdelinger samt eventuelle barn som har blitt behandlet ved voksenavdelinger er ekskludert fra undersøkelsen.

2.2 UTVALGSTREKKING

Tilfeldig trekking er brukt som utvalgsmetode. I inklusjonsperioden ble det gjort sannsynlighetsutvalg der det for hver institusjon ble det trukket et bruttoutvalg på 400 pasienter (totalt for hele inklusjonsperioden). Spørreskjema ble sendt ut hver 14. dag, og en periode på 14 dager utgjør hva vi kaller en *pulje* (12 uker = 6 puljer). Utvalget ble fordelt likt mellom puljene i den grad det var mulig ut fra antall utskrivninger. Innen hver pulje ble utvalget trukket gjennom enkel tilfeldig trekking.

Utvalget ble gjort slik at hver pasient høyst er representert med én utskrivning i løpet av hele inklusjonsperioden.

Sannsynlighetsutvalg er brukt for å sikre representativitet av utvalget: Det er den eneste utvalgsmetoden som ikke innfører noen systematiske skjevheter i utvalget. Utvalget fordeles over en lengre tidsperiode slik at undersøkelsen blir mer representativ for året som helhet.

Utvalgene er dimensjonert slik at usikkerheten i institusjonsvise gjennomsnittskårer på undersøkelsens hovedområder skal være tilstrekkelig liten. Det betyr at det skal være en rimelig stor sannsynlighet for å påvise eventuelle forskjeller av en viss størrelse mellom enhetene.

Ved utvalgsberegningen er det forutsatt hypotesetesting med (tosidig) signifikansnivå på 20%, justert for multipl testing, at det er 63 enheter som skal sammenliknes og at vi ønsker en teststyrke på 80% for det angitte avvik. Siden vi korrigerer for multipl testing, er det naturlig å øke signifikansnivået i forhold til de konvensjonelle 5% - den totale feilsannsynligheten vil likevel bli lavere enn når vi ikke korrigerer for multiplisitet.

Vi har vurdert det som ønskelig å kunne oppdage absolutte avvik på 5-10 poeng og relative avvik på 1,5 til 2 standardavvik. Basert på data fra egne, tilsvarende undersøkelser synes det rimelig å betrakte et nettoutvalg i området 200-400 som godt, og 50-100 som akseptabelt. Med et konservativt anslag på 50% for svarprosenten, har vi derfor fastsatt størrelsen av bruttoutvalget til 400 (for hver institusjon).

2.2.1 Konsekvenser av sannsynlighetsutvalg: Vekting

Vi har benyttet et stratifisert utvalg med pulje som stratum. Siden antall utskrevne pasienter varierer fra pulje til pulje, mens den samlede utvalgstørrelsen er konstant, vil trekkeprosenten variere mellom institusjoner og puljer. For å få korrekte beregninger av estimater, det vil si uten skjevhet, må vi ta høyde for varierende trekkesannsynlighet ved å vekte datamaterialet etter pulje og institusjon.

2.2.2 Korreksjon for frafall

Vi fant at svarprosenten var avhengig av alder, kjønn, type prosedyre (kirurgisk eller annen) og diagnosegruppe (to grupper). Dette ble brukt til å konstruere grupper med tilnærmet ensartet svarsannsynlighet. Med vekting kan vi korrigere for varierende svarprosent. På denne måten vil en gruppe med lav svarprosent få høyere vekt, siden gruppen representerer en større andel av den bakenforliggende pasientpopulasjonen.

Trekkesannsynligheten for individ nr i fra gruppe k , korrigert for frafall, er gitt ved

$$\pi_{ki}^* = \pi_{ki} \hat{p}_k,$$

der π_{ki} er brutto-trekkesannsynligheten og \hat{p}_k er den estimerte responsraten for gruppe k . Vekten for individ i fra gruppe k er gitt ved

$$w_{ki} = \frac{1}{\pi_{ki}^*}.$$

Ved små institusjoner gjorde vi en totaltelling, slik at alle utskrevne pasienter blir inkludert, fordi det totale antall pasienter er mindre enn den fastlagte nominelle utvalgstørrelsen. Trekkesannsynligheten vil i så fall være 1 i formelen.

2.3 INNSAMLINGSMÅTE

De nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene blir gjennomført som postale spørreskjemaundersøkelser. Det er gjort en del forskning på betydningen av valg av ulike metoder for datainnsamling (3, 8-11). Vesentlige elementer som ligger til grunn for vårt valg av innsamlingsmåte er svarprosent, representativitet samt økonomiske og praktiske forhold.

Det er også nødvendig å intensivere forskningsinnsatsen for å finne ut mer om de som ikke svarer og hvorvidt disse har erfaringer som skiller seg systematisk fra de som svarer. Vi gjennomførte våren 2007 en telefonundersøkelse blant ikke-svarere i en undersøkelse om foresattes tilfredshet med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Telefonintervjuer blant ikke-svarere kan bli aktuelt også for andre pasientgrupper i fremtiden. For øvrig jobber vi systematisk for å øke svarprosenten i undersøkelsene.

2.4 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

2.4.1 Innsamlingsrutiner

Sykehusene som deltok i undersøkelsen overførte pasientadministrative data til Kunnskapssenteret én gang hver 14. dag i undersøkelsesperioden. De pasientadministrative dataene inneholdt personopplysninger (navn, alder, adresse) samt opplysninger om hele sykehusoppholdet (inn- og utdato, post, avdeling osv.) for pasientene. I etterkant av spørreundersøkelsen ble all personidentifiserbar informasjon fjernet. Den resterende databehandlingen ble gjort ved hjelp av unike løpenumre, forskjellig fra ellevesifret personnummer og sykehusenes egne personnummer. Deretter ble pasientadministrative opplysninger koblet til respondentenes svar på spørreundersøkelsen.

Pasientene mottok spørreskjemaet én til to uker etter utskriving fra sykehuset. Én purring ble sendt ut etter en måned til de som ikke svarte. Flere studier har pekt på at tidspunktet for utsending av spørreskjema kan være av betydning for hvilke svar man får (2,3). Det pekes imidlertid på at dette fortsatt er et område vi vet for lite om og at det er behov for mer forskning omkring denne problemstillingen.

Av og til kan det skje at pasienter dør kort tid etter at sykehuset har overført pasientadministrative data til sykehuset. Det ble derfor sendt oppdaterte lister til Kunnskapssenteret over pasienter som var registrert døde senest tre uker etter at spørreskjemaene ble sendt ut, for i størst mulig grad å unngå å sende ut purringer til disse pasientene.

2.4.2 Etikk og personvern

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion II. Sosial- og helsedirektoratet ga dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innsamling av data. Personvernet er ivaretatt ved å følge vilkårene som Datatilsynet har lagt til grunn for konsesjonen. Avdelinger som deltok hadde anledning til å ekskludere enkeltpasienter fra undersøkelsen dersom det av medisinske hensyn ble vurdert som nødvendig.

2.5 SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET

2.5.1 Svarprosent

Kunnskapssenteret sendte ut 24141 spørreskjema til pasienter. Av disse fikk vi 345 i retur gå grunn av feil adresse, tre ble kansellert fra sykehuset mens seks stykker ble sendt til pasienter på poster som ikke skulle være med. Det korrigerte bruttoutvalget var følgelig på 23796, hvorav 10912 besvarte undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 45,9. Som det fremgår av tabell 1, varierer institusjonenes svarprosent mye; fra 24,6 (Sykehuset Telemark, Kragerø) til 68,1 (Martina Hansens Hospital).

Tabell 1: Svarprosent på sykehusene som deltok i undersøkelsen.

Region	Institusjon	Kortnavn i figurer	Antall svarere	Svarprosent
Helse Øst RHF			3221	48,8 %
	Ullevål universitetssykehus	UUS	181	46,5 %
	Akershus universitetssykehus	AHUS	179	45,8 %
	Aker universitetssykehus HF (inkl. Ski)	Aker/Ski	168	42,9 %
	Sykehuset Asker og Bærum	Ask/Bær	190	48,2 %
	Sunnaas sykehus	Sunnaas	177	44,9 %
	Sykehuset Innlandet Elverum	Elverum	181	45,3 %
	Sykehuset Innlandet Gjøvik	Gjøvik	163	41,3 %
	Sykehuset Innlandet Hamar	Hamar	173	43,4 %
	Sykehuset Innlandet Kongsvinger	Kongsv.	190	48,3 %
	Sykehuset Innlandet Lillehammer	Lilleha.	174	44,2 %
	Sykehuset Innlandet Tynset	Tynset	196	49,4 %
	Sykehuset Østfold	Østfold	148	38,1 %
	Lovisenberg Diakonale sykehus	Lovisenb.	195	49,7 %
	Diakonhjemmet sykehus	Diakonh.	175	44,9 %
	Martina Hansens Hospital	Martina H	271	68,1 %
	Reumatismesykehuset Lillehammer	ReuLillh.	227	65,0 %
	Feiringklinikken	Feiring	233	66,8 %
Helse Sør RHF			2581	45,8 %
	Rikshospitalet	Riksh.	213	53,5 %
	Radiumhospitalet	Radiumh	212	53,5 %
	Sykehuset Buskerud	Buskerud	207	52,9 %

Ringerike sykehus	Ringer.	185	46,5 %
Kongsberg sykehus	Kongsbe.	171	44,1 %
Notodden sykehus	Notodden	182	47,3 %
Rjukan sykehus	Rjukan	178	48,6 %
Sykehuset i Vestfold	Vestfold	174	45,4 %
Sykehuset Telemark	Telemark	176	44,1 %
Sykehuset Telemark Kragerø	Kragerø	88	24,6 %
Sørlandet sykehus, Arendal	Arendal	174	44,1 %
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	Flekkef.	177	44,6 %
Sørlandet sykehus, Kristiansand	Kr.sand	176	44,4 %
Spesialsykehuset for rehabilitering	Spes.reh.	200	50,4 %
Spesialsykehuset for epilepsi	Spes.epi.	68	35,2 %
Helse Vest RHF		2109	46,6 %
Haukeland universitetssykehus	Haukeland	195	50,0 %
Voss sjukehus	Voss	174	44,3 %
Kysthospitalet i Hagevik	Hagevik	209	62,8 %
Førde sentralsjukehus	Førde	160	40,0 %
Nordfjord sjukehus	Nordfj.	137	36,1 %
Lærdal sjukehus	Lærdal	163	43,4 %
Stavanger universitetssykehus	SUS	181	46,2 %
Haugesund sjukehus	Haugesu.	166	41,5 %
Stord sjukehus	Stord	183	45,9 %
Odda sjukehus	Odda	170	45,9 %
Haraldsplass Diakonale sykehus	Haraldsp.	174	44,8 %
Haugesund Reumatismesykehus	ReuHauge	197	65,0 %
Helse Midt-Norge RHF		1333	42,3 %
St. Olavs hospital	St. Olavs	189	48,5 %
Ålesund sjukehus	Ålesund	152	38,6 %
Volda sjukehus	Volda	146	37,1 %
Kristiansund sykehus	Kr.sund	165	41,6 %
Molde sjukehus	Molde	160	40,5 %
Sykehuset Namsos	Namsos	168	42,4 %
Sykehuset Levanger	Levanger	198	50,1 %
Orkdal Sanitetsforenings	Orkdal	155	39,4 %

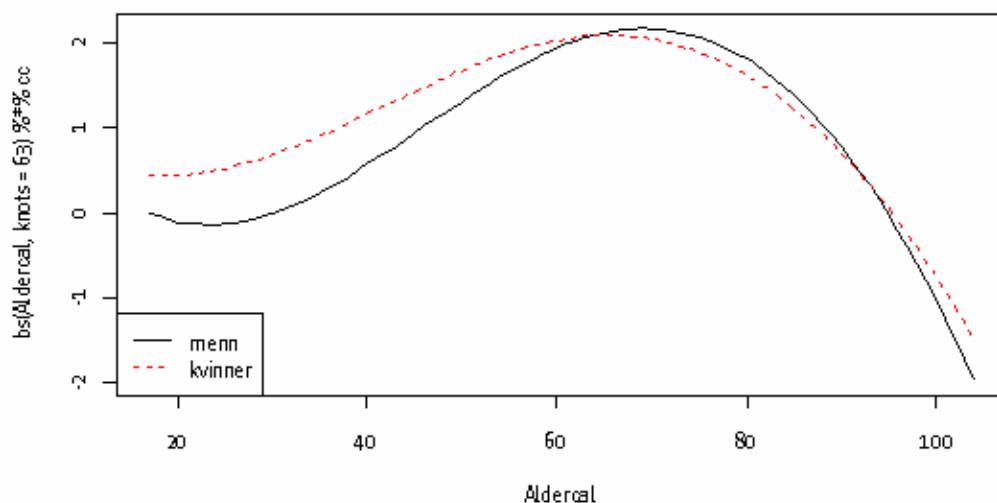
sjukehus				
Helse Nord RHF			1835	43,0 %
	Universitetssykehuset Nord-Norge	UNN	201	51,4 %
	Hammerfest sykehus	Hammer f.	151	39,4 %
	Kirkenes sykehus	Kirkenes	145	37,3 %
	Nordlandssykehuset Bodø	Bodø	185	46,7 %
	Nordlandssykehuset Lofoten	Lofoten	134	34,3 %
	Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterå.	157	40,7 %
	Narvik sykehus	Narvik	166	42,7 %
	Harstad sykehus	Harstad	171	43,6 %
	Helgelandssykehuset Mosjøen	Mosjøen	174	47,9 %
	Helgelandssykehuset Rana	Rana	184	46,7 %
	Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Sand.sjø	167	42,4 %
Totalt			10912	45,9%

Over halvparten av de som ble invitert til å delta unnlot altså å svare. Et sentralt spørsmål blir da i hvilken grad resultatene for de som faktisk svarte er representative. Ved å sammenligne bruttoutvalget og nettoutvalget kan vi si noe om det er strukturelle forskjeller mellom gruppene (for eksempel i alder). Videre kan vi gjøre oppfølgingsundersøkelser blant ikke-svarerne, skjønt dette ikke har vært mulig i denne undersøkelsen.

2.5.2 Korreksjon for frafall

Korreksjonen for frafall baserer seg på modellering av responsraten som funksjon av kjennetegn i samplingrammen. Vi har derfor prøvd trinnvis logistisk regresjon med respons som avhengig variabel og liggetid, alder, kjønn, pulje, type prosedyre og hoveddiagnose (begge grovt kategoriserte) som uavhengige variabler. Kjønn, alder, pulje, prosedyretype og diagnosegruppe blir igjen som signifikante. Figur 1 viser hvordan respons sannsynligheten øker for de eldre pasientene for så å avta igjen for de aller eldste. Figuren viser også at det er en interaksjonseffekt mellom kjønn og alder som tyder på at de yngre kvinnene svarer oftere enn yngre menn, en forskjell som jevnes ut og til en viss grad snus når alderen øker.

Figur 1: Viser responsanssynlighet som funksjon av alder



2.5.3 Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere

Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere er gjort i flere tidligere studier, men resultatene er ikke konkluderende. Guldvog et al. (5) fant ingen forskjeller i pasienttilfredshet mellom svarere og ikke-svarere blant somatiske pasienter. Disse resultatene er imidlertid ikke generaliserbare for de aller sykeste, pasienter uten fast bopel og pasienter som ikke kan norsk. Zwier og Clarke (6) fant på sin side resultater som pekte i retning av at svarerne var mer positive. Moutoussis et al. (7) hevder at misfornøyde pasienter gjerne søker å unngå oppfølging og evalueringer undersøkelser.

2.5.4 Representativitet – Konklusjon

Utvalget er trukket tilfeldig i pasientpopulasjonen i inklusjonsperioden, og ville vært representativt for denne perioden dersom responsraten var nær 100%. Lave responsrater er et gjennomgående problem i surveyundersøkelser, også i pasienttilfredshetsundersøkelser. Lav responsrate medfører større eller mindre skjevheter i resultatene. For å korrigere for dette har vi vektet resultatene slik at pasientenes svar gis ulik betydning etter hvor godt ulike grupper er representert i materialet. Når vi i tillegg har resultatene fra Guldvog og medarbeidere som ikke fant systematiske forskjeller mellom svarere og ikke-svarere konkluderer vi med at representativiteten i undersøkelsen er tilfredsstillende.

3 Utvikling og validering av spørreskjema

For at man skal kunne stole på resultatene av undersøkelser er det viktig at de verktøy som blir benyttet har gjennomgått en grundig utviklings- og valideringsprosess. I våre prosjekter er det viktig å utvikle spørreskjemaer som oppleves som relevante og betydningsfulle for brukerne, som er nyttige og interessante som verktøy i kvalitetsutvikling, og som tilfredsstillende vitenskapelige krav om validitet og reliabilitet. For å imøtekomme disse kravene har utviklingen av spørreskjemaet blitt delt i tre faser:

Litteraturgjennomgang.

Intervjuer med pasienter og workshops med referansegruppe bestående av helsepersonell.

Pre-testing av spørreskjemaet.

3.1 UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER OM PASIENTERFARINGER

Utforming av spørreskjema reiser en rekke metodiske spørsmål. Gjennom ulike prosjekter har Kunnskapssenteret utviklet og testet forskjellige spørreskjema for ulike grupper pasienter. Det vil føre for langt å redegjøre for alle elementer som vi har vurdert i forbindelse med konstruksjon og testing av pasienterfaringskjemaene. Noen kommentarer er likevel på sin plass.

Vi stiller som hovedregel spørsmål om konkrete erfaringer, det vil si at vi ber pasientene vurdere sine erfaringer heller enn sin tilfredshet. Videre behandler vi pasienterfaringer som et multidimensjonalt konsept. Dette er gjort på bakgrunn av egne erfaringer samt erfaringer gjort av andre aktører på pasienterfaringsområdet (13,14,15,16). Det påpekes fra flere hold at generelle tilfredshetsmålinger tenderer mot å gi en stor overvekt av positive svar og at tilbakemeldinger på konkrete områder knyttet til behandling og pleie derfor gir mer anvendelig informasjon til bruk i forbedringsprosesser (13,14). En utfordring med å stille konkrete spørsmål om erfaringer er å finne områder som er viktige for pasientene og som oppleves som relevante. Gjennom litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med pasienter (eller andre mottakere av spørreskjemaer), samt nært samarbeid med fagfolk i helsesektoren, søker vi å oppnå dette.

Vi inkluderer vanligvis noen få spørsmål knyttet til generell tilfredshet. Disse brukes i første rekke som valideringsgrunnlag for svar på enkeltspørsmål eller indekser om erfaringer. Plasseringen av bakgrunnsspørsmål sist i spørreskjemaene og avsatt plass til fritekstkommentarer er i tråd med anbefalinger fra McColl et al. (1).

Tidligere har vi benyttet en svarskala med ti verdier og beskrivende ytterpunkter. Denne skalaen har imidlertid vist seg å ikke fungere like godt for alle grupper

pasienter (17). Vi har derfor valgt å benytte en fempunkts Likert skala i de siste undersøkelsene. Vi har gjennomført et forskningsprosjekt for å dokumentere betydningen av å bytte svarskala i spørreskjemaene. Resultatene fra dette prosjektet er i ferd med å bli publisert (18) (for en generell gjennomgang av problemstillinger knyttet til valg av svarskala, se for eksempel Streiner og Norman (19)).

3.2 UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA

Undersøkelsen tok utgangspunkt i spørreskjemaet som ble benyttet til å kartlegge pasienterfaringer blant inneliggende somatiske pasienter i 2003. Spørreskjemaet er utviklet etter at vi gikk gjennom den angloamerikanske og skandinaviske litteraturen for å finne viktige aspekter av pasienterfaringer. Innholdet i spørreskjemaet er også testet på intervjuer med pasienter.

Siden spørreskjemaet i 2006 benytter en annen svarskala enn den som ble brukt i 2006 gjennomførte vi en ny runde med kognitive intervjuer og ny postal pilotundersøkelse. Denne prosessen er beskrevet nærmere i egen rapport (20).

3.3 VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER

Antall manglende svar i det innsamlede datamaterialet gir en pekepinn på i hvilken grad pasientene aksepterte spørsmålene. Spørsmål med høy grad av manglende svar ble derfor vurdert for ekskludering. Eksplorerende faktoranalyse ble benyttet for å kartlegge dimensjonaliteten av pasienterfaringer. Faktorer med egenvalue høyere enn én ble trukket ut. Spørsmål med svake faktorladninger ble vurdert ekskludert fra det endelige spørreskjemaet.

Intern konsistens ble målt ved item-total korrelasjon og Cronbach's Alpha. Førstnevnte måler styrken på forholdet mellom ett utsagn og de andre utsagnene i en dimensjon. Sistnevnte måler samlet korrelasjon mellom utsagnene i en dimensjon. Det er vanlig å operere med en grenseverdi for Cronbach's Alpha på 0.7 for at en dimensjon skal være tilstrekkelig reliabel (21,22).

Reliabiliteten ble målt gjennom intra-class korrelasjon, som bør overstige 0.7 for bruk blant pasienter (21). Resultatene av analysene gav seks erfaringsdimensjoner (tabell 2).

Tabell 2: Deskriptiv statistikk, indre konsistens og test-retest reliabilitet for undersøkelsens hovedområder

	Missing (%)	Gj.snitt	Std.feil/ std.avvik	Cronbach's alpha/ item-total correlation	Intraclass test-retest reliability
Lege	259 (1.1)	74.60	0.34	0.83	0.82
Sp4 Legene snakket forståelig	308 (1.3)	3.65	0.97	0.65	
Sp11 Legene hadde omsorg	255 (1.1)	3.86	0.92	0.74	
Sp12 Legenes faglige dyktighet	311 (1.3)	4.20	0.80	0.69	
Pleie	220 (0.9)	77.00	0.31	0.87	0.86
Sp5 Pleierne snakket forståelig	310 (1.3)	4.29	0.70	0.65	
Sp8 Pleierne hadde omsorg	300 (1.2)	4.25	0.77	0.78	

Sp9 Pleiernes faglige dyktighet	322 (1.3)	4.22	0.73	0.75	
Sp10 Pleierne hadde tid nok	255 (1.1)	4.05	0.86	0.75	
Info Prøver	284 (1.2)	66.51	0.40	0.84	0.75
Sp17 Info om prøver og	377 (1.6)	2.92	1.30	0.73	
Sp18 Info om resultat av	396 (1.6)	2.84	1.28	0.73	
Organ	337 (1.4)	62.66	0.38	0.74	0.88
Sp13 Fast gruppe pleiepersonale	394 (1.6)	3.62	0.99	0.58	
Sp14 En lege hovedansvarlig	398 (1.6)	3.56	1.19	0.56	
Sp15 Organisering av	421 (1.7)	3.78	0.93	0.60	
Standard	344 (1.4)	71.09	0.34	0.82	0.75
Sp23 Sykehusets utstyr	451 (1.9)	3.95	0.78	0.69	
Sp24 Sykehuset for øvrig	525 (2.2)	3.84	0.85	0.69	
Pårørende	3422	74.13	0.38	0.80	0.71
Sp25 Møte med pårørende	492 (2.0)	4.14	0.85	0.67	
Sp26 Informasjon til pårørende	596 (2.5)	3.91	0.99	0.67	

Utsagnene er skåret fra 1 til 5 og skalaene fra 0 til 100 hvor 100 er best.

4 Statistiske metoder

4.1 JUSTERING FOR PASIENTSAMMENSETNING

Det er påvist å være en sammenheng mellom sosiodemografiske- og helsevariabler på den ene siden og pasienters vurdering av helsetjenester på den andre siden (23).

Ulikheter i pasientsammensetning gjør at det ofte er vanskelig å sammenligne resultater mellom forskjellige enheter direkte. For eksempel er eldre pasienter typisk mer positive enn yngre pasienter. Et sykehus med stor andel unge pasienter vil dermed få en relativt lavere skåre på grunn av alderssammensetningen. Videre kan det være forskjeller knyttet til utdanning, etnisitet og så videre. Det er viktig at man tar hensyn til slike effekter siden man ønsker å måle den faktiske forskjellen i pasienterfaringer, uavhengig av demografiske forskjeller.

Vi forsøker å løse dette ved å justere for forskjeller mellom respondenter i variabler som man finner har betydning for hvordan de svarer.

Justeringen er basert på en statistisk modell som beskriver hvordan undersøkelsens hovedområder påvirkes av kjennetegn ved pasienter og svarere som for eksempel alder og utdanningsnivå. Justeringer baserer seg på det som i utvalgsteori kalles en regresjonsestimator og foregår i tre trinn:
Først velger man ut bakgrunnsvariabler det skal justeres for, og tilpasser en statistisk modell til data ved (vektet) lineær regresjon. Denne modellen søker å forklare indeksene best mulig ut fra bakgrunnsvariablene.
Deretter estimeres gjennomsnittet av bakgrunnsvariablene i den totale pasientpopulasjonen.
Til sist estimeres snittet av indeksene for hvert sykehus som om dette sykehuset hadde samme gjennomsnitt på bakgrunnsvariablene som de vi i trinn 2 har estimert for den totale populasjonen.

I trinn 3 brukes en regresjonsestimator beskrevet i Särndal, Swensson og Wretman (24).

I hvilken grad justeringen virkelig gjør sykehusene sammenlignbare, avhenger av om de valgte bakgrunnsvariablene fanger opp forskjeller mellom pasientene tilstrekkelig godt.

I denne undersøkelsen har vi justert for følgende elementer ved svarerne:

Alder

Kjønn

Egenvurdert helsetilstand

Utdanningsnivå

Innleggelsestype (akutt eller elektiv)

Charlson komorbiditetsindeks (mål på sykkelighet)

Effekten av justering er gjennomgående forholdsvis liten.

4.2 UJUSTERTE TALL

Når vi sammenligner sykehusene forsøker vi å gjøre pasientsammensetningen mest mulig "lik" gjennom at vi justerer for ulikheter som vi tror har betydning. Når målet ikke er sammenligning, for eksempel i institusjonsvise rapporter, er tallene ikke justerte – her opererer vi med rådata med den pasientsammensetningen som fantes på sykehuset. I disse tilfellene er formålet hovedsakelig å avdekke forbedringsområder gjennom å gi et bilde av den faktiske responsen på den enkelte institusjon. Dette betyr at justerte og ujusterte resultater ikke kan sammenlignes direkte.

4.3 STANDARDAVVIK OG N (ANTALL SVAR)

Standardavvik er et vanlig mål på variasjon i forhold til et gjennomsnitt i en gruppe. Summen av standardavvikene rundt et gjennomsnitt fanger opp 2/3 av variansen i et normalfordelt materiale. Lavt standardavvik betyr liten spredning, altså at de fleste befinner seg i nærheten av gjennomsnittet. Dette betyr at økende standardavvik reduserer verdien av å bruke gjennomsnitt som mål.

Ved utvalgsundersøkelser er det vanlig å korrigere det observerte standardavviket fordi vi ofte vil anse at usikkerheten bare knytter seg til den resterende pasientpopulasjonen (som ikke er med i utvalget). Dette er den såkalte "finite sample correction" eller fpc. Hvis alle individer i populasjonen er trukket ut, vil man da sette usikkerheten til 0. I vårt tilfelle er det imidlertid ikke de pasientene som faktisk har vært behandlet i studieperioden som er av interesse, snarere et gjennomsnitt over lang tid av hypotetiske, fremtidige pasienter. Vi bruker derfor ikke fpc i våre beregninger. Det kan bemerkes at forskjellen med og uten fpc er ganske stor for små sykehus, siden vi der samler opp mot 100% av populasjonen.

N representerer antall svar på det aktuelle spørsmålet. På enkelte spørsmål er det færre som svarer enn på andre spørsmål. Den statistiske usikkerheten i undersøkelser av denne typen øker når antall svar er lavt.

Oppsummert betyr dette at et gjennomsnitt må vurderes i sammenheng med både standardavvik og antall svar.

4.4 SIGNIFIKANSTESTING

Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene man får er uttrykk for reelle effekter og ikke tilfeldigheter eller feil knyttet til den aktuelle undersøkelsen. For denne rapporten betyr det at vi ønsker at resultatene skal være gyldige ikke bare for den gruppen vi faktisk har fått svar fra, men for pårørende/pasienter generelt. I signifikanstesting ses en observert statistisk effekt i lys av antall svar. Jo færre svar man har, jo større må effekten være for å bli signifikant.

I tråd med bekymringer som er tatt opp i internasjonal medisinsk litteratur (24) advares det mot en ureflektert inndeling etter signifikante og ikke-signifikante

resultater. Et signifikant resultat er ikke nødvendigvis praktisk betydningsfullt, særlig ikke når antall respondenter er høyt. Videre er det ikke slik at alle ikke-signifikante sammenhenger automatisk bør forkastes som ubrukelige. Resultatene bør inspirere til refleksjon i lys av øvrig kunnskap om lokale forhold og organisering. En nyttig tommelfingerregel kan være at jo færre respondenter det er fra en gitt enhet, jo mer forskjellig må denne enheten være fra de andre for at forskjellen skal bli signifikant.

4.4.1 Simultan hypotesetesting av indeksene på sykehusnivå

Vanlig hypotesetesting beskytter oss mot feilslutninger hvis vi bare foretar en enkelt test. I en undersøkelse som vår skal vi imidlertid sammenligne mange sykehus på mange variabler, og kan derfor i teorien bli ledet til mange feilslutninger. For at den totale feilsannsynligheten ikke skal bli urimelig høy, må vi korrigere for at vi gjør mange fortløpende tester (multippel testing). Multippel testing er mer konservativ enn vanlig testing, det vil si at vi sjeldnere kan trekke sikre slutninger.

Det må her presiseres at grunnen til at vi bruker multippel testing, er at vi ønsker å sammenligne flere sykehus. Hvis man bare er interessert i ett enkelt sykehus, skal man bruke en konvensjonell test uten korreksjon. Tilsvarende gjelder for konfidensintervaller.

Vi har i vår rapportering brukt fremgangsmåten beskrevet av Westfall (25), for hvert hovedområde, og Bonferronikorreksjon på tvers av disse.

4.4.2 Konfidensintervall

Hellevik gir følgende begrepsforklaring for konfidensintervaller:

”Intervall rundt et utvalgsresultat som en – med en spesifisert grad av sikkerhet – kan regne med at det riktige resultatet for universet befinner seg innenfor (=2 ganger feilmarginen)” (27).

For å beregne konfidensintervallet rundt et gjennomsnitt beregnes først standardfeilen, som er standardavviket delt på kvadratroten av N. Deretter konstrueres øvre og nedre grense for intervallet ved først å beregne gjennomsnittet, og deretter legge til/trekke fra Z-verdi (standardavvik enheter) multiplisert med standardfeilen. Z-verdien for et 95% konfidensintervall er 1,96.

Dersom vi beregner mange 95% konfidensintervaller vet vi at rundt 95% av dem vil dekke de sanne verdiene. Konfidenskoeffisienten sies da å være 95%.

Lengden på konfidensintervallet avhenger av standardfeilen, utvalgsstørrelse og konfidenskoeffisient. Dersom standardavviket er lite og utvalgsstørrelsen er stor vil konfidensintervallet bli lite. Er standardavviket stort og utvalgsstørrelsen liten vil konfidensintervallet bli stort (altså et mindre presist estimat).

I hovedrapporten til denne undersøkelsen har vi valgt et konvensjonelt konfidensintervall med konfidenskoeffisient på 95%. En viktig grunn til at vi har med konfidensintervaller er at enkelte sykehus har relativt få svar (lav N). Konfidensintervallene gir leserne ytterligere informasjon om hvordan resultatet for en gitt gruppe er i forhold til andre grupper. Som med signifikanstester advarer vi mot å se bort fra resultater selv om konfidensintervallet er bredt. Et bredt konfidensintervall for et sykehus betyr *ikke* at resultatet nødvendigvis er lenger unna det ”virkelige” tallet – det kan like gjerne avspeile et lavere antall svarere på sykehuset, noe som gjør resultatene mer statistisk usikre.

5 Referanseliste

1. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assess* 2001; 5(31)
2. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6.
3. Gasquet I, Falissard B, Ravaud P. Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54: 1174-1180
4. Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J (eds.) Status and future of health surveys in the European union. Final report of Phase 2 of the project Health Surveys in the EU: HIS/HES Evaluations and Models 2003.
5. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 386-391
6. Zwier G, Clarke D. How well do we monitor patient satisfaction? Problems with the nation-wide patient survey. *N Z Med J* 1999; 112(1097): 371-375
7. Moutoussis M, Gilmour F, Barker D, Orrell MW. Quality of care in a psychiatric out-patient department. *Journal of Mental Health*. 2000;9:409-20.
8. Walker AH, Restuccia JD. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone. *Health Services Research* 1984;19:291-306
9. de Leeuw ED. Data quality in mail, telephone, and face-to-face surveys. Amsterdam: TT Publications, 1992
10. Dillman DA, Phelps G, Tortora R, Swift K, Kohrell J, Berck J. Response Rate and Measurement Differences in Mixed Mode Surveys - Using Mail, Telephone, Interactive Voice Response and the Internet. 2001.
11. Dillmann DA. Mixed-Mode Surveys. *Mail and Internet Surveys- The Tailored Design Method*, pp 217-44. NY: Wiley, 2000
12. Haraldsen, G. Spring- og motiveringsteknikker i spørreskjemaundersøkelser, del 1. Oral presentation, Oslo, 15.02.2006
13. Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet: Hva kan vi bruke kunnskapen til? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986;114(106):1188-1195

14. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(5): 353-358
15. Freil M, Gut R, Gothen I, Petersen J. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002: Spørgeskemaundersøgelse blant 32000 patienter. *Enheden for Brugerundersøgelser* 2003.
16. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire – development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004;16(6):453-463
17. Andresen Ø, Bjørngaard JH, Dahle KA, Groven G, Grut L, Hofoss D, Saunes IS, Ruud T. Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet. Rapport nr. 9-2004. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
18. Garratt, AM, Oltedal S, Helgeland J, Gulbrandsen, P. (2007) Measuring the experiences of inpatients in Norway: a randomised comparison of two approaches to scaling responses. *Forthcoming*.
19. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales; a practical guide to their development and use*. 2003, Oxford University Press
20. Oltedal S, Garratt AM. Videreutvikling av spørreskjema for å måle pasienterfaringer blant inneliggende somatiske pasienter - Dokumentasjonsrapport. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 21 (2006).
21. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
22. Kline P. *A handbook of test construction*. London: Methuen, 1986
23. Young GJ, Meterko M, Kamal desai R. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000; 38(3): 325-324'
24. Särndal, Carl-Erik, Swensson, Bengt og Wretman, Jan: *Model Assisted Survey Sampling*. Springer, 1992
25. Sterne JA, Davey Smith G. Stifting the evidence – what's wrong with significance tests? *BMJ* 2001; 322(7280): 226-231
26. Westfall, P. Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations, *Journal of the American Statistical Association*. 1997; 92(437), 299-306.
27. Hellevik O. *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 1999, Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg: Spørreskjema

Erfaringer under sykehusoppholdet

- ⊥
- | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset, alt i alt, tilfredsstillende? | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-
- | | | | | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Hvis du ser hele sykehusoppholdet under ett, hvordan vil du vurdere sykehuset? | Mye dårligere enn forventet | Noe dårligere enn forventet | Som forventet | Noe bedre enn forventet | Mye bedre enn forventet |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-
- | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. | Fikk du fortalt personalet alt du mente var viktig om din tilstand? | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Snakket legene til deg slik at du forstod dem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forstod dem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Opplavde du at legene og pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din behandling og pleie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ⊥

-
- | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. | Opplavde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg? | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
11.	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
13.	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Opplevde du uforutsett venting mens du var innlagt på sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
17.	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
19.	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om virkninger og bivirkninger av nye medisiner du begynte med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Hadde du ubesvarte spørsmål om medisinerne dine da du ble utskrevet fra sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
21. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥
22. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
23. Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Fikk du inntrykk av at sykehuset for øvrig var i god stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
25. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
27. Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Overnattet ikke på korridor
28. Hvis du måtte overnatte på korridoren, opplevde du dette som ubehagelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Jeg hadde ikke smerter
29. Mener du at personalet gjorde alt de kunne for å gi deg effektiv smertelindring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

Bakgrunnsopplysninger

44. Stort sett, vil du si at din helse er... \perp
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utmerket | Meget god | God | Nokså god | Dårlig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
45. Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus de siste to årene?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 gang | 2 ganger | 3-5 ganger | 6-10 ganger | Mer enn 10 ganger |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
46. Hvorfor var du innlagt på sykehuset?
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utredning | Behandling | Oppfølging | Kontroll | Annet | Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
47. Er du mann eller kvinne? \perp
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------|
| Mann | Kvinne | \perp |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
48. Hva er din alder?
- År
- | | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|
49. Hva er din høyeste fullførte utdanning?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Grunnskole | Videregående skole | Høyskole/universitet (0-4 år) | Høyskole/universitet (4 år eller mer) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
50. Hva gjør du til daglig (sett kun ett kryss)? \perp
- | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Yrkesaktiv | Sykmeldt, på uføretrygd eller attføring | Under utdanning | Hjemmearbeidende | Arbeidsledig | Annet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
51. Hva er ditt morsmål?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Norsk | Samisk | Annet nordisk språk | Annet europeisk språk | Ikke-europeisk språk |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
52. Røyker du?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| Nei, aldri | Av og til | Daglig | Har sluttet | \perp |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
53. Kunne du tenke deg å svare på et nytt spørreskjema fra oss om kort tid, dersom det blir aktuelt?
- Sett kryss her hvis du kunne tenke deg å svare på et nytt skjema

Følgende personer har bidratt i prosjektet:

SIGVE OLTEDAL. Forsker, cand. polit. med hovedfag i psykologi. Han har vært hovedansvarlig for rapporteringsprosessen og skrevet hovedrapporten og metoderapporten.

KARI AANJESEN DAHLE. Forsker cand. scient. med hovedfag i biologi. Hun er prosjektleder for de nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene

JON HELGELAND. Seniorrådgiver, cand. real. Han er ansvarlig for statistisk rådgivning i forbindelse med utvalgsplan, analyse og presentasjonsmåte, og har bidratt i metoderapporten.

OLAF HOLMBOE. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosialantropologi. Han har hatt hovedansvar for tilrettelegging av data og for institusjonsrapportene.

KIRSTEN DANIELSEN. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har hatt ansvar for hovedrapporten og kvalitetssikring i prosjektet.

REIDUN SKÅRERHØGDA. Prosjektkoordinator. Hun hadde hovedansvaret for samarbeidet med sykehusene og for de merkantile sidene ved prosjektet.

ANDREW GARRATT. Seniorforsker, PhD. Han har hatt ansvaret for valideringen av spørreskjemaet, innledende statistiske analyser og bidratt med faglige råd i rapportarbeidet.

ØYVIND ANDRESEN BJERTNÆS. Forskningsleder for seksjon for brukerundersøkelser, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Han har hatt et overordnet ansvar for kvalitetssikring av rapportene.

TOMISLAV DIMOSKI. IT-ansvarlig, siv. ing. Han har utviklet programvaren, FS-systemet, som gjør at databasen ved Kunnskapssenteret kan benytte data fra sykehusenes ulike pasientadministrative systemer. Han har også ivaretatt de tekniske sidene ved innsamling og oppbevaring av data.

MAN HOANG NGUYEN. Siv.ing. Datateknikk. Han har bidratt på den tekniske siden i datainnsamlingen.

SAGA HØGHEIM. Prosjektsekretær. Hun har hatt hånd om alle utsendingene og registreringen av svarene i undersøkelsen.

Vi takker kontaktpersonene ved sykehusene for samarbeidet i forbindelse med innsamling av data.

PasOpp-prosjektet har dessuten hatt stor nytte av arbeidet som de tidligere prosjektlederne og prosjektmedarbeiderne for RESKVA har lagt ned, i tillegg til store og små praktiske bidrag fra andre personer ved Kunnskapssenteret i denne prosessen.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavsplass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 978-82-8121-168-1
ISSN 1890-1565
Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 2-2007 Metodedokumentasjon

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Om PasOpp undersøkelser: I dagens helsetjeneste legges det mer vekt på synspunktene til pasienter og pårørende enn før og på at de ulike delene av tjenesten skal være godt samordnet. PasOpp undersøkelsene har som mål å beskrive erfaringene til personer som ser tjenestene fra innsiden. Det er laget spørreskjema som er tilpasset ulike områder innenfor helsetjenesten. Spørsmålene handler om opplevelser, om faktiske hendelser og om tilfredshet med tjenestene.

Om denne undersøkelsen:

Populasjon: Pasienter, 16 år eller eldre, utskrevet fra inneliggende somatisk behandling ved norske sykehus

Metode: Postal spørreskjemaundersøkelse

Undersøkelsesperiode: 1. september til 23. november 2006

Bruttoutvalg: 23796

Svarprosent: 45,9