



[ID-nr]	Pasienterfaringer med somatiske sykehus	
1. Definisjon	Pasienterfaringer med norske somatiske sykehus	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helsetjeneste	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Involverer bruker	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde		
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	19.8.2015 Saksnr i 360 – 13/10391	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	[Versjonsnr - dato versjon har blitt godkjent – Kort beskrivelse (stikkord) av hva som er gjort.] 1.0 – august 2015 etablert kvalitetsindikatordefinisjon	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Erfaringer fra pasienter som har vært innlagt på somatiske sykehus utgjør en viktig indikator for kvaliteten på sykehusene. Ved å spørre og følge opp pasienters tilbakemeldinger blir sykehusene bedre rustet til å gjennomføre forbedringer innen områder som er viktige for pasientene. Brukererfaringer inngår i det begrepsmessige rammeverket for kvalitetsindikatorprosjektet til Nordisk Råd, OECD og WHO. I tillegg inngår brukererfaringer i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten som ett av seks kvalitetsområder. Fra og med 2011 inngikk også brukererfaringer som styringsindikatorer i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, og fra 2012 inngår de også som en del av pilotprosjektet med kvalitetsbasert finansiering.</p> <p>Brukerperspektivet er godt etablert i det norske lovverket, med egen Lov om pasientrettigheter som vektlegger blant annet informasjon og medbestemmelse, og i andre lover som Lov om helseforetak og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. De to sistnevnte lovene setter krav til at ansvarlige instanser skal sørge for at tjenesteytende virksomheter etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer. I tillegg til å være viktige i seg selv, viser forskning at pasienterfaringer korrelerer med klinisk effekt og pasientsikkerhet.</p> <p>Pasienterfaringer utgjør derfor en viktig komponent i kvaliteten på tilbudet som gis, og bør derfor måles. Måling av pasienterfaringer, i tillegg til andre kvalitetselementer knyttet til kliniske prosesser og resultater, er nødvendig for å kunne evaluere kvaliteten på helsetjenestene og vurdere om det skjer endringer over tid.</p> <p>Tilbakemelding på konkrete erfaringsområder gir sykehusene relevant informasjon til kvalitetsforbedringsprosesser, og langt mer nyanserte tilbakemeldinger enn generell tilfredshet som normalt har stor "tak-effekt". Etersom evalueringene er fundert i faktiske erfaringer med helsetjenesten, representerer slike målinger av helsetjenesten (ikke individer) og helsetjenesten er følgelig ansvarlig for de resultater som framkommer. I denne undersøkelsen inngår mange spørsmål om erfaringer med strukturer og prosesser ved sykehusene.</p>	
12. Målsetning	Det er en målsetning at pasienter skal ha positive erfaringer med norske somatiske sykehus.	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1 Politiske aktører	Styringsinformasjon, resultat om brukererfaring på nasjonalt nivå.
	13.2 Ledelse i sektor	Styringsinformasjon, for å forbedre overordnet samhandling med primærhelsetjenesten og helsetjenester på systemnivå i egen virksomhet
	13.3 Helsepersonell	Faglig kvalitetsforbedring, for å forbedre operasjonisering av samhandling med primærhelsetjenesten og egen helsetjeneste
	13.4 Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Støtte til forbrukervalg, som informasjonskilde for pasienter og helsepersonell i valg av helsetjenester

		Samfunnsmessig legitimering og kontroll, ved å gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng
14. Begrepsavklaringer	[Tydelig definisjon av alle kliniske/medisinske/faglige begrep som inngår i definisjonen eller som er av betydning for presentasjon og tolkning av denne indikatoren]	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Tilfeldig trekning av 400 pasienter ved sengeposter ved somatiske sykehus i Norge i undersøkelsesperioden. Pasientene var 16 år eller eldre.	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Ikke relevant	
17. Hovedmåltall	<p>Pasienters erfaringer med somatiske sykehus på 9 indikatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pleiepersonalet • Legene • Informasjon • Organisering • Pårørende • Standard • Utskriving • Samhandling • Ventetid <p>Hver indikator er beregnet på grunnlag av svarene på flere underliggende spørsmål, med unntak av Ventetid som er beregnet på grunnlag av ett spørsmål. Skåren på indikatorene er uttrykt på en skala fra 0 til 100 hvor 100 er best.</p> <p>For hvert sykehus er skåren på hver indikator testet mot gjennomsnittet av skårene på denne indikatoren. Slik sett kan vi se om sykehuset ligger signifikant over eller under gjennomsnittet eller ikke skiller seg signifikant fra dette. Sammenligningen forgår mellom enheter på samme nivå: sykehus sammenlignes med snittet av sykehus, helseforetak mot snittet for helseforetak osv.</p>	
19. Presiseringer rundt utvalg	Psykiatriske avdelinger/sengeposter og somatiske barneavdelinger er ikke inkludert i denne undersøkelsen. Det samme gjelder for pasienter som har vært innlagt i mindre enn 10 timer. Pasienter med opphold på en føde- barselavdeling er også ekskludert fra undersøkelsen. Faglig ansvarlige ved sykehusene kan ekskludere pasienter ut fra "særlig menneskelige hensyn".	
20. Manglende rapportering	Rapporten fra Kunnskapssenteret henviser til en studie blant ikke-svarere publisert i 1998 (2) som viser at denne gruppen ikke skiller seg systematisk fra svarerne. Disse resultatene er overførbare til undersøkelsen av pasienter ved somatiske døgnenheter i denne kvalitetsindikatoren. Det er imidlertid enkelte pasientgrupper som resultatene ikke er generaliserbare for. Dette gjelder for de aller sykeste, pasienter som ikke kan norsk og pasienter uten fast bopel.	
21. Teknisk beregning av indikator	Resultatene er vektet for frafall og justert for pasientsammensetning. I vektningen inngår følgende variable: pasientens alder, pasientens kjønn, antall diagnoser, om pasienten var innlagt akutt eller elektivt og liggetid. I justeringen inngår følgende variable: pasientens alder, pasientens egenvurderte helse, antall innleggelser siste to år, om pasienten hadde fått hjelp til utfylling av skjemaet, Charlsons komorbiditetsindeks og om pasienten var innlagt akutt eller elektivt.	
22. Nivå for publisering eksternt	Landet totalt, Helseregion, Helseforetak og behandlingssted	
23. Standard klassifikasjoner		
Datainnsamling/kilder		
24. Datakilder	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	
25. Bearbeiding/revisjon av data	<p>Pasienter som ble inkludert i undersøkelsen fikk tilsendt et spørreskjema i posten etter konsultasjonen. Ved hjelp av FS-systemet (Forskning i sykehus) lager IT-kontaktpersoner ved sykehusene en oversikt over alle pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, og trekker 400 tilfeldige pasienter. I tilfeller ved sykehus med færre enn 400 pasienter i inklusjonsperioden ble alle pasienter inkludert. Når uttrekket er gjennomført ble kontaktinformasjon og genererte løpenummer for pasientene overført til Kunnskapssenteret.</p> <p>Spørreskjema blir sendt hjem til pasientene én til fire uker etter utskrivning. Første purring blir sendt ut til de som ikke hadde svart etter ca. tre uker, og purring 2 ble sendt til de som ikke hadde svart noen uker etter dette. Sykehusene overførte opplysninger om personer som var registrert døde etter utsending av spørreskjemaet for å unngå purring til disse.</p> <p>Etter utsending av siste purring ble kontaktinformasjonen slettet ved Kunnskapssenteret og sykehusene overførte medisinske og administrative opplysninger for alle svarerne til Kunnskapssenteret. Disse dataene ble koblet til spørreskjemadataene.</p>	

26. Type datakilde og lovhjemmel	Utvalgsundersøkelse per post
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Årlig
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig, maks 3 måneder etter publisering av nasjonale resultater hos Kunnskapssenteret
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultatene er sammenlignbare mellom behandlingssteder og over tid
30. Feilkilder og usikkerhet	<p>Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene man får, er uttrykk for reelle forskjeller og ikke skyldes tilfeldigheter eller feil knyttet til den aktuelle undersøkelsen. For denne rapporten betyr det at vi ønsker at resultatene skal være gyldige for pasienter med opphold ved døgnenheter på somatiske sykehus generelt, ikke bare for den gruppen vi faktisk har fått svar fra. 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.</p> <p>Vanlig hypotesetesting beskytter oss mot feilslutninger hvis vi bare foretar en enkelt test. I en undersøkelse som vår skal vi imidlertid sammenligne flere sykehus på flere ulike variabler, og kan derfor i teorien bli ledet til mange feilslutninger. For at den totale sannsynligheten for feilslutninger ikke skal bli urimelig høy, må vi korrigere for at vi gjør mange fortløpende tester (multipel testing). Multipel testing er mer konservativ enn vanlig testing, det vil si at effektene må være noe større før de blir statistisk signifikante.</p> <p>Et konfidensintervall representerer det området som vi med 95 prosent sikkerhet kan anslå at den sanne verdien ligger innenfor. Dette er altså en annen måte å uttrykke den usikkerheten som er knyttet til det faktum at vi kun har mottatt svar fra et utvalg av populasjonen.</p>
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	
32. Relaterte indikatorer	
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	
Publisering	
34. Publiseringsarena	Nasjonalt kvalitetsindikator system, www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	Kunnskapssenteret.no , www.kunnskapssenteret.no
Referanser	
36. Referanser	(1) Guldvog B, Hofoss D, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA- pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118(3):386-91.