

LUP Psykiatri pilot: udsendelse via digital post

En analyse af svartilbøjelighed og svaradfærd



LUP Psykiatri pilot: udsendelse via digital post. En analyse af svartilbøjelighed og svaradfærd

En analyse af svartilbøjelighed og svaradfærd

©DEFACTUM, Region Midtjylland, maj 2024

Emneord: LUP-pilot, LUP Psykiatri

Sprog: Dansk

Udgivet af: DEFACTUM®, maj 2024

Rapporten er sat med: Verdana

Rapporten er udarbejdet af:

Jakob Sevelsted, Gitte Dahl og Jens Thusgård Hørlück

Rapporten indeholder desuden bidrag fra:

Sara Flensborg, Torben Holm, Lea Munkgaard Rubin

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Sevelsted JT, Dahl G, Hørlück J

Titel: LUP Psykiatri pilot: udsendelse via digital post. En analyse af svartilbøjelighed og svaradfærd

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Indholdsfortegnelse..... | 3 |
| 1 Indledning | 4 |
| 2 Baggrund for pilotundersøgelsen | 6 |
| 3 Datagrundlag | 8 |
| 4 Repræsentativitet og frafald..... | 10 |
| 5 Svaradfærd. Forskelle på tværs af år og patientgrupper | 21 |
| 6 Svarprocent. Effekten af type, antal og timing af påmindelser..... | 24 |
| 7 Svarvillighed og svaradfærd..... | 31 |
| 8 Karensperiode..... | 33 |
| 9 Håndtering af ambulante patienter med få kontakter..... | 41 |
| 10 Kommentarer fra patienter | 45 |
| 11 Konklusion..... | 50 |

1 Indledning

I 2021 gennemførtes en pilotundersøgelse af månedlige digitale målinger blandt voksne ambulante og indlagte patienter i LUP Psykiatri (LUP-pilot). Hidtil er data indsamlet ved hjælp af personlig udlevering af papirspørgeskemaer på de enkelte ambulatorier og sengeafsnit. De to dataindsamlingsformer er væsensforskellige. DEFACTUM har foretaget en række analyser af patientbesvarelserne i LUP-pilot med henblik på at afklare:

1. Om der kan foretages en direkte sammenligning af ordinær LUP Psykiatri (herefter: ordinær LUP) og LUP-pilot.
2. Om den nye digitale dataindsamlingsmetode giver anledning til skævheder i data. Dette både i relation til svarprocent og adgang til digital post.
3. Om der kan identificeres systematiske forskelle når gennemsnitsværdierne fra ordinær LUP og LUP-pilot sammenlignes på de ni nationale LUP-spørgsmål.
4. Om der kan identificeres særlige patientkarakteristika, som påvirker patienttilfredsheden i LUP-pilot.
5. Om bestemte tiltag kan forbedre svarprocenten.
6. Hvilken karensperiode, der, ud fra data, er optimal af hensyn til patienter og data.
7. Hvordan patienter med få ambulante kontakter håndteres bedst muligt i henhold til løbende LUP-målinger.

På baggrund af analyserne knyttet til ovenstående punkter, drages der følgende konklusioner:

1. **Svarprocent.** Der kan umiddelbart konstateres en markant lavere svarprocent i LUP-pilot end i ordinær LUP. Når der tages højde for forskelle i inklusionskriterier i hhv. ordinær LUP og LUP-pilot, nærmer svarprocenterne sig dog hinanden. Fordi der er betydelige forskelle på identifikation af patienter, der skal modtage spørgeskemaer, og fordi dataindsamlingsmetoderne er forskellige, er det vanskeligt at sammenligne svarprocenten i ordinær LUP hhv. LUP-pilot én til én.
2. **Adgang til digital post.** Analyserne af patientgruppernes adgang til digital post viser en betydelig variation i, hvilke patientgrupper, der er tilmeldt digital post. Patienternes adgang til digital post varierer med diagnose, alder og køn. Lignende variation ses for svarprocenten. Lægges disse forhold sammen, kan der konstateres en ikke uvæsentlig skævhed i repræsentationen af patienter på tværs af alder, diagnose og køn. Hvorvidt forskelle i repræsentation giver anledning til bekymring for bias er vanskeligt at vurdere kvalificeret. En nærmere vurdering af risikoen for bias, adresseres nedenfor.
3. Sammenligning af **ordinær LUP og LUP-pilot** i forhold til gennemsnitsværdier:
 - a. Der kan identificeres **systematisk forskel på gennemsnitsværdierne** på de nationale LUP-spørgsmål, når man går fra ordinær LUP til LUP-pilot.
 - b. **Diagnose, alder og køn har en systematisk effekt på** tilfredsheden blandt patienterne. Da samme faktorer påvirker repræsentationen, er der risiko for *non-response bias*. Hvorvidt *non-response bias* forekommer, afhænger af, hvad de i nogle tilfælde meget store grupper af patienter, der ikke har svaret, ville have svaret. Det er vurderingen, at der forekommer

denne bias. Dette er vigtigt at holde sig for øje, i tilfælde af, at resultaterne af ordinær LUP sammenlignes med resultaterne af LUP-pilot.

4. Resultatet af **eksperimentelle forsøg med tiltag rettet mod at højne svarprocenten** af forskellige typer påmindelser:
 - a. **Svarprocenten kan forhøjes** ved hjælp af flere **digitale påmindelser**.
 - b. Udsendelse af, og **tydelig kommunikation om, kort skema**, kan forhøje svarprocenten yderligere.
5. **Karensperiode**. Der er foretaget fire analyser af sammenhængen mellem patienternes tilbøjelighed til at svare og længden på karensperioden. Samtlige analyser peger på, at en karensperiode på tre måneder er for kort.
6. **Håndtering af ambulante patienter med få kontakter**. Analyserne af svaradfærden blandt patienter med én til to kontakter peger på, **at spørgsmålene er for svære at svare på, på dette tidspunkt i patienternes forløb**. Mange patienter er fx fortsat i udredning og ikke overgået til egentlig behandling.
7. **Kommentarer fra patienterne**. Blandt de vigtigste kommentartemaer i LUP-pilot er kommentarer vedrørende spørgeskemaet. Mange patienter anfører, at skemaet er for generelt, hvilket kan skyldes ensretningen på tværs af psykiatrien i forbindelse med overgangen til tidstro målinger (LUP-pilot).

Derudover nævnes, at spørgsmålene kan være vanskelige at besvare ved få kontakter. Et tema, der allerede er behandlet. Endeligt kan det nævnes, at nogle patienter oplever at modtage skemaet for sent. Dette kan ligeledes skyldes overgangen til digital dataindsamling.

2 Baggrund for pilotundersøgelsen

Baggrunden for pilotundersøgelsen er, at der igennem længere tid har været et ønske fra regionerne om månedlige målinger af patienttilfredsheden med henblik på mere tidstro data om den patientoplevede kvalitet. Samtidig har der været et ønske om, at spørgeskemaerne bliver kortet væsentligt ned. LUP Sekretariatet har på den baggrund udarbejdet en strategi for Fremtidens LUP, som indeholder ni pejlemærker, som delundersøgelserne i LUP skal bevæge sig hen imod i de kommende år. Strategien blev godkendt af styregruppen for LUP den 26. september 2019 og af psykiatridirektørkredsen den 24. oktober 2019.

De 9 pejlemærker for fremtidens LUP (forkortet version) er illustreret i nedenstående figur.

| | | |
|--|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| <p>Hurtigere data med mindre forsinkelse til klinikken</p> <p>Data indsamles kun elektronisk og rapporteres umiddelbart efter indsamlingen i regionernes egne ledelsesinformations-systemer eller i SurveyXact.</p> | <p>Fleksibel på de nedre niveauer</p> <p>Under hospitalsniveau skal der være mulighed for valg af lokale spørgsmål og ændring af disse efter behov.</p> | <p>Få udvalgte nationale spørgsmål</p> <p>Der indsamles data på et mindre antal udvalgte nationale spørgsmål.</p> |
| 4 | 5 | 6 |
| <p>Patienterne skal belastes mindst muligt</p> <p>Skal værne om patienternes ressourcer for at sikre høj svarprocent. Derfor ikke spørge flere patienter/stille flere spørgsmål/spørge oftere end højst nødvendigt.</p> | <p>Personalet skal belastes mindst muligt</p> <p>Dataindsamling foregår uden involvering af personalet i videst muligt omfang. Resultatfremstillingen skal være overskuelig og nem at gå til.</p> | <p>Undersøgelsen skal give et retvisende billede</p> <p>Nok svarpersoner til at afgøre om forskelle er statistisk signifikante. Svarpersonerne skal bedst muligt svare til patientsammensætningen. Nødvendigt at supplere med fysiske spørgeskemaer.</p> |
| 7 | 8 | 9 |
| <p>Skal ikke indeholde unødigt kompleksitet</p> <p>Undersøgelses- og rapporteringsdesignet skal være så enkelt og gennemskueligt som muligt for aftagerne.</p> | <p>Statistisk sammenligning foregår kun på øvre niveauer</p> <p>Den enkelte klinik vil kunne se udviklingen i deres resultater, men der foretages udelukkende statistiske sammenligninger på de øvre niveauer i den årlige rapport.</p> | <p>Mulighed for samspil med de øvrige kvalitetsindikatorer</p> <p>Det skal undersøges om det er muligt at koble data om patientoplevelser med øvrige kvalitetsdata, fx kliniske kvalitetsdata og PRO – og hvilken merværdig en sådan kobling ville give.</p> |

Et af pejlemærkerne er, at personalet skal belastes mindst muligt, hvorfor dataindsamlingen skal foregå uden involvering af personalet i videst muligt omfang. I LUP Psykiatri har dataindsamlingen siden 2005 foregået via personlig udlevering af spørgeskemaer i ambulatoriet eller på sengeafsnittet, hvilket er ressourcekrævende for personalet. Månedlige målinger vil forudsætte, at patienterne i stedet vil modtage spørgeskemaer via digital post.

Et af formålene med pilotundersøgelsen er at undersøge konsekvenserne ved at ændre dataindsamlingsmetoden fra personlig udlevering af spørgeskemaer til udsendelse via digital post. Om ændringen vil påvirke fx svarprocenterne og patienternes svar og på hvilken måde.

I forhold til svarprocenten har tidligere undersøgelser vist, at udsendelse til psykiatriske patienter via e-Boks giver svarprocenter på mellem 20 og 30%, hvilket er væsentligt lavere end svarprocenterne i LUP Psykiatri. I 2020 var svarprocenten på landsplan henholdsvis 62% for ambulante voksne patienter og 71% for indlagte voksne patienter.

I Region Syddanmark har man i flere år gennemført en forkortet og tilpasset version af LUP konceptet (herefter kaldet LUP Light), hvor der hver måned er blevet sendt spørgeskemaer elektronisk til patienter via e-Boks. LUP Light har siden november 2018 også inkluderet voksne psykiatriske patienter, der har besøgt den ambulante psykiatri. Inden gennemførelsen af denne pilotundersøgelse var det derfor oplagt at gennemføre en indledende pilotanalyse af forskellene på indsamling med henholdsvis personlig udlevering og udsendelse til digital post i psykiatrien¹. Der blev derfor etableret et samarbejde mellem DEFACTUM og Region Syddanmark. De overordnede konklusioner fra pilotanalysen var:

- De to set-ups giver forskellige svarprocenter og forskelle i svarene.
- Forskellene i resultaterne mellem de to undersøgelser er statistisk signifikante og så store, at de er substantielt interessante.
- Forskellene kan ikke forklares med forskellene i køn- og aldersfordelingerne.
- Analysen peger på, at forskellene må skyldes variation i faktorer uden for denne sammenligning, herunder hyppighed, inklusion, besvarelsesmetode, invitationsmetode, antal invitationer, information og antal spørgsmål.

Resultaterne fra pilotanalysen indikerede nogle helt klare forskelle i både svarprocenter og svaradfærd, som det er vigtigt at undersøge nærmere i denne pilotundersøgelse.

Et andet formål med pilotundersøgelsen er at undersøge, om man via dataudtræk fra LPR3 fortsat vil kunne indsamle data og rapportere på laveste enhedsniveau, hvilket har gjort sig gældende i den ordinære LUP. Regionerne har givet udtryk for, at dette er yderst vigtigt, hvis resultaterne skal kunne bruges i forbindelse med kvalitetsudvikling af den patientoplevede kvalitet ude i klinikken.

¹ Pilotanalysen mundede ud i rapporten "Pilotanalyse af forskellen på indsamling med personlig uddeling og udsendelse til e-Boks i psykiatrien – En sammenligning af LUP Psykiatri og "LUP Light". Rapporten er at finde på DEFACTUMS hjemmeside.

3 Datagrundlag

3.1 Datagrundlaget for analyser af LUP-pilot

Datagrundlaget i denne rapport er baseret på svar fra voksne ambulante og indlagte voksne patienter. I Region Midtjylland indgår patienter, som har haft en kontakt eller er blevet udskrevet i perioden januar til juni 2021, mens der for Region Sjællands vedkommende indgår patienter for perioden januar til juli 2021.

Region Sjælland har deltaget med to ud af tre afdelinger samt et enkelt sengeafsnit fra den tredje afdeling. Der er tale om i alt 15 ambulatorier og 11 sengeafsnit.

I Region Midtjylland har hele voksenpsykiatrien deltaget. 28 sengeafsnit og 92 ambulatorier har deltaget. Ud af de 92 ambulatorier er 14 ambulatorier "kunstigt" oprettet i pilotundersøgelsen med henblik på at rumme henholdsvis virtuelle kontakter og udekontakter. Dette er gjort, da det ikke er muligt at registrere disse patienter på afsnitsniveau, hvorfor der under hver afdeling er oprettet et "kunstigt" ambulatorium til hver af de to typer kontakter, som kan rumme alle afdelingens kontakter af denne type.

Der er desuden inddraget data fra ordinær LUP. Disse data er alene anvendt i kapitel 5.

Det eksakte datagrundlag er anført i tabellen nedenfor

Tabel 3.1. Antal svarpersoner fordelt på patienttype og region²

| | Indlagte patienter | Ambulante patienter |
|--------------------|--------------------|---------------------|
| Region Midtjylland | 258 | 2.078 |
| Region Sjælland | 242 | 758 |

3.2 Datagrundlagets oprindelse

Et af formålene med LUP-pilot var at undersøge, om LPR3 var egnet til udtræk til digital udsendelse til psykiatriske patienter – om det ville være muligt at rapportere på samme afsnitsniveau, som der rapporteres på i den ordinære undersøgelse.

Trods en ansøgning til Sundhedsdatastyrelsen pr. 20. maj 2020 var det ikke muligt at få udtræk herfra i løbet af LUP-pilot. Det var oprindeligt planen, at dataindsamlingen i pilotundersøgelsen skulle være startet i august 2020, men det blev udsat flere gange på grund af lange sagsbehandlingstider hos Sundhedsdatastyrelsen.

Da det i december 2020 stod klart, at behandlingen af ansøgningen som minimum ville være yderligere tre måneder forsinket, fik DEFACTUM lavet en aftale med psykiatrien i Region Midtjylland, som indvilgede i at deltage med stort set hele voksenpsykiatrien for både ambulante og indlagte patienter, hvor de som udgangspunkt kun skulle have deltaget med et enkelt sengeafsnit.

Aftalen betød, at DEFACTUM hver måned kunne sende spørgeskemaer ud til patienterne på baggrund af et lokalt LPR3 udtræk. En ulempe ved dette udtræk var, at det først kunne

² Datagrundlaget 4.1 og 5. rummer yderligere data fra ordinær LUP 2019 og 2020

foretages i slutningen af måneden efter den måned, hvor patienten havde haft kontakten. Der gik dermed lang tid, fra patienterne var blevet udskrevet eller havde haft det besøg, som spørgeskemaet omhandlede, til de modtog spørgeskemaet. Særligt for de ambulante patienter var dette problematisk, da de ville kunne have haft et eller flere besøg i mellemtiden, som kunne gøre det sværere at huske det pågældende besøg, som der blev spurgt ind til. Det er muligt, at det har afholdt nogle patienter fra at svare på spørgeskemaet eller patienterne har svaret på efterfølgende besøg eller forløbet. Det har dog ikke været muligt at undersøge dette.

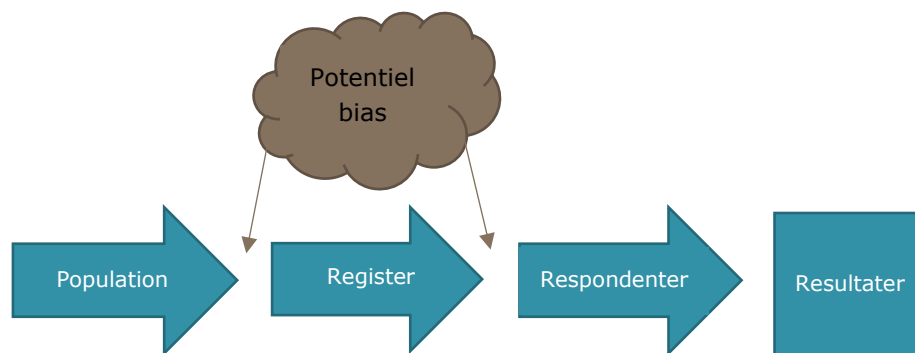
Der blev ligeledes lavet en aftale med Region Sjælland, som selv ville stå for at lave et udtræk fra deres patientadministrative system, som de hver måned sendte til DEFACTUM. Udtrækket blev sendt omkring den 10. måneden efter patientkontakterne, og spørgeskemaerne blev udsendt snarest herefter. Det vil sige ca. 2 uger før udsendelse til patienter i Region Midtjylland.

4 Repræsentativitet og frafald

For at sikre valide data, vil det for en spørgeskemaundersøgelse bl.a. altid være idealet at 1) Have et komplet register over populationen, og 2) Opnå en svarprocent på 100. Hvis ikke alle respondenter (patienter), eller en repræsentativ stikprøve, inviteres til spørgeskemaundersøgelsen, og hvis svarprocenten ikke er 100, er der risiko for bias. Bias forekommer dog kun, såfremt afvigelserne er systematiske og har betydning for resultaterne. I relation til LUP Psykiatri kan bias således fx forekomme på følgende vis: En andel af patienter med en bestemt diagnose svarer ikke, og mener noget andet end dem, inden for samme diagnosegruppe, der svarer. Bias kan også opstå, hvis patienter, der er særligt kritiske ikke får muligheden for at svare.

Figur 5.1 nedenfor illustrer de to omtalte kilder til potentiel bias.

Figur 4.1. Potentielle kilder til bias i LUP Psykiatri



Ordinær LUP har to kilder til potentiel bias: Forskellen mellem population og de lister (registre), der bruges til at invitere patienter til undersøgelsen, samt forskellen mellem de patienter der modtager et spørgeskema, og de patienter der besvarer spørgeskemaet (frafald).

LUP-Pilot har kun én kilde til bias: Frafald

Formålet med dette kapitel er, at undersøge forskelle i svaradfærd på tværs af patientgrupper i LUP-pilot. Når fokus alene er på at undersøge forskelle i svaradfærd i LUP-pilot, og ikke en én til én sammenligning med ordinær LUP på samtlige parametre, skyldes det, at en direkte sammenligning mellem ordinær LUP og LUP-pilot er meget vanskelig. Dette uddybes i første afsnit af kapitlet.

Herefter undersøges de forhold, der giver anledning til over/underrepræsentation i LUP-pilot inden kapitlet afsluttes med en analyse af de repræsentative konsekvenser ved anvendelse af digital post.

4.1 Svarprocenter

Helt overordnet er den gennemsnitlige svarprocent i LUP-pilot ca. 25% for alle udsendte skemaer og ca. 27%, hvis man kun ser på første gang en given patient bliver spurgt. Dette er markant lavere end i ordinær LUP, hvor svarprocenterne ligger på 58-74% for de samme afdelinger, som er med i LUP-pilot³.

Tabel 4.1: Svarprocenter i pilot og ordinær LUP opgjort på indlagte og ambulante patienter¹. (Patienter, der er spurgt flere gange, optræder flere gange)

| | | Indlagte patienter | Ambulante patienter |
|--------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------------|
| Region Midtjylland | Pilot 2021 | 26% (258) | 26% (2.078)² |
| | Ordinær 2020 | 71% (342) | 58% (959) |
| | Ordinær 2019 | 74% (426) | 57% (1.068) |
| Region Sjælland | Pilot 2021 | 23% (242) | 20% (758) |
| | Ordinær 2020 ³ | 86% (43) | 48% (135) |
| | Ordinær 2019 | 70% (308) | 66% (819) |

Note 1: Eksklusiv patienter med 1-2 kontakter og patienter spurgt udelukkende på baggrund af en virtuel kontakt.

Note 2: Parentesen angiver antal besvarelser.

Note 3: To afdelinger i Region Sjælland (Psykiatrien Øst og Psykiatrien Vest) indgik ikke i LUP 2020. Svarprocenterne for Region Sjælland i 2020 er derfor regnet på et lille antal patienter og er ikke fuldstændig sammenlignelige med LUP 2019 og pilotprojektet i 2021.

³ Der ses her bort fra Region Sjælland i 2020. Se Note 3 under tabel 1.1.

4.1.1 Svarprocent i henhold til registerpopulation

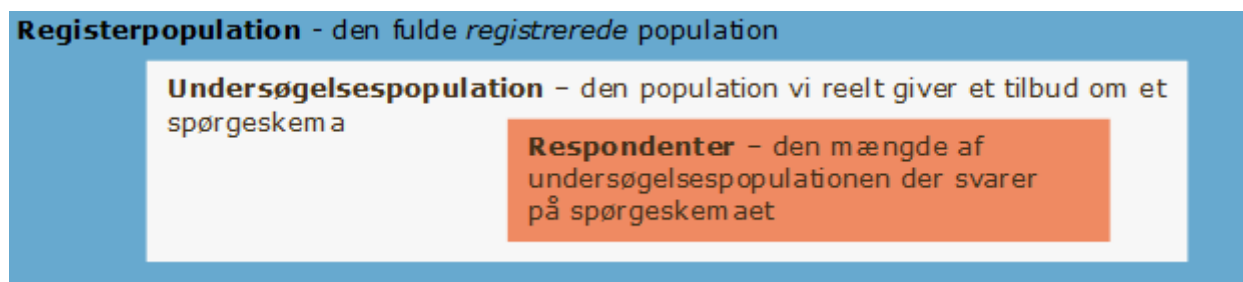
Det er dog væsentligt at bemærke, at der er tegn på, at svarprocenten i ordinær LUP er overvurderet og ikke direkte sammenlignelig med den i LUP-pilot. Det skyldes flere forhold:

- I ordinær LUP er undersøgelsespopulationen beregnet på baggrund af registreringsskemaer som er udfyldt lokalt, mens den i LUP-pilot er baseret på registerudtræk. Beregner man undersøgelsespopulationen på baggrund af registreringsskemaer, er den konsekvent mindre, end hvis man bruger registerudtræk fra samme periode. Dette kan være tegn på en betydelig inklusionsbias i ordinær LUP.
- Nogle eksklusionskriterier i den ordinære undersøgelse er mere skønsmæssige, og kan ikke fuldt genskabes i LUP-pilot (eks. svært demente, døende etc).

Nedenfor ses, hvor stor en del af den fulde registerpopulation, der indgår i undersøgelsespopulationen i henholdsvis LUP-pilot og ordinær LUP. Reduktionen blev drøftet på mødet i psykiatrilædelleskredsen d. 9. september 2021. Her blev der talt om, at det nok ikke er realistisk, at personalet får udleveret spørgeskemaer og registreret alle patienter i en travl hverdag. Med et fremadrettet digitalt afsæt i registerdata bliver der langt større mulighed for at blive klogere på den population, besvarelsenerne reelt dækker over.

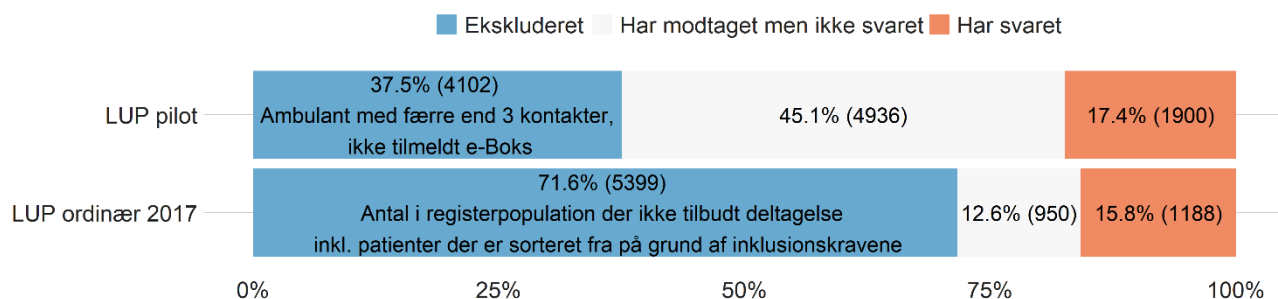
På den baggrund kan der altså konstateres et mørketal i forbindelse med den ordinære LUP. Et mørketal, man bliver kvit ved digital dataindsamling med udgangspunkt i registerdata. Denne forskel på ordinær LUP og LUP-pilot vanskeliggør i høj grad en direkte sammenligning, herunder også en direkte sammenligning af svarprocenter.

Figur 4.2: Registerpopulation, undersøgelsespopulation og respondenter.



Figur 4.3: Ekskluderinger og frafald.

Ekskluderinger og frafald



Kilde: LUP-psykiatri pilot. Indsamlet januar 2021 - august 2021. LUP psykiatri 2017

Note: Tilsvarende tendens sås i en supplerende undersøgelse ifm. LUP Psykiatri 2009 på tværs af regioner.

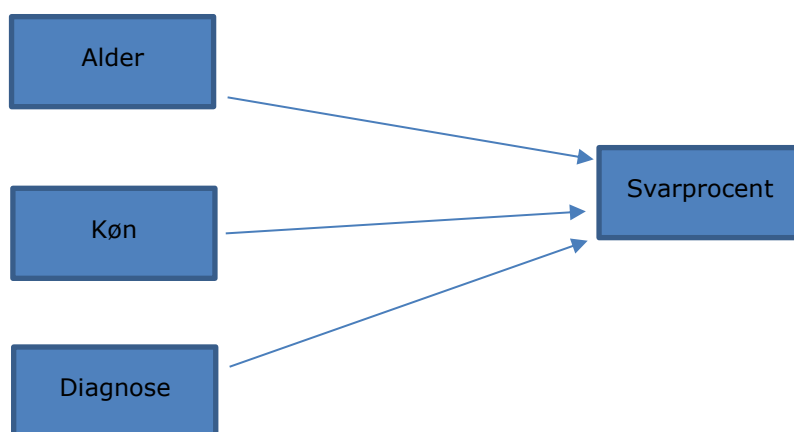
Note: Ambulante patienter med F-diagnoser og kun første skema inkluderet, såfremt de har modtaget flere i LUP-pilot.

4.2 Baggrundsforhold med betydning for svarprocenten

Fra fokus på sammenligning af svarprocenten i ordinær LUP og LUP-pilot, fokuseres der nedenfor alene på svarprocenten i LUP-pilot. Først præsenteres en overordnet analyse af, hvilke baggrundsforhold, der har betydning for svarprocenten (fx diagnose, køn og alder). Efterfølgende udfoldes hver af disse baggrundsforhold med analyser af svarfordelingen inden for hvert baggrundsforhold.

Som figur 5.3 nedenfor illustrerer, så er det alder, køn og diagnose, der har størst betydning for svarprocenten.

Figur 4.4: Faktorer som har størst betydning for svarprocenten.



Mere konkret så er mænd, de 25-34 årige og diagnosegrupperne F0, F1, F2 og F7 dem, der har den laveste svarprocent. I tabellen nedenfor fremgår det, hvor stor betydning samtlige undersøgte baggrundsforhold har for svarprocenten.

Tabellen indeholder resultaterne fra en serie af logistiske regressionsanalyser. I tabellen rapporteres de specificerede logistiske modellers residualer (kolonne 1). Residualerne er et mål for, hvor godt de specificerede modeller (baggrundsvariable) forklarer, om patienterne svarer. Jo lavere residualer, desto bedre forklarer modellen, hvorvidt patienterne svarer/ikke svarer. Er der forskel på de rapporterede residualer, så varierer modellernes forklaringskraft. Tages der udgangspunkt i række 3, så ser vi, at køn forbedrer forklaringskraften, fordi residualerne falder med 152,9. Køn har altså en betydning for, hvorvidt patienterne svarer eller ej. Dermed har køn en betydning for svarprocenten. I række fire vises resultaterne af testen af, hvorvidt alder yderligere forbedrer svarprocenten. Når alder inddrages i modellen, så falder residualerne med 442,4. Alder har altså en større betydning for svarprocenten end køn, fordi residualerne falder med mere, når alder tilføjes i forklaringen af svarprocent.

Det interessante at hæfte sig ved er, at patienttype, tidspunkt for udsendelse og afdeling bidrager med meget lidt, når der er kontrolleret for køn, alder og diagnose.

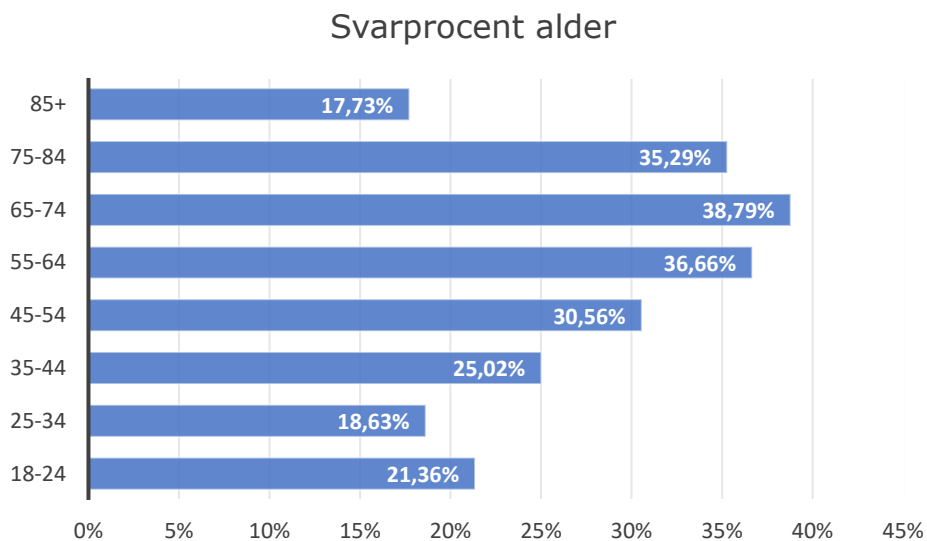
Tabel 4.2 Baggrundsforhold med betydning for svarprocenten

| Overskrift | Resid..Dev | Deviance | P_value | sig |
|---|------------|----------|---------|-----|
| Model 1: svarrate = antal gange spurgt | 23509,0 | | | |
| Model 1 + køn | 23356,1 | 152,9 | <,000 | *** |
| Model 2+ alder | 22913,7 | 442,4 | <,000 | *** |
| Model 3+ diagnose | 22745,2 | 168,5 | <,000 | *** |
| Model 4+ patienttype | 22741,1 | 4,1 | 0,042 | * |
| Model 5+ region | 22652,0 | 89,1 | <,000 | *** |
| Model 6+ udsendelsesugedag + udsendesklokkeslet | 22635,1 | 17,0 | 0,002 | ** |
| Model 7+ afdeling | 22588,6322 | 46,4 | <,000 | *** |

4.2.1 Alder

De laveste svarprocenter ses hos de yngste aldersgrupper (18-24 år og 25-34 år) samt for den ældste aldersgruppe (85+ år). Ellers ses en tendens mod, at højere alder hænger sammen med højere svarprocent.

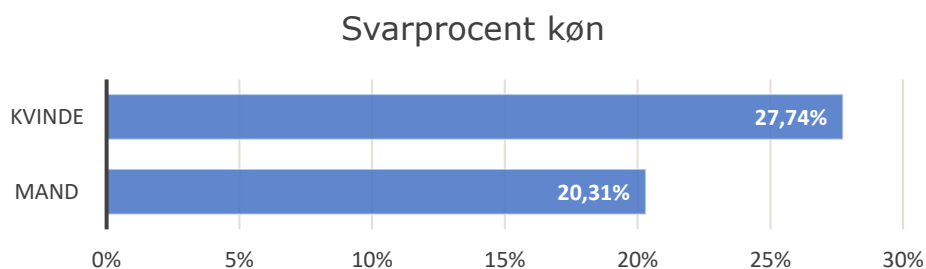
Figur 4.5 Svarprocent fordelt på aldersgrupper



4.2.2 Biologisk køn

Kvinder har en svarprocent på 27,74%, mens mænd har en svarprocent på 20,31%. Kvinder er altså mere tilbøjelige til at svare, end mænd.

Figur 4.6. svarprocent fordelt på biologisk køn

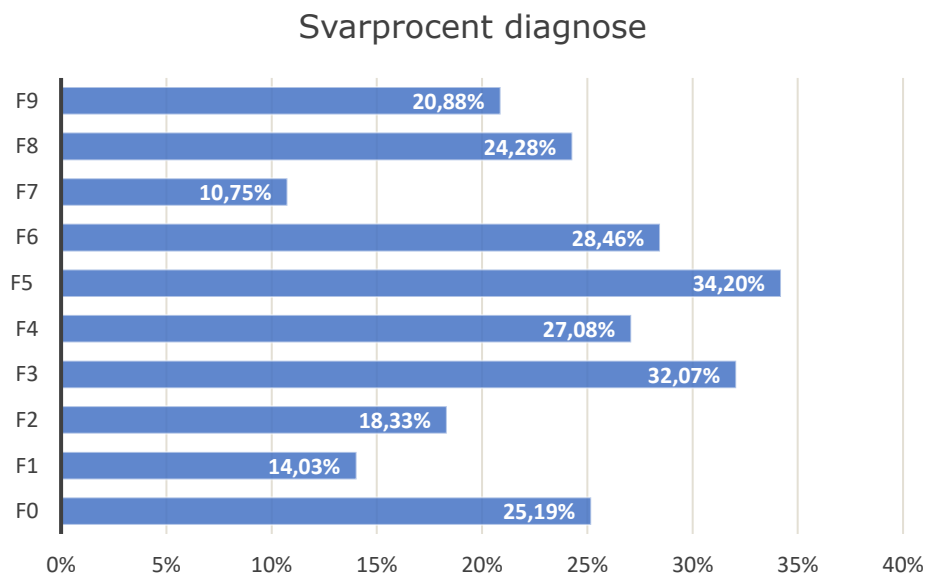


4.2.3 Diagnose og behandlingstype

Der ses en sammenhæng mellem svarprocent og diagnosegruppe. Patienter med diagnoserne mental retardering (F7), skizofreni/psykose (F2) samt patienter med misbrugsbetingede lidelser (F1) har en særlig lav svarprocent.

Psykiatriske patienter med diagnosen F5 (adfærdsændringer forbundet med fysiologiske faktorer, fx spiseforstyrrelser) og F3 (affektive sindslidelser) har derimod høje svarprocenter på mere end 30%.

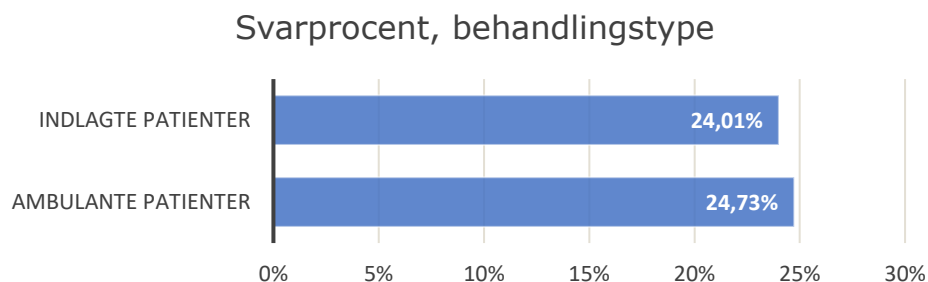
Figur 4.7. Svarprocent fordelt på diagnoser



Note: Øvrige diagnosegrupper: F4 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer, F6 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd, F8 Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9 Adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået før voksen alderen

Det fremgår af figur 4.8 nedenfor, at ambulante patienter er marginalt mere tilbøjelige til at besvare LUP-pilot end indlagte patienter er. Forskellen i svarprocent er dog så lille, at der ikke kan drages nogen sikre konklusioner om forskellen i tilbøjelighed til at svare for indlagte hhv. ambulante patienter.

Figur 4.8. Svarprocent fordelt på behandlingstype



4.2.4 Opsamling

På tværs af baggrundsforhold og patienttyper er der meget stor variation i tilbøjeligheden til at svare. Køn, alder og diagnose er de faktorer, der har størst betydning for, hvorvidt patienterne besvarer spørgeskemaundersøgelsen. Patienttype og udsendelsestidspunkt har den laveste effekt på tilbøjeligheden til at svare.

Hvorvidt variationen i svartilbøjelighed på tværs af patientgrupper medfører en bias, som der ikke kan kompenseres for ved hjælp af vægtning, kommenteres der på i kapitlets afslutning.

4.3 Omfang af, og forskelle i, adgang til digital post

Adgang til digital post er en forudsætning for, at de psykiatriske patienter kan modtage et digitalt spørgeskema. Dette kapitel undersøger omfang og forskelle i psykiatriske patienters adgang til digital post.

4.3.1 Kriterier for fritagelse fra digital post⁴

Man kan blive fritaget for digital post, hvis man opfylder et af følgende kriterier, hvorefter man i stedet vil modtage sin post som fysiske breve:

- Ikke har adgang til en computer med tilstrækkelig internetforbindelse i hjem eller på opholdssted.
- Har en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse, som hindrer modtagelse af digital post.
- Er registreret som udrejst af Danmark.
- Er blevet hjemløs.
- Har sproglige vanskeligheder.
- Har praktiske vanskeligheder ved at skaffe NemID.

⁴ (kilde: <https://www.borger.dk/internet-og-sikkerhed/Digital-Post/fritagelse-fra-digital-post>)

4.3.2 Psykiatriske patienters adgang til digital post

Psykiatriske patienter er i højere grad fritaget for at bruge digital post end baggrundsbefolkningen. En opgørelse fra Digitaliseringsstyrelsen viser, at 7,1% af befolkningen er fritaget for digital post. Blandt de psykiatriske patienter er 12,1% fritaget for digital post. Der ses altså en generel forskel på 5 procentpoint mellem befolkningens og psykiatriske patienters adgang til digital post.

Nedenfor gennemgås faktorerne med størst betydning for forskellen mellem psykiatriske patienters og den generelle befolknings adgang til digital post.

4.3.3 Alder

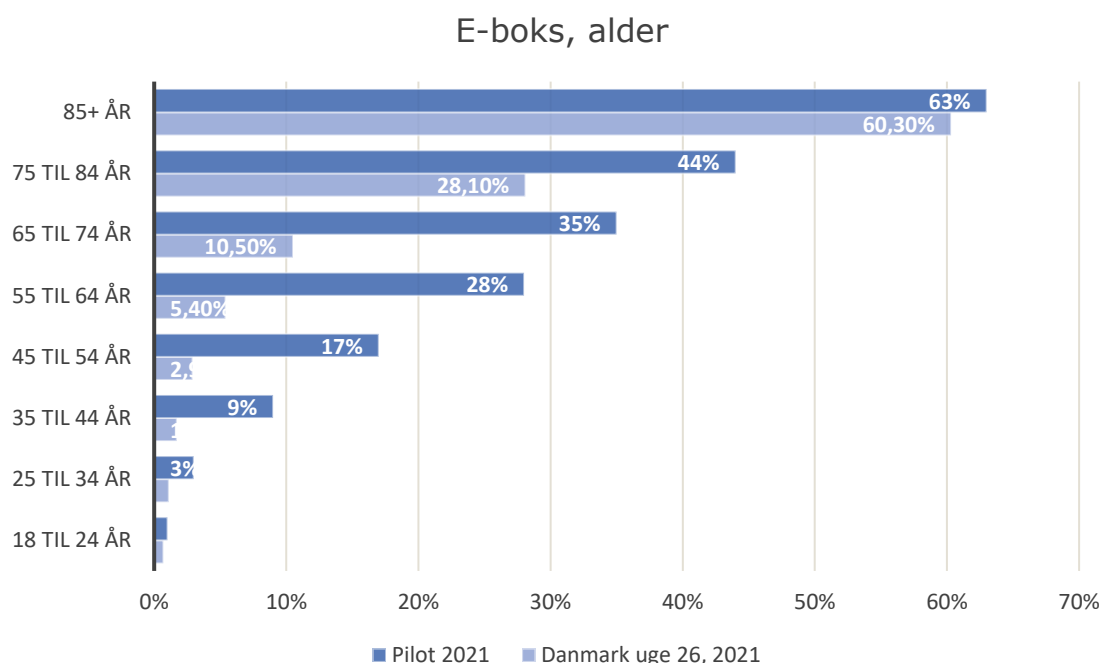
I grafen nedenfor ses andele tilmeldte til digital post for henholdsvis den danske befolkning pr. uge 26 2021 og for de psykiatriske patienter i LUP-pilot. Andelen er opgjort efter aldersgruppe.

Der ses en tydelig sammenhæng mellem alder og fritagelse fra digital post. Andelen af ikkedigitale borgere stiger hurtigere med alderen for de psykiatriske patienter end for baggrundsbefolkningen.

For aldersgruppen 35-44 år er andelen af ikkedigitale psykiatriske patienter 9%. Andelen af ikkedigitale borgere i den generelle befolkning i samme aldersgruppe er 1,70%. Der ses en nogenlunde tilsvarende diskrepans mellem hhv. ikkedigitale psykiatriske patienter og ikkedigitale borgere i befolkningen som helhed for de øvrige aldersgrupper. Først i aldersgruppen 80+ nærmer andelen af ikkedigitale borgere generelt og ikkedigitale psykiatriske patienter sig hinanden.

Den største forskel i andelen af ikkedigitale borgere og ikkedigitale psykiatriske patienter ses i aldersgruppen 65-74 år. Her er forskellen mellem ikkedigitale psykiatriske patienter og ikkedigitale borgere generelt på 24,5 procentpoint.

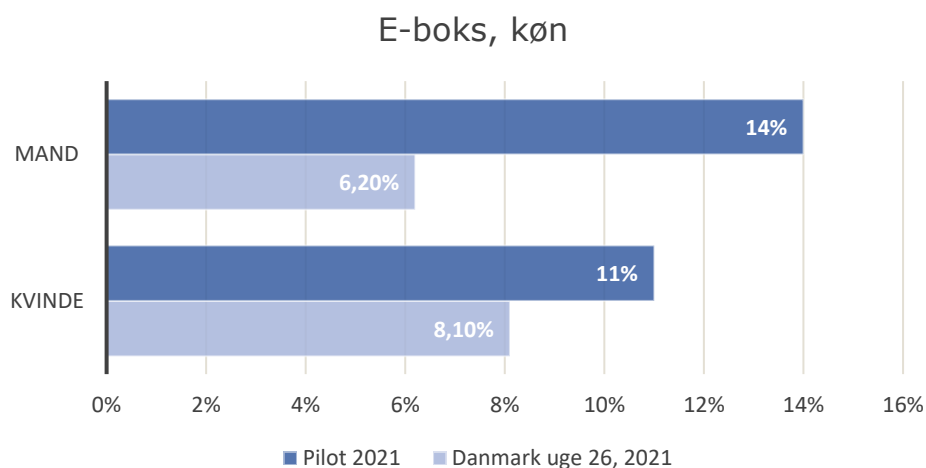
Figur 4.9. Ikkedigitale patienter fordelt på aldersgrupper



4.3.4 Biologisk køn

I den danske befolkning har kvinder en lidt højere fritagelsesgrad fra digital post end mænd. Forskellen i ikkedigitale mænd hhv. ikkedigitale kvinder i befolkningen er på 2 procentpoint. Nogenlunde samme forskel på ikkedigitale mænd hhv. kvinder ses blandt psykiatriske patienter i pilotundersøgelsen, men med omvendt fortegn: Blandt psykiatriske patienter i pilotundersøgelsen er andelen af ikkedigitale mænd 14%, mens andelen af ikkedigitale kvinder er 11%. Andelen af ikkedigitale mandlige psykiatriske patienter i pilotundersøgelsen er altså væsentligt større end ikkedigitale mænd i befolkningen.

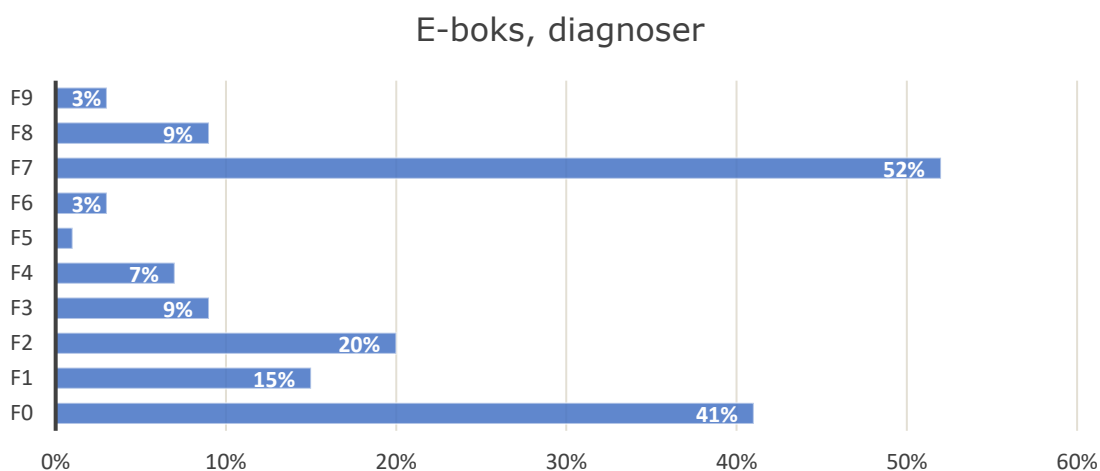
Figur 4.10. Ikkedigitale patienter fordelt på køn.



4.3.5 Diagnose og behandlingstype

Der er en tydelig sammenhæng mellem diagnose og omfang af fritagelse for digital post. I figur 4.11 ses andele ikkedigitale patienter i pilotundersøgelsen inden for hver af ICD10-hovedgrupperne.

Figur 4.11. Ikkedigitale patienter fordelt på diagnosegrupper



Diagnoserne i hovedgruppe F7 (mental retardering) har med 52% den højeste andel af ikke digitale patienter. Med henholdsvis 41% og 20% har patienter med diagnose F0 (organiske psykiske lidelser, herunder demens) og F2 (skizofreni, skizotypisk sindslidelse og psykoser) ligeledes en høj andel ikkedigitale patienter.

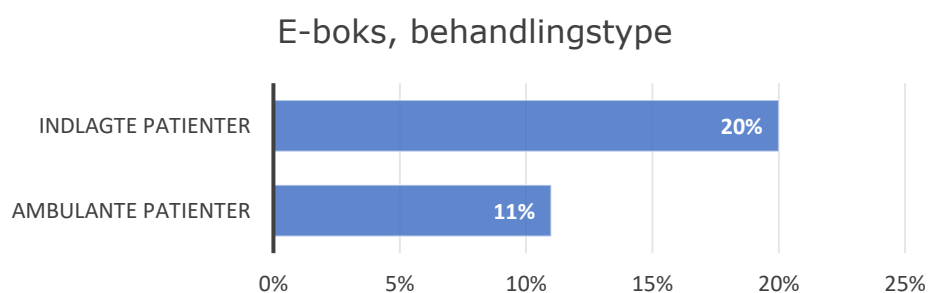
Diagnosegrupperne med laveste andel ikkedigitale patienter er F9 (adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen), F6 (personlighedsforstyrrelser) og F5 (adfærdsændringer forbundet med fysiologiske faktorer, herunder spise- og søvnforstyrrelser). Andele ikkedigitale patienter er i disse diagnosegrupper 3 pct., 1 pct. hhv. 3 pct.

4.3.6 Forskel i fritagelse mellem ambulante og indlagte patienter

Psykiatriske patienter, som har modtaget ambulante behandling, er i mindre omfang fritaget for digital post end patienter, som har været indlagt. 11% af ambulante patienter er fritaget for digital post, mens dette gør sig gældende for 20% af indlagte patienter.

Forskellen mellem ikkedigitale ambulante hhv. indlagte patienter indikerer, at fritagelse fra digital post kan have en sammenhæng med sværhedsgraden af den psykiske sygdom: Jo sværere psykisk sygdom, jo højere andel ikke digitale patienter.

Figur 4.12 ikkedigitale patienter fordelt på patienttype



4.4 Delkonklusion

På baggrund af afsnit 4.3, kan det konkluderes, at adgang til digital post i højere grad udgør en barriere for nogle patientgrupper end for andre. Det gælder især for diagnosegrupperne F0 (organiske psykiske lidelser, herunder demens) og F7 (mental retardering). Derudover ser vi, at næsten dobbelt så mange indlagte patienter ikke har adgang til digital post sammenlignet med ambulante patienter

Sammenholdes svarprocent og adgang til digital post, er underrepræsentationen for især diagnosegruppe F7 (mental retardering) meget stærkt underrepræsenteret. Det samme gælder for patienter over 85 år.

Underrepræsentation udgør i sig selv ikke en bias, der ikke kan justeres ved hjælp af vægte. En sådan justering bygger dog på en antagelse om, at patienterne i de givne patientgrupper svarer på samme måde. Det gælder både de, der har svaret, og de, der ikke har svaret. Dog synes det sandsynligt, at svaradfærden varierer med alvorligheden af sygdom. Meget syge patienter oplever i nogle tilfælde verden anderledes end raske patienter. Det samme gør sig formentlig gældende for disse patienters oplevelse af psykiatrien. Jo sværere sygdom, desto større afvigelse fra den gennemsnitlige patientoplevelse. Deraf følger at jo lavere svarprocent desto større *non-response bias*. Dermed må der formodes at være en ikke ubetydelig *non-response bias* forbundet med resultaterne af LUP-pilot. Denne bias gør estimaterne for de patientgrupper med en meget lav svarprocent ekstra usikker.

Endnu en kilde til usikkerhed omkring estimerne udspringer fra det forhold, at antallet af besvarelser inden for nogle patientgrupper er meget lavt. Når der er få besvarelser inden for bestemte patientgrupper, er der markant større statistisk usikkerhed forbundet med at ekstrapolere estimerne til alle patienter inden for patientgruppen

5 Svaradfærd. Forskelle på tværs af år og patientgrupper

Forskelle i repræsentation blandt patientgrupper i LUP-pilot medfører i sig selv skævheder i data. Såfremt disse skævheder er identiske med skævhederne i ordinær LUP, giver overgangen fra ordinær LUP til LUP-pilot ikke nødvendigvis anledning til problemer. I dette kapitel undersøges to forhold:

1. Hvorvidt der kan konstateres forskel på resultaterne af ordinær LUP og LUP-pilot.
2. Hvilke faktorer der betyder noget for, hvad patienterne svarer.

Der fokuseres særligt på, hvorvidt underrepræsenterede patientgrupper svarer systematisk anderledes end øvrige patientgrupper

5.1 Forskelle i svaradfærd mellem ordinær LUP og LUP-pilot

Nedenstående tabel viser forskelle mellem ordinær LUP og LUP-pilot på de ni nationale LUP-spørgsmål. Den overordnede konklusion er, at der er systematiske forskelle i, *hvad* patienterne svarer, når vi bevæger os fra ordinær LUP til LUP-pilot. Generelt ligger gennemsnitsværdierne på de nationale nøglespørgsmål i LUP 0,2 – 0,3 skalapoint lavere i LUP-pilot, kontrolleret for afdeling, selvrapporteret diagnose, alder, patienttype (ambulant/indlagt) og køn.

Den eneste undtagelse fra dette billede er spørgsmålet "*Spurgte personalet ind til din beskrivelse af din sygdom/tilstand?*". For dette spørgsmål er resultaterne mere tvetydige.

Hvorfor digital dataindsamling giver anledning til lavere gennemsnitsværdier på de nationale nøglespørgsmål kan ikke estimeres på baggrund af foreliggende data. Potentielle forklaringer kan være:

1. En **ukendt selektionsbias** i udlevering af spørgeskemaer i ordinær LUP
2. **Forskel i tid** fra kontakt med psykiatrien til besvarelse af spørgeskema
3. **Væsentlig større underrepræsentation** i nogle patientgrupper, fx på grund af forskelle i adgangen til digital post.
4. En **øget fortrolighed** ved besvarelse af digitalt spørgeskema, fordi patienter besvarer skemaet under mere private forhold (fx i hjemmet).

Tabel 5.1. Forskelle i tilfredshed på nationale spørgsmål i ordinær LUP 2019, 2020 og pilot 2021

| | Ordinær LUP 2019 | Ordinær LUP 2020 | LUP Psykiatri pilot 2021 (konstant) |
|---|--------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Kan du komme i kontakt med personalet i ambulatoriet, når du har behov for det? | 0,283*** | 0,225** | 3,901 |
| Taler personalet med dig om, hvad du kan gøre for at få det bedre, hvis du bliver fx bange, urolig eller har svært ved at sove? | 0,129*** | 0,217*** | 3,770 |
| Spurgte personalet ind til din beskrivelse af din sygdom/tilstand? | -0,105** | 0,0690 | 4,182 |
| Var du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i det omfang, du havde behov for? | Spørgsmål implementeret i 2020 | 0,233*** | 3,876 |
| Fik du alle de informationer, du havde behov for? | 0,221*** | 0,260*** | 3,937 |
| Oplevede du, at én læge tog et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser? | Spørgsmål implementeret i 2020 | 0,257*** | 3,221 |
| Har du fået hjælp til at håndtere dine psykiske vanskeligheder og problemer? | 0,371*** | 0,223*** | 3,611 |
| Er du alt i alt tilfreds med dit besøg? | 0,248*** | 0,259*** | 3,868 |

Noter: De statistiske analyser er udført på LUP-besvarelser fra ordinær LUP i hhv. 2019 og 2020 samt LUP-besvarelser fra LUP-pilot gennemført i 2021. Besvarelserne fra de tre år er analyseret ved hjælp af lineær regression (OLS), hvilket gør det muligt at udelukke forskelle i patienternes baggrundsforhold på tværs af årene (fx alder, køn, afdeling, etc.) som forklaring på eventuelle forskelle i gennemsnitsværdier. I analyserne anvendes kun data fra de afdelinger, der indgår i både 2019, 2020 og LUP-pilot i 2021, samt data fra patienter med mere end to ophold.

*** signifikant på $p < 0,001^*$ -niveau. Dvs. at forskellen på de to gennemsnitsværdier for hvert spørgsmål forekommer som et udslag af tilfældig variation i færre end 1 ud af 1000 tilfælde.

*Spørgsmålsformuleringerne varierer en smule på tværs af år og patienttype. Der er her taget udgangspunkt i spørgsmålsformuleringerne til ambulante patienter i 2021. Spørgsmålene er testet for konsistens på tværs af år og patienttype ved hjælp af Pearsons R (item-item-test).

**Gennemsnitsværdierne er udtryk for punktestimater, der varierer inden for et konfidensinterval (ikke vist). Dermed er der usikkerhed om den eksakte værdi. De anførte gennemsnitsværdier er dog de statistisk mest sandsynlige.

***Tabellens gennemsnitsværdier er kontrolleret for afdeling (kun besvarelser fra patienter på afdelinger, der er med i 2021 indgår i beregningerne), selvrapporeret diagnose, antal ophold, alder, køn og patienttype (ambulant/indlagt). De nævnte forhold er holdt konstante i beregningerne, og har ikke indflydelse på de anførte gennemsnitsværdier.

****Gennemsnitsværdierne skal fortolkes med udgangspunkt i patienter, der 1) er tilknyttet afdeling for depression og angst, 2) har en affektiv lidelse, 3) har haft 1 – 2 kontakter/ophold, 4) er mellem 26 og 65 år, 5) er mand, 6) er ambulant patient og 7) har besvaret LUP-Pilot-skemaet.

5.2 Primære faktorer med betydning for tilfredshed i LUP-pilot

I afsnittet ovenfor så vi en signifikant forskel på ordinær LUP og LUP-pilot på de ni nationale spørgsmål. I nærværende afsnit undersøges det, hvilke baggrundsfaktorer, der har en effekt på den samlede tilfredshed med psykiatrien i LUP-pilot. Analysen skal medvirke til at belyse, hvorvidt forskellen mellem ordinær LUP og LUP-pilot kan mistænkes at stamme fra underrepræsentation. Såfremt bestemte baggrundsforhold har en effekt på tilfredsheden, og såfremt der er konstateret en væsentlig underrepræsentation på disse baggrundsforhold, er der styrket mistanke om, at bias kan stamme fra underrepræsentation.

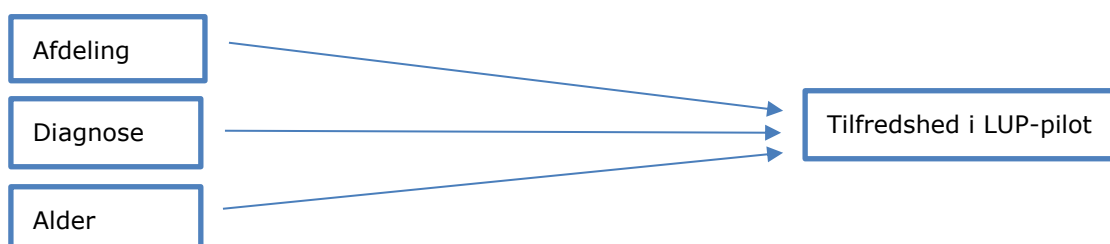
Som det fremgår af figur 5.1 nedenfor, har baggrundsfaktorerne afdeling, diagnose hhv. alder en selvstændig effekt på patienternes tilfredshed med psykiatrien. Sammenholdes disse fund med fundene i kapitel fire, synes der at være en begrundet mistanke om bias som konsekvens af underrepræsentation i LUP-pilot. I kapitel fire konstateredes en stor variation i svarprocent og adgang til digital post mellem alders- og diagnosegrupper. Især variationen i adgang til digital post kan formodes at medføre en bias i LUP-pilot. I ordinær LUP distribueres spørgeskemaerne nemlig ikke via digital post, og her er gennemsnitsværdierne på de nationale spørgsmål højere.

Nedenfor fremgår det, hvordan afdeling, diagnose og alder hver især påvirker tilfredsheden. De eksakte effekter af afdeling, diagnose og alder fremgår ikke i nærværende rapport. Det skal dog nævnes, at den generelle tendens er følgende:

1. **Afdeling.** Patienter med relation til Regionspsykiatrien Midt eller Regionspsykiatrien Horsens er generelt mere positive i LUP-pilot end patienter fra øvrige afdelinger.
2. **Diagnose.** Enkelte diagnosegrupper adskiller sig systematisk fra de øvrige diagnosegrupper. Det gælder eksempelvis patienter med personlighedsforstyrrelse. Disse patienter er generelt mere negative i LUP-pilot end patienter fra andre diagnosegrupper.
3. **Alder.** For fire ud af de otte undersøgte nationale nøglespørgsmål i LUP ses en positiv effekt af alder på spørgsmålenes gennemsnitsværdi: Jo højere alder, jo mere tilfredse er patienterne.

Figuren nedenfor illustrerer, hvilke tre baggrundsfaktorer, der påvirker tilfredsheden i LUP-pilot

Figur 5.1. Tre baggrundsfaktorer som påvirker tilfredsheden i LUP-Pilot



6 Svarprocent. Effekten af type, antal og timing af påmindelser.

I forbindelse med LUP-pilot er der gennemført en række eksperimenter. Eksperimenterne har haft til formål at teste effekten af fire tiltag målrettet:

- 1) Forøgelse af svarprocenten.
- 2) Indhentelse af svar fra et bredere spektrum af patienter.

De fire tiltag, der er testet i eksperimenterne er:

- 1) Timing af hovedudsendelse og rykkere.
- 2) Digital udsendelse suppleret med papirudsendelse af spørgeskema og rykkere.
- 3) Reduktion i antallet af spørgeskemaspørgsmål og tydelig kommunikation herom.
- 4) Forøgelse af antallet af rykkerudsendelser fra én til to.

Udvikling og gennemførelse af eksperimenterne er foregået i tre tempi:

- 1) Hypotese generering.
- 2) Iterativ eksperimentel fase.
- 3) Konfirmerende eksperimentel fase.

Nedenfor gennemgås hver af de tre faser i listet rækkefølge

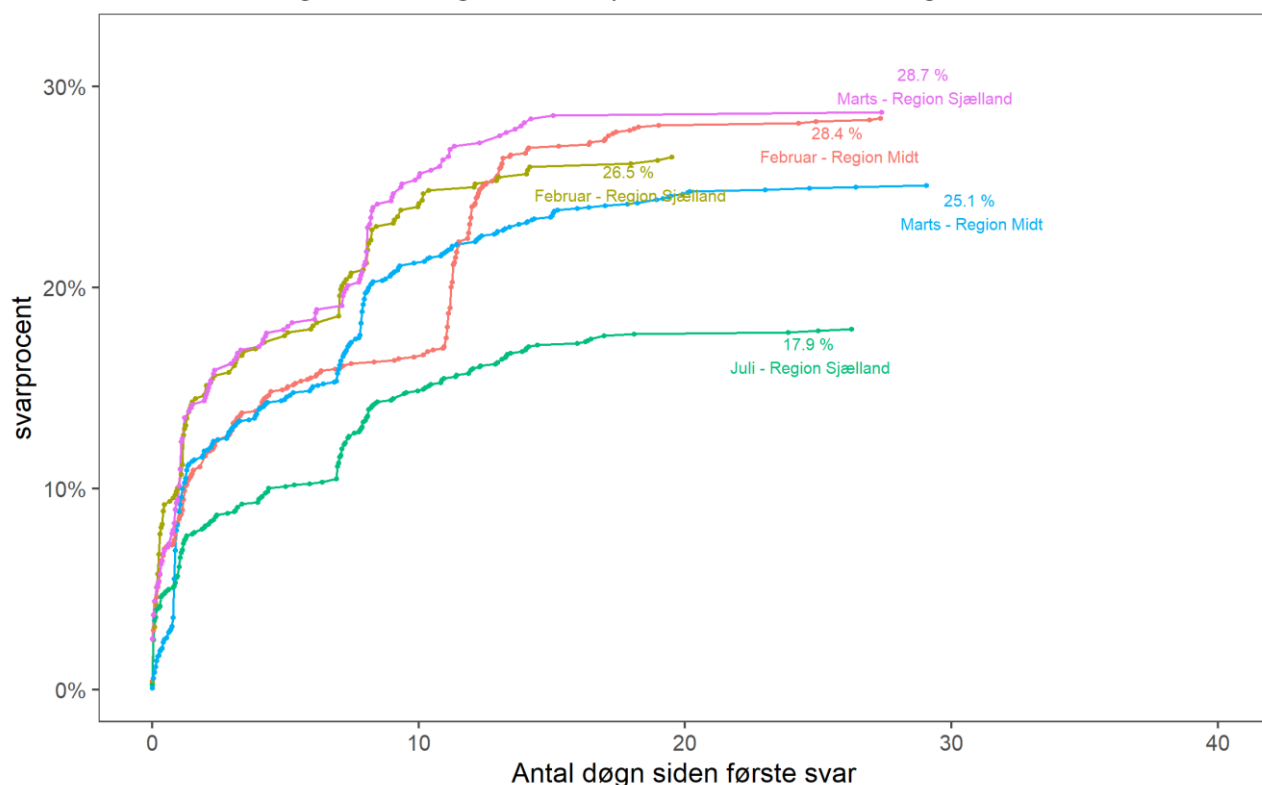
6.1 Hypotese genererende eksperimenter

Med henblik på udviklingen af hypoteser om forhold, der kan forbedre svarprocenten, gennemførtes eksplorative dataindsamlinger. Det vil sige dataindsamlinger med formål om at indkredse forhold, der har betydning for svarprocenten. Nedenfor ses en illustration af svarprocenten for disse dataindsamlinger. Der er ikke eksperimenteret med dataindsamlingerne, der ligger til grund for nedenstående svarprocenter

Figur 6.1.

Udsendelser uden eksperiment: Udviklingen i svarprocent

Andelen af deltagere der har givet en komplet besvarelse ekskl. borgere uden e-boks



Ovenstående graf viser de spørgeskemaudsendelser der blev gennemført uden eksperiment. Hver linje repræsenterer en udsendelse, X-aksen viser antallet af døgn siden skemaerne blev sendt ud til Digital Post, og Y-aksen viser, hvad svarprocenten er på en given dag siden udsendelsen af spørgeskemaet. En stejl graf indikerer mange svar inden for få dage. En pludselig øget hældning på graferne ses typisk på, og i umiddelbar forlængelse af, et tidspunkt for udsendelse af enten første invitation eller en påmindelse. Således kan det aflæses, hvornår og hvor mange invitationer/påmindelser, der er udsendt til patienterne.

Umiddelbart viser grafen, at alle svarprocenter følger et nogenlunde identisk mønster. Samtidigt ses der dog også nogle uforklarlige forskelle. De indledende, og ovenfor illustrerede svarprocenter, samt viden fra litteraturen og tidligere har ledt til opstilling af følgende hypoteser:

- Tidspunktet for udsendelse påvirker, om patienterne svarer.
- Digital udsendelse suppleret med udsendelse af papirskema og –rykkere øger svarprocenten.
- Reduktion i antallet af spørgsmål vil få flere til at svare.
- Øget antal rykkere vil få flere til at svare.

6.2 Indledende eksperimenter

På baggrund af de ovenfor listede hypoteser gennemførtes en række indledende eksperimenter. De indledende eksperimenter gennemførtes i perioden marts til juni 2021. Resultaterne vedrørende svarprocent er beskrevet i nedenstående tabel, og i den efterfølgende graf.

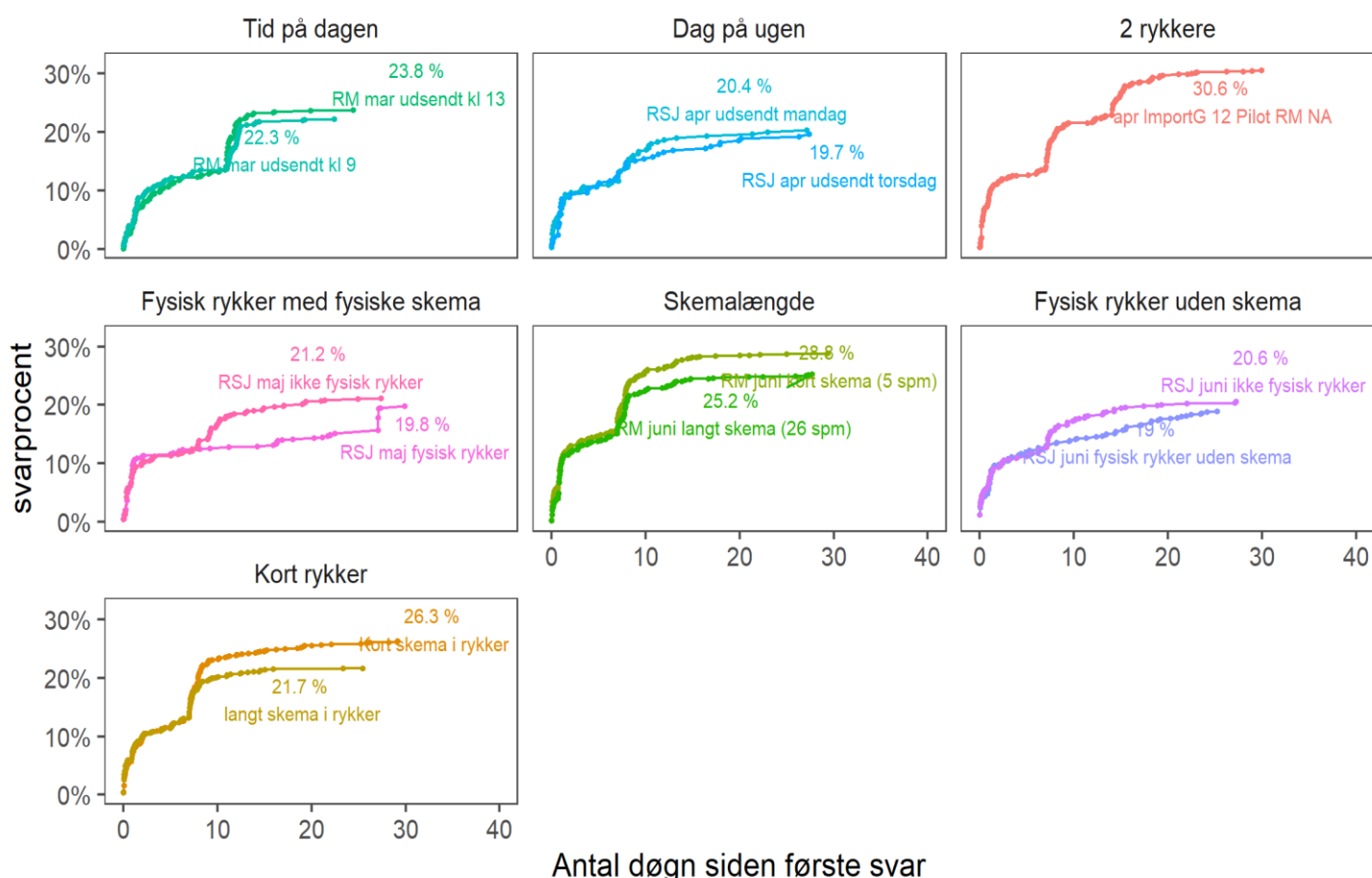
Tabel 6.1. Oversigt over indledende eksperimenter

| Eksperiment | Region | Beskrivelse | Resultat |
|--|---------------|--|---|
| Tid på dagen | Midt | Den ene gruppe blev udsendt kl. 9 den anden kl. 13 på den samme dag. | Lille forskel, ikke statistisk signifikant |
| Dag på ugen | Sjælland | Den ene gruppe fik torsdag, den anden den følgende mandag. | Lille forskel, ikke statistisk signifikant |
| 2 rykkere | Midt | Ikke et eksperiment | Tydelige tegn på at rykker nummer 2 gav yderligere ca. 5 procentpoint i svarprocent |
| Fysisk rykker med fysiske skema | Sjælland | Den ene grupper modtog sin rykker som et fysisk skema med posten | Små forskelle, ikke statistisk signifikant |
| Skemalængde | Midt | Den ene gruppe modtog et forkortet skema med kun 5 spørgsmål. Den anden fik det fulde skema. Antallet af spørgsmål var kommunikeret i følgebrevet. | I første udsendelse var der en lille forskel, men da rykkeren blev sendt ud voksede denne forskel og endte på 3,6 procentpoint. Den var statistisk signifikant. |
| Fysisk rykker uden skema | Sjælland | Den ene gruppe modtog en fysisk rykker uden skema. Den anden modtog sædvanlig rykker. | Lille forskel, ikke statistisk signifikant |
| Kort rykker | Midt | Alle modtog fuldt skema til start. Den ene gruppe modtog et forkortet skema i rykkeren. Dette var kommunikeret i rykkerbrevet. | Ingen forskel i første udsendelse. Da rykkeren blev sendt ud opstod en markant forskel. Den endte på 4,6 procentpoint. Den var statistisk signifikant |

Figur 6.2

Indlende eksperimenter: Udviklingen i svarprocent

Andelen af deltagere der har givet en komplet besvarelse ekskl. borgere uden e-boks



Ekperimenterne fremgår i den rækkefølge de er udført

De to første grafer i række 1 giver ikke støtte til hypotesen om, at timing af hovedudsendelse og påmindelser har en effekt på svarprocenten: Hverken tid på ugen eller dagen har i nærværende tilfælde effekt på svarprocenten. På baggrund af de gennemførte eksperimenter, må hypotesen om timing af udsendelser altså indtil videre afvises.

Det samme gælder hypotesen om, at digital udsendelse, suppleret med udsendelse af papirskemaer og -rykkere, påvirker svarprocenten. Graf 1 og 3 i række 2 illustrer, at der, på baggrund af de gennemførte eksperimenter, ikke kan findes nogen sikker effekt af papirskemaer- og rykkere

Ekperimenterne understøtter, at antallet af rykkere har en effekt på svarprocenten. Sammenlignes tredje graf i første række i figuren ovenfor med figurens øvrige grafer, ses en svarprocent, der ligger i omegnen af 5 procentpoint højere end svarprocenten i de øvrige grafer.

Ekperimenterne understøtter også, at en reduktion af spørgsmål i spørgeskemaet øger svarprocenten. Effekten af spørgsmålsreduktion skal ses i sammenhæng med en tydelig kommunikation om reduktionen. Denne effekt ses dog kun ved rykkerskrivelserne, og altså ikke ved hovedudsendelsen.

Samlet set støtter eksperimenterne altså to ud af de fire hypoteser: Antal af rykkere og spørgsmålsreduktion i spørgeskemaet udsendt i forbindelse med rykkeren medfører en højere svarprocent. Derimod støtter eksperimenterne ikke hypoteserne om effekten af medie (digital/fysisk) og timing.

6.3 Konfirmerende eksperimenter

I forbindelse med den sidste udsendelse af LUP-pilot, iværksattes et konfirmerende eksperiment. Formålet med det konfirmerende eksperiment var at bekræfte og uddybe effekterne påvist ved de indledende eksperimenter. Formålet var altså at teste, hvorvidt det nye eksperiment ville vise 1) At antallet af rykkere og 2) At antallet af spørgsmål i skemaet, og kommunikationen herom, forsat ville have en effekt på svarprocenten. For at eksperimentet kunne bekræfte resultaterne blev det gennemført som to næsten ens parallelle eksperimenter i Region Midtjylland og Region Sjælland. Alle patienter fra Region Sjælland blev delt tilfældigt i 3 grupper, mens patienterne fra Region Midt blev delt i fire grupper.

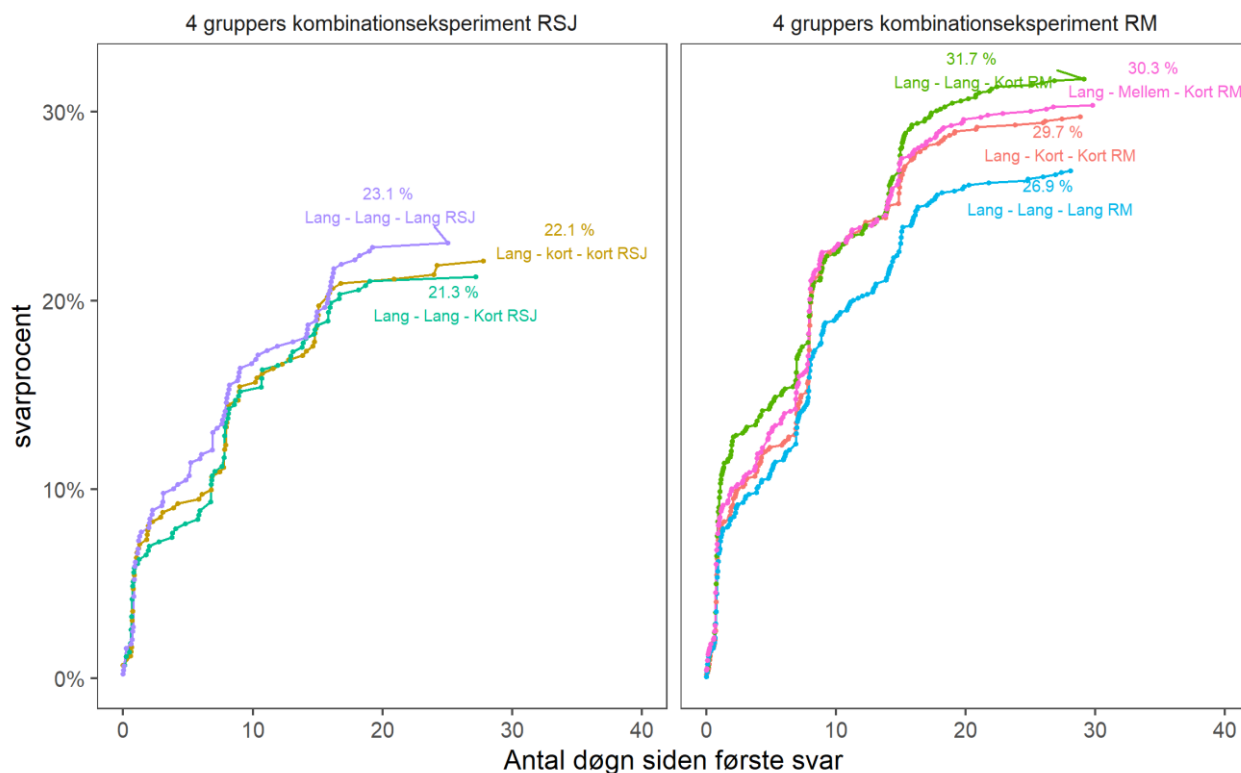
På samme måde som ovenfor er eksperimentet sammenfattet i en tabel og en figur nedenfor.

Tabel 6.2. Oversigt over konfirmerende eksperimenter

| Eksperiment | Region | Beskrivelse | Resultat |
|--|----------|--|--|
| 3 grupper kombinationseksperiment RSJ | Sjælland | Alle blev inddelt i 3 grupper der modtog følgebrev og 2 rykkere. De fik forskellige længde skema i forbindelse med rykker 1: langt – langt – langt 2: langt – langt – kort 3: langt – kort - kort | Forskellene ikke som forventet, den gruppe hvor der var forventet lavest svarprocent, fik den højeste. Forskellene var små og ikke statistisk signifikante. |
| 4 grupper kombinationseksperiment RM | Midt | Alle blev inddelt i 4 grupper der modtog følgebrev og 2 rykkere. De fik forskellige længde skema i forbindelse med rykker 1: langt – langt – langt 2: langt – langt – kort 3: langt – mellem - kort 4: langt – kort - kort | Forskellene i grove træk som forventet. Kombinationen langt – langt – langt fik den laveste svarprocent og langt – langt – kort fik den højeste. Forskellen mellem de to gruppe var på 4,8 procentpoint og statistisk signifikant. |

Figur 6.3

Afsluttende konfirmerende 4 grupper eksperiment: Udviklingen i svarprocent
Andelen af deltagere der har givet en komplet besvarelse ekskl. borgere uden e-boks



Først og fremmest kan man se ud af ovenstående tabel og graf, at rykker nummer to har betydning i begge regioner. Til gengæld viser eksperimentet også en række overraskende forskelle på de to regioner. For det første er svarprocenten markant lavere i Region Sjælland end i Region Midtjylland. For det andet ses den forventede effekt af skemalængde i Region Midtjylland. Det fremgår af grafen ovenfor, at et kortere skema giver flere svar på baggrund af rykkerudsendelsen. Dette er dog alene tilfældet i Region Midtjylland. Dette er en klar svækkelse af, hvor generaliserbar effekten af et kortere skema ved rykkerudsendelsen er. Samtidigt kan det også føre til overvejelse af, om de tidligere eksperimenter, som kun er gennemført i en region, kan generaliseres ud over denne region. Det drejer sig i særdeleshed om eksperimenterne med papirskema, som kun blev gennemført i Region Sjælland. Det kan ikke udelukkes at eksperimentet vil give et andet resultat i en anden region.

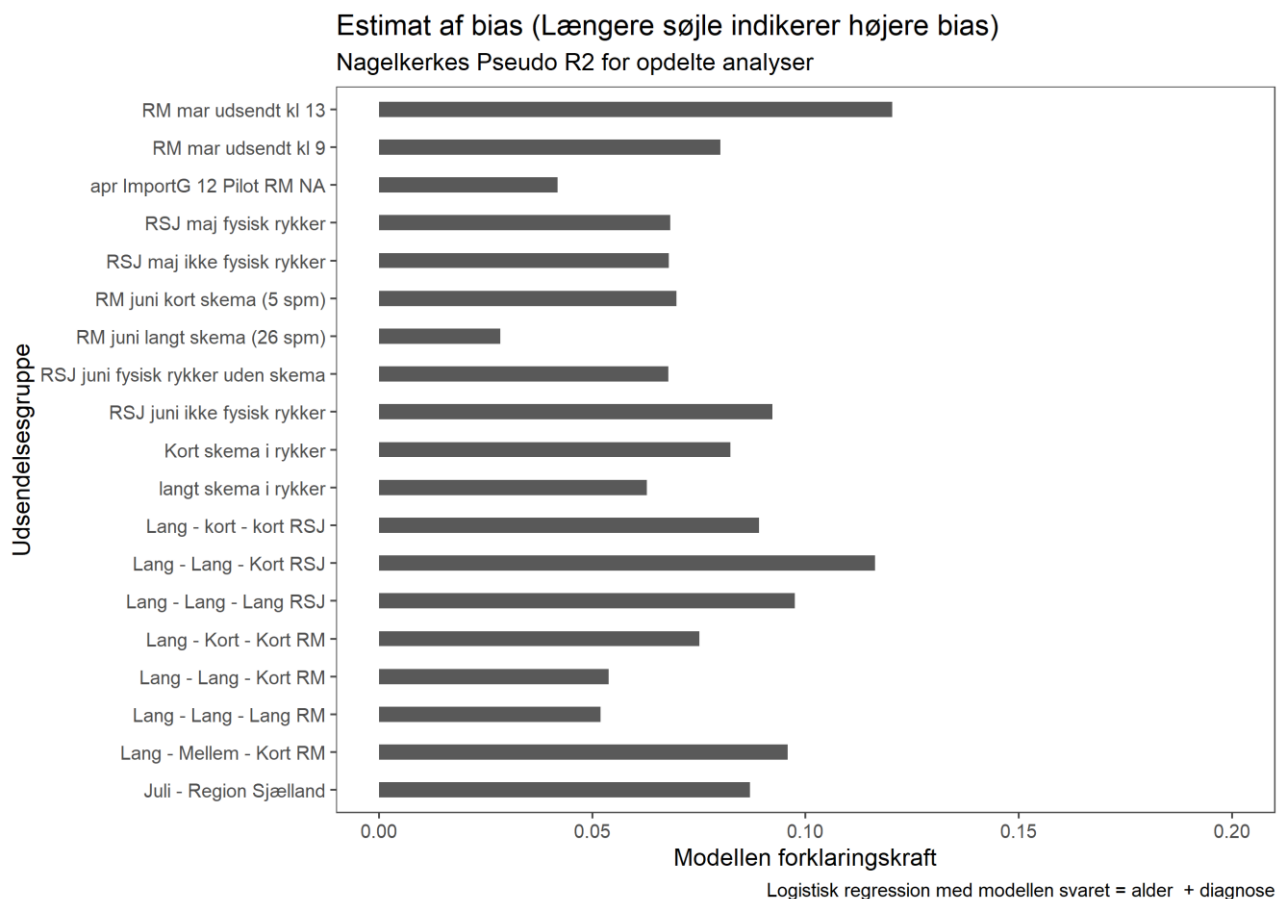
Sammenfattende peger eksperimenterne på, at svarprocenten kan forbedres med at udsende to rykkere frem for én, Derudover viser eksperimenterne, at hvis man bruger et kortere skema, og kommunikerer dette i følgebrevet, så kan det under visse omstændigheder give en højere svarprocent.

6.4 Eksperimenternes betydning for repræsentativitet

Ovenfor fremførte eksperimenter har alene været rettet mod svarprocenten. I dette afsnit undersøges repræsentativiteten af de eksperimentelle grupper. For at estimere repræsentativiteten er der gennemført en logistisk regression for patientgrupperne i de respektive eksperimenter. I disse regressioner estimeres det, hvor stor forklaringskraft alder

og diagnose har for, hvorvidt patienterne har svaret på spørgeskemaet. Som estimat for alder og diagnoses forklaringskraft anvendes Nagelkerkes R^2 . Jo lavere Nagelkerkes R^2 er, desto bedre er repræsentativiteten i de eksperimentelle patientgrupper. Er repræsentativiteten høj antages bias at være lavere, da vi ved fra tidligere i rapporten, at alder og diagnose påvirker, hvad patienterne svarer på spørgeskemaets spørgsmål.

Figur 6.4



Ovenstående figur viser, at Nagelkerkes R^2 svinger mellem ca. 0,05 og 0,12 Dette svarer i grove træk til, at alder og diagnose forklarer mellem 5 og 12% af patienternes tilbøjelighed til at svare. Der synes ikke at være systematik i disse udsving, der indikerer, at nogle af faktorerne, testet i eksperimenterne, kan forbedre repræsentativiteten. For eksempel giver kort skema i juni dårligere repræsentativitet, mens det i juli giver bedre i Region Sjælland. Udsvingene i repræsentativitet må altså i nærvende tilfælde betragtes som tilfældige.

6.5 Delkonklusion

Sammenfattende viser analyserne ikke tegn på, at antallet af rykkere, skemalængde eller papirusplement kan forbedre repræsentativiteten og dermed antageligt reducere bias i tilbøjeligheden til at svare. Derimod kan antallet af rykkerudsendelser samt tydelig kommunikation om et kort spørgeskema forbedre svarprocenten.

7 Svarvillighed og svaradfærd

I kapitel 6 præsenteredes en række eksperimenter gennemført med henblik på at opnå viden om, hvordan svarprocenten kan forøges. I forlængelse af disse eksperimenter er der gennemført analyser af, om de patienter, der er sværere at få i tale, adskiller sig holdningsmæssigt fra patienter, der besvarer LUP på baggrund af første henvendelse.

7.1 Formål

I dette kapitel præsenteres resultaterne af analyser gennemført med henblik på at afdække, hvorvidt der er en sammenhæng mellem svarvillighed og patientoplevelse: Er patienter, som svarer på rykker et eller to mere eller mindre positive end patienter, der svarer på første invitation til deltagelse i undersøgelsen?

7.2 Metode

Hvad angår Region Midtjylland er der udsendt 2. rykker i maj måned til patienter med besøg i marts og i august til patienter fra hhv. juni og juli for Region Midtjylland og Region Sjælland. Data er fra 12. februar-10. september 2021 for Region Midtjylland og 26. februar-10. september 2021 for Region Sjælland. Ud fra datoer for indkomne svar er der konstrueret en variabel for, om patienten har svaret ved hovedudsendelsen, ved 1. rykker eller ved 2. rykker. Fordelingen af denne variabel kan ses i tabel 1.

Tabel 1: Fordeling af observationer på udsendelse

| Udsendelse | n | Procent |
|-----------------|-------|---------|
| Hovedudsendelse | 2.829 | 53 |
| 1. rykker | 2.118 | 39,7 |
| 2. rykker | 389 | 7,3 |
| I alt | 5.336 | 100 |

For at finde ud af, om udsendelse påvirker tilfredshed, analyseres spørgsmålet "Jeg er alt i alt tilfreds med mit besøg/min indlæggelse" for sig, mens de øvrige nationale spørgsmål kodes sammen til et refleksivt indeks. Alle variablene samvarierer, og indekset er reliabelt.

I tilfælde hvor en patient kun har svaret på nogle af spørgsmålene, erstattes deres manglende svar med patientens gennemsnit på de øvrige variable, hvis patienten har svaret på mindst tre af de otte spørgsmål.

Tabel 2: Effekten af udsendelse på tilfredshed - indekset

| Udsendelse | Uden kontrolvariable | Med kontrolvariable |
|------------------------|----------------------|---------------------|
| Hovedudsendelse (ref.) | | |
| 1. rykker | -0,0008 | -0,03 |
| 2. rykker | -0,07 | -0,15** |

Note: kontrolvariable er køn, alder, region, diagnose og type af patient (ambulant/indlagt).
 **p=0,004

Ovenstående tabel viser, at der er et lille fald i tilfredsheden for patienter, der svarer på en af rykkerne sammenlignet med dem, der svarer på hovedudsendelsen. Det er dog kun faldet i tilfredsheden for 2. rykker, der er statistisk signifikant. På tilfredshedsskalaen fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad) point er der altså gennemsnitligt et fald på 0,15 point, hvilket svarer til 3 procent. Fra 1. rykker til 2. rykker er der tale om et fald på 0,12 point eller 2,4 procent (p=0,027).

Tabel 3: Effekten af udsendelse på tilfredshed – samlet indtryk

| Udsendelse | Uden kontrolvariable | Med kontrolvariable |
|------------------------|----------------------|---------------------|
| Hovedudsendelse (ref.) | | |
| 1. rykker | 0,03 | -0,006 |
| 2. rykker | 0,06 | -0,03 |

Note: kontrolvariable er køn, alder, region, diagnose og type af patient (ambulant/indlagt)

For spørgsmålet om det samlede indtryk er der ligeledes et lille fald i tilfredsheden for patienter, der svarer på en af rykkerne sammenlignet med dem, der svarer på hovedudsendelsen. Her er ingen af resultaterne dog statistisk signifikante.

7.3 Delkonklusion

Hvad angår sammenhængen mellem patienternes tilgængelighed og oplevelse, er den overordnede konklusion, at der ikke er nogen nævneværdig sammenhæng mellem tilgængelighed og patientoplevelse. I syv ud af otte analyser ses ingen sammenhæng mellem patienternes svarvillighed og oplevelse. I et enkelt tilfælde ses, at patienter, der svarer på 2. rykker, har haft en marginalt mere negativ oplevelse end de patienter, der svarer på første henvendelse. Substantielt er de patienter, der svarer på 2. rykker, 0,12 skalapoint (3 procent) mere negativt indstillet på tværs af de nationale spørgsmål. Antager vi, at gennemsnittet på tværs af de nationale spørgsmål ligger på 4 "I høj grad" for patienter, der svarer på første henvendelse, ligger gennemsnittet for patienter, der svarer på 2. rykker, 12 procent tættere på den næste lavere svarkategori "I nogen grad". Afstanden mellem de to grupper er altså forstsat så lille, at det substantielt set ikke gør den store forskel.

8 Karensperiode

Et af pejlemærkerne for Fremtidens LUP er, at patienterne skal forstyrres mindst muligt mhp. at sikre så høj en svarprocent som muligt. Derfor skal man ikke spørge flere patienter, stille flere spørgsmål, eller spørge oftere end højst nødvendigt.

I dette kapitel afrapporteres analyserne af, hvor ofte det er hensigtsmæssigt at udtrække voksne ambulante hhv. indlagte patienter til de månedlige LUP-målinger. "Hensigtsmæssigt" skal i denne sammenhæng forstås i henhold til maksimering af svarprocent og minimering af patientbelastningen. Frekvensen af patientudtrækningen omtales i denne sammenhæng som længden på karensperioden

8.1 Patienternes tilbøjelighed til at genbesvare spørgeskemaet efter tre mdr.

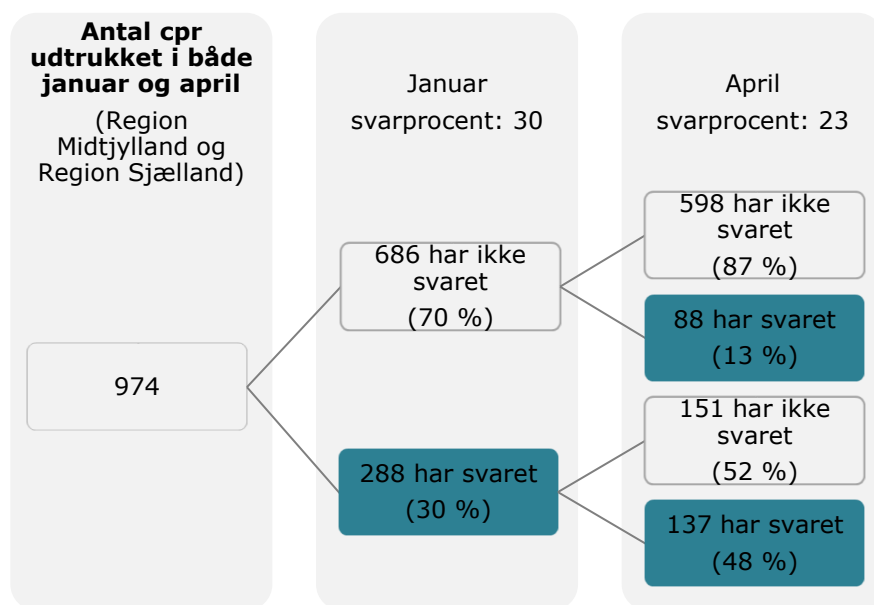
I LUP Somatik er det besluttet, at hver enkelt patient kan modtage et spørgeskema digitalt op til fire gange om året. I LUP-pilot er det derfor i første omgang testet, hvordan psykiatriske patienters svaradfærd er, når de modtager et spørgeskema tre måneder efter første digitale spørgeskema.

Analysen er baseret på data for patienters besøg og indlæggelser i januar henholdsvis april. Analysen er alene baseret på data fra de patienter, der har været indskrevet i Psykiatrien i både januar og april.

Figur 87.1. viser, at udtrækning af samme cpr-nummer i både januar og april i alt har været muligt for 974 ambulante og indlagte patienter fra Region Midtjylland og Region Sjælland. 30% af januarpatienterne svarede på spørgeskemaet. Af disse patienter er det knap halvdelen, som også har svaret på spørgeskemaet, som de har modtaget for deres besøg/indlæggelse i april.

Ud af de 70% som ikke svarede på det første spørgeskema, er det blot 13%, som svarede på det andet spørgeskema, modtaget tre måneder senere. Patienternes svaradfærd ved en karensperiode på tre måneder er illustreret i figur 7.1 nedenfor.

Figur 7.1 Svaradfærd blandt patienter udtrukket til LUP-pilot i både januar og april.



Patienternes tilbøjelighed til at svare/ikke svare igen efter tre måneder er yderligere undersøgt i henhold til følgende parametre: 1) Om der er regionale forskelle i patienternes tilbøjelighed til igen at svare/ikke svare på spørgeskemaet efter tre måneder, og 2) Om der er forskelle i tilbøjelighed til at svare/ikke på spørgeskemaet igen efter tre måneder i forhold til patienttypen (ambulante versus indlagte patienter). Det kan ikke konstateres med tilstrækkelig sikkerhed, om disse forskelle forekommer. Analyserne behandles derfor ikke nærmere i nærværende tilfælde. På baggrund af figur 7.1 kan det umiddelbart konstateres, at tilbøjeligheden til at svare på spørgeskemaet igen efter tre måneder resulterer i for lave svarprocenter. Både blandt de patienter, som har besvaret første skema, men i særdeleshed også blandt de patienter, der ikke har besvaret første skema.

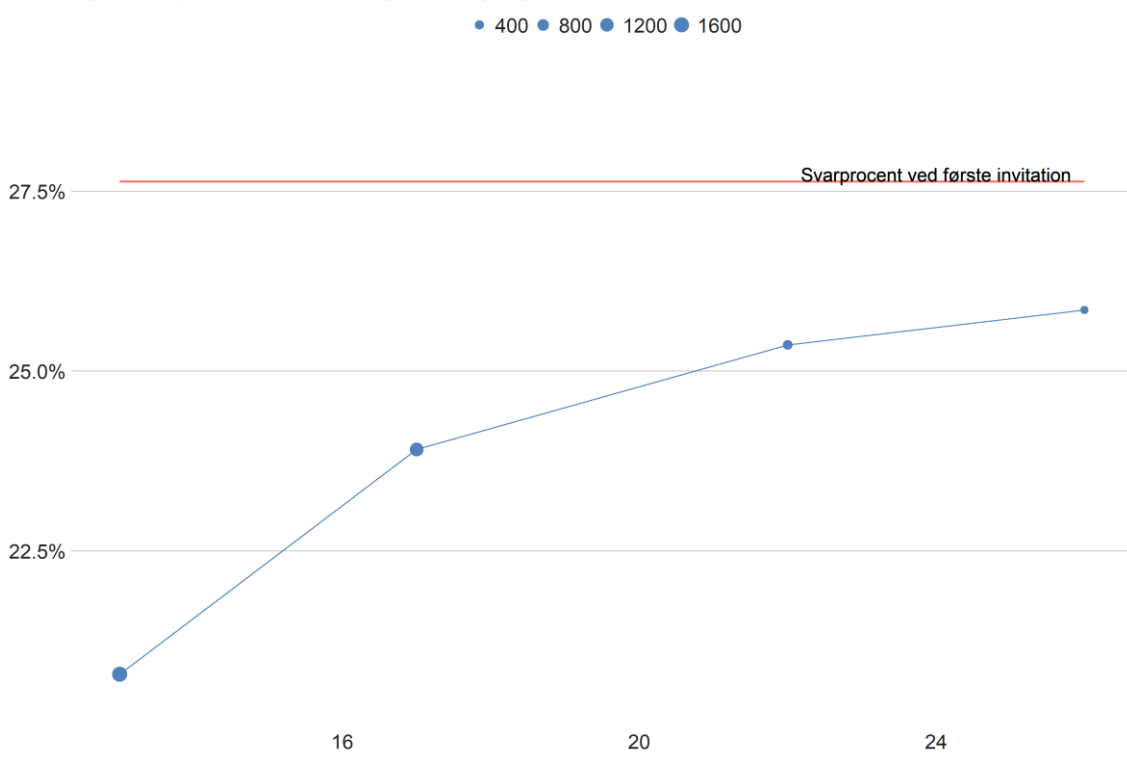
8.2 Kan en længere karenperiode øge svarprocenten ved anden deltagelse?

At en karenperiode på tre måneder er for kort til at opnå en tilfredsstillende svarprocent finder yderligere støtte i figuren nedenfor. Her fremgår det, hvordan længden af karenperioden påvirker svarprocenten blandt andengangsinviterede: Jo længere karenperiode, desto højere svarprocent blandt andengangsinviterede.

Figur 7.2

Svarprocent ved anden deltagelse

Antal uger der går mellem første og anden gang



Kilde: LUP-psykiatri pilot. Indsamlet januar 2021 - august 2021.

Ovenfor konstateredes det, at svarprocenten for andengangsinviterede stiger med længden på karenperioden.

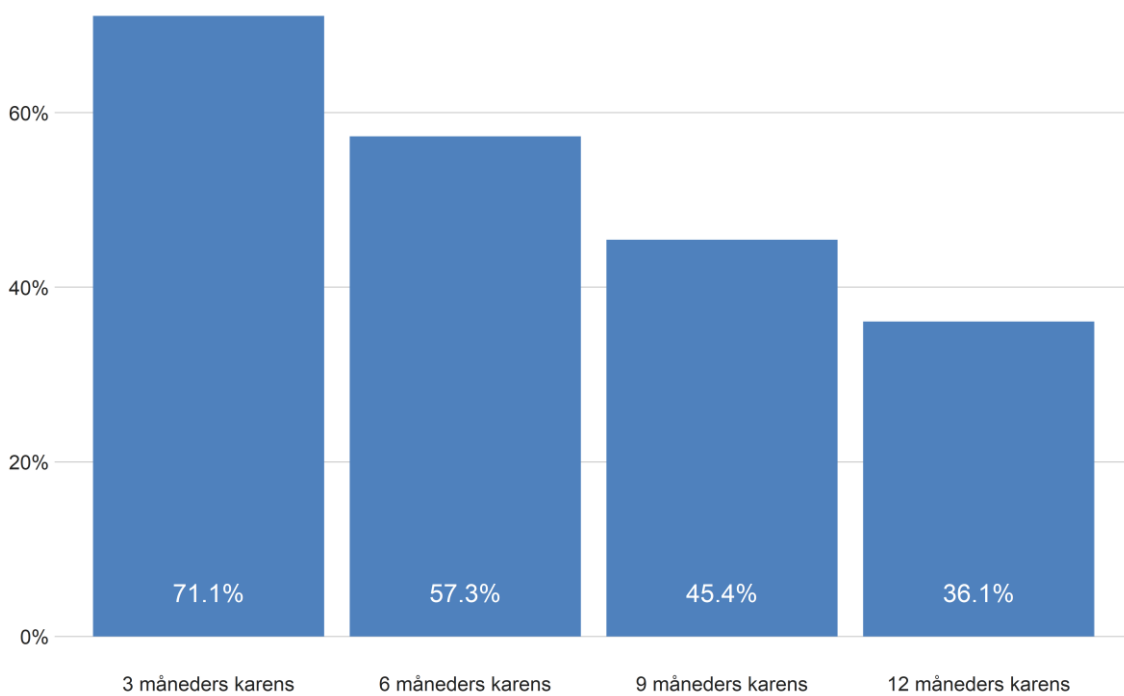
En yderligere fordel ved forlængelse af karenperioden til længere end tre måneder er, at færre patienter bliver spurgt igen. Udover at andengangsinviterede er mere tilbøjelige til at svare ved en længere karenperiode, vil der altså også være færre patienter, der inviteres til spørgeskemaundersøgelsen anden gang. Dette fremgår af figuren nedenfor. Dermed reduceres belastningen af patienterne, hvilket er et af de listede pejlemærker i kapitel to i nærværende rapport.

Figuren nedenfor illustrerer, hvor mange patienter der, i en given måned, har forløb, som rækker ud over en given karenperiode. Figuren indeholder kun data for Region Midtjylland, og er baseret på registreringer i LPR i perioden juli 2019 til juli 2021. Figuren viser, at ca. 71% af patienterne går igen efter en karenperiode på tre måneder, mens det kun gør sig gældende for ca. 36% efter en karenperiode på ét år.

Figur 7.3

Andel af patienter i en given måned som har forløb der rækker ud over en given karensperiode

Gennemsnit af flere måneder



Baseret på registreringer i LPR i perioden juli 2019 til juli 2021. Patienter med mindre end 3 registreringer er sorteret fra

8.3 Ønsker patienterne at besvare spørgeskemaet igen efter tre måneder?

I spørgeskemaet til patienter inviteret for første gang, er nogle patienter blevet spurgt, om de ønsker at besvare spørgeskemaet igen om tre måneder. I de tilfælde hvor patienterne ikke har ønsket at besvare spørgeskemaet igen efter tre måneder, er disse patienter spurgt om, hvorfor.

Nedenfor afrapporteres svarene på disse to spørgsmål.

8.3.1 Vil patienterne svare igen efter tre måneder?

Patienterne fik stillet de to spørgsmål i den sidste del af det digitale spørgeskema efter de nationale og lokale spørgsmål.

Det første spørgsmål var et lukket spørgsmål med følgende ordlyd: "Hvis du får dette spørgeskema igen om tre måneder, vil du så svare på det igen?". Patienterne havde her mulighed for at svare enten "ja", "nej" eller "ved ikke".

Svarene på dette spørgsmål er stort set ens for ambulante og indlagte patienter. Ca. to tredjedele af patienterne svarer ja til, at de vil besvare spørgeskemaet igen, mens ca. en femtedel svarede "Ved ikke". 15% af de ambulante hhv. indlagte patienter har svaret nej til, at de vil svare på spørgeskemaet igen efter tre måneder. Svarfordelingen ændrede sig ikke på baggrund af spørgeskemaets længde. Antal svar og svarfordelinger fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 7.1 Kategorisering af patienternes svar på, om de ønsker at besvare spørgeskemaet igen efter tre måneder.

| | Ambulante patienter | Indlagte patienter |
|-----------------|---------------------|--------------------|
| Ja | 1155 (65%) | 116 (63%) |
| Nej | 258 (15%) | 28 (15%) |
| Ved ikke | 359 (20%) | 41 (22%) |
| Total | 1772 | 185 |

8.3.2 Patienternes kommentarer til hvorfor de ikke ønsker at svare igen

Patienter som svarede "nej" til det lukkede spørgsmål, fik stillet et åbent spørgsmål med ordlyden "Hvorfor vil du ikke deltage igen?". 178 patienter skrev en kommentar, hvor hovedparten er fra ambulante patienter (160 kommentarer).

Kommentarerne fra de indlagte patienter fordeler sig ligeligt mellem Region Midtjylland og Region Sjælland. De ambulante patienter fra Region Midtjylland står derimod for 130 af kommentarerne (81%), hvor blot 30 patienter fra Region Sjælland har skrevet en kommentar. I analysen nedenfor skelnes der ikke mellem de ambulante og de indlagte patienter, eller patienter fra de to regioner.

46 patienter (25%) skriver, at de ikke vil svare igen, fordi deres forløb er afsluttet.

11 patienter skriver, at de ikke har fået behandling, fordi de ikke var i målgruppen. Disse 57 patienter, som enten har et afsluttet forløb, eller som ikke har modtaget behandling, vil som udgangspunkt ikke kunne modtage et spørgeskema igen om tre måneder. Disse patienter er derfor pillet ud af nedenstående analyse. Yderligere 23 kommentarer er ikke kategoriseret og medtaget i analysen. Lidt under halvdelen af disse er kortfattede vrede kommentarer, hvor det ikke fremgår af kommentaren, om vreden skyldes behandlingsforløbet eller spørgeskemaundersøgelsen. Eksempler på sådanne kommentarer er "Fordi i lyver!" og "Tar i pis på mig?". Øvrige kommentarer, som er sorteret fra, er kommentarer, der kun er en enkelt af, kommentarer som ikke bidrager med nogen værdi - fx "Nej" eller "Det ved jeg ikke". Tilsammen er 80 kommentarer altså ekskluderet fra analysen.

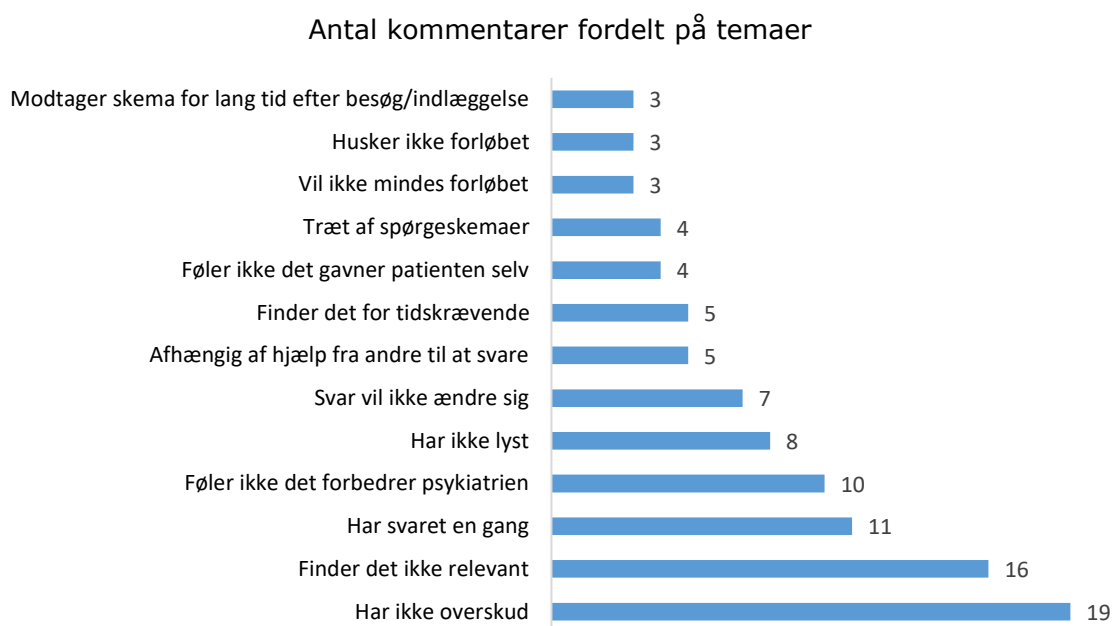
Tabel 7.2 nedenfor opsummerer den kvalitative analyse. I tabellen ses en inddeling af kommentarerne i temaer. Temaerne er konstrueret på baggrund af kodningen af svarene på, hvorfor de relevante patienter ikke ønsker at besvare spørgeskemaet igen efter tre måneder. Tabellens anden kolonne viser antallet af patientkommentarerne, der er kodet ind under det relevante tema. Tabellens tredje kolonne viser antal kommentarer i procent. Sidste kolonne viser eksempler på patientkommentarer, der falder ind under et givent tema.

Tabel 7.2. Inddeling af patientkommentarer indeholdende et nej til genbesvarelse efter tre mdr. Sorteret efter prævalens.

| Tematiserede forklaringer | Antal kommentarer | Antal kommentarer, pct. | Eksempler |
|---|-------------------|-------------------------|--|
| Har ikke overskud | 19 | 39 | "Føler ikke jeg har overskud til at deltage hele tiden." (RM, mand, 33 år). "Det stresser mig mere end det gavner mig. Har brug for hjælp, ikke mere pres end det jeg i forvejen kæmper med." (RSJ, kvinde, 23 år). |
| Finder det ikke relevant | 16 | 32 | " Finder det ikke relevant" |
| Har svaret en gang | 11 | 22 | "Har svaret en gang" |
| Føler ikke det forbedrer psykiatrien | 10 | 20 | "spørgsmålene er for brede og virker ikke til at rigtig kunne skifte noget i tilfældet [sic] at mange siger "I dårlig grad" eller lignende. Hvis i fik at vide at samarbejded [sic] var ikke godt. hvad gør i så? restruktuere [sic] alt da i ikke ved hvad precist [sic] er forkert?" (RM, mand, 22 år). |
| Har ikke lyst | 8 | 16 | "Har ikke lyst" |
| Svar vil ikke ændre sig | 7 | 14 | "Jeg kommer til at svare det samme igen :)" (RM, mand, 40 år) |
| Afhængig af hjælp fra andre til at svare | 5 | 10 | "Skal have hjælp fra familien for at svare" (RM, mand, 77 år). |
| Finder det for tidskrævende | 5 | 10 | "Det er for tidskrævende" (RSJ, kvinde, 21 år), |
| Føler ikke det gavner patienten selv | 4 | 8 | "Det gavner mig ikke" (RM, kvinde, 22 år). |
| Træt af spørgeskemaer | 4 | 8 | "Synes det er et irritationsmoment at skulle svare på spørgeskemaer" (RM, mand, 31 år) |
| Vil ikke mindes forløbet | 3 | 6 | "Vil bare glemme det og prøve at komme videre med mit liv." (RSJ, mand, 33 år). |
| Husker ikke forløbet | 3 | 6 | "Jeg husker intet fra mit ophold på sygehuset" (RM, kvinde, 83 år). |
| Modtager skema for lang tid efter besøg/indlæggelse | 3 | 6 | "Denne survey bliver sendt ud alt for sent, når man bliver spurgt om er møde for 1,5 måned siden." (RM, mand, 31 år). |
| Total | 98 | 100 | |

Nedenfor er tabellens temaer og antal besvarelser, der falder inden for hvert tema, gengivet grafisk.

Figur 7.4.



Note: N=98

Hvordan forholder kommentaranalysens resultater sig til længden på karensperioden? Nogle af begrundelsestemaerne vil givetvis være de samme, uanset længden på karensperioden. Det gælder fx formentlig "Modtager skema for lang tid efter besøg/indlæggelse", "Husker ikke forløbet", "Vil ikke mindes forløbet". For andre temaer derimod, kan det sandsynliggøres, at en længere karensperiode vil reducere antallet af patienter, hvis holdning flugter med temaet. Den oftest forekommende begrundelse "Har ikke overskud" vil formentligt påvirkes af længen på karensperioden. Der er tale om patienter, som har været villige til at svare én gang, men som synes, at tre måneder er for kort tid efter første besvarelse til, at de kan overskue at svare igen. Flere patienter vil måske også finde det relevant og meningsfuldt at svare igen, efter en længere karensperiode modsat karensperioden på tre måneder, som er tilfældet her. Disse begrundelser er blandt de oftest forekommende. Meget i den kvalitative kommentaranalyse taler derfor for, at en forlængelse af karensperioden vil være hensigtsmæssigt. Både af hensyn til den belastning, som patienterne udsættes for, og af hensyn til, at de ikkebelastede patienter vil være mere tilbøjelige til at svare.

8.4 Delkonklusion

Der er foretaget fire analyser af karenperioden på tre måneder:

1. Tilbøjeligheden til at besvare LUP-spørgeskemaet igen efter tre måneder. Både for patienter, der ikke besvarede spørgeskemaet ved første hovedudsendelse, og for patienter, der besvarede spørgeskemaet ved første hovedudsendelse.
2. Sammenhængen mellem andengangssvarprocent og længden på karenperioden.
3. Sammenhængen mellem andel ikkeafsluttede patienter og længden på karenperioden.
4. Kommentaranalyse af patientkommentarer fra patienter, der ikke ønsker at besvare spørgeskemaet igen efter tre måneder.

Samtlige analyser peger på, at en karenperiode på tre måneder er for kort.

For det første fremgår det, at svarprocenten for patienter, der svarer ved første invitation, hhv. patienter, der ikke svarer ved første invitation, er 14 hhv. 9% ved geninvitationen efter tre måneder.

For det andet fremgår det, at svarprocenten for andengangsinviterede stiger med længden på karenperioden.

For det tredje fremgår det, at andelen af patienter der fortsat er i forløb i psykiatrien ved andengangsinvitationen falder med karenperioden. Dette medfører en generelt højere svarprocent.

For det fjerde fremgår det, at de oftest anførte begrundelser fra patienter, der ikke ønsker at besvare spørgeskemaet igen efter tre måneder, falder inden for temaerne: "Finder det ikke relevant" og "Har ikke overskud". Det er ikke usandsynligt, at disse forbehold vil forandre sig ved en længere karenperiode.

9 Håndtering af ambulante patienter med få kontakter

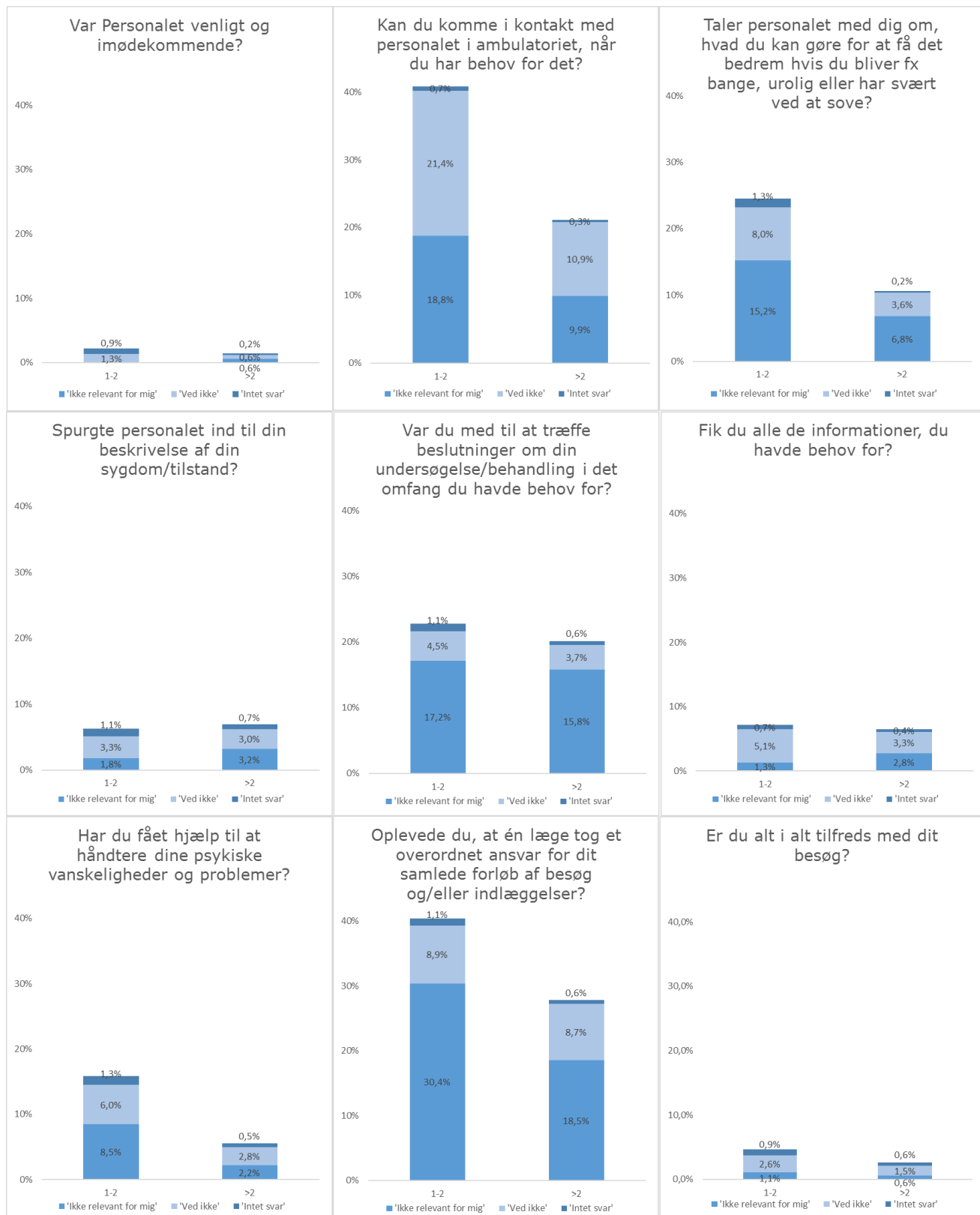
I ordinær LUP har ambulante patienter tidligst modtaget et spørgeskema om deres behandlingsforløb efter tredje kontakt. I LUP-pilot er nogle patienter udtrukket til at deltage allerede efter første kontakt. Patienterne er blevet spurgt ind til det enkelte besøg, som de er blevet udtrukket på baggrund af. Patienter med få besøg er typisk under udredning. Disse patienter er derfor endnu ikke sikre på at skulle have et forløb i psykiatrien.

I LUP-pilot er det undersøgt, om patienter med én til to kontakter svarer anderledes end patienter med tre eller flere kontakter.

Figuren nedenfor viser svarfordelingerne for svarkategorierne "ikke relevant for mig", "ved ikke" og "intet svar" (tilsammen benævnes de tre kategorier "missing") på de ni nationale nøglespørgsmål⁵.

⁵ Figuren indeholder kun resultater for Region Midtjylland. Resultaterne i figuren er opgjort på opholdsniveau. Der er ligeledes lavet en analyse, hvor resultaterne er opgjort på kontaktniveau, som viser samme tendens.

Figur 8.1: Andel missing svarkategorier opgjort på hhv. 1-2 besøg og >2 besøg.



Note: Jo højere søjle, des større andel missing. 1-2 = 1-2 besøg. >2 = Mere end 2 besøg.

Figuren viser, at patienter med ét til to besøg oftere vælger en af de tre missing-kategorier på en række af spørgsmålene sammenlignet med patienter, der har flere end to besøg. Dette forhold kan indikere, at patienter med ét til to besøg har sværere ved at svare på spørgsmålene. Dette giver 20 patienter også udtryk for i et kommentarfelt, hvor patienterne har haft mulighed for at kommentere på undersøgelsen. En patient formulerer det på denne måde:

"Der er mange af spørgsmålene, der ikke er relevante for én som mig, der kun har været til en indledende samtale. Mit behandlingsforløb er ikke startet endnu. Jeg tror, der ville være bedre, eller mere uddybende, resultater at hente hos nogen, der er startet i behandling."
(RM, mand, 24 år)

Det er naturligt, at patienter med blot en enkelt eller to kontakter ikke har det samme grundlag for at svare på visse spørgsmål, som patienter med flere kontakter i det pågældende behandlingsforløb. Jo flere kontakter, des større sandsynlighed er der for eksempel for, at patienten i løbet af behandlingsforløbet har haft behov for at komme i kontakt med personalet i ambulatoriet uden for planlagte aftaler. Det giver derfor god mening, at patienter med blot en til to kontakter i højere grad svarer "ikke relevant for mig" eller "ved ikke" til dette spørgsmål.

9.1.1 Spørgsmål med høj andel svar i ikke relevant for mig/ved ikke/intet svar

For begge grupper (1-2 kontakter eller 3 eller flere kontakter) gælder det, at en ret stor andel af patienterne sætter kryds i enten "ikke relevant for mig" eller "ved ikke" til spørgsmålene:

- *Kan du komme i kontakt med personalet i ambulatoriet, når du har behov for det?*
- *Var du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i det omfang, du havde behov for? Svar "Ikke relevant for mig", hvis du ikke havde behov for at træffe beslutninger.*
- *Oplevede du, at én læge tog et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser? Svar "Ikke relevant for mig", hvis dit besøg ikke er en del af et forløb.*

At nogle spørgsmål har en høj andel af svar i svarkategorierne "ikke relevant for mig" og "ved ikke" er der ikke umiddelbart noget bekymrende i: Det vil ikke være alle patienter, som har behov for at komme i kontakt med personalet uden for deres aftalte besøgstider. På samme måde er det ikke alle patienter, der har behov for, eller overskud til, at være med til at træffe beslutninger om deres undersøgelser og behandling. Til spørgsmålet om, hvorvidt patienten oplever, at én læge tager et overordnet ansvar for vedkommendes samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser, bliver patienterne desuden opfordret til at sætte kryds i "ikke relevant for mig, hvis deres besøg ikke er en del af et forløb. Dette kan være en forklaring på den høje andel af missing-besvarelser på dette spørgsmål.

9.1.2 Spørgsmål med lav andel svar i ikke relevant for mig/ved ikke/intet svar

Derimod er der relativt få patienter fra begge grupper, som har benyttet sig af svarkategorierne "ikke relevant for mig" og "ved ikke", eller som ikke har besvaret spørgsmålet, når det drejer sig om spørgsmålene:

- *Var personalet venligt og imødekommende?*
- *Spurgte personalet ind til din beskrivelse af din sygdom/tilstand?*
- *Fik du alle de informationer, du havde behov for?*
- *Er du alt i alt tilfreds med dit besøg?*

Det er ikke overraskende. Et imødekommende personale er afgørende for, at der kan skabes en tillid mellem behandler og patient, så patienten tør åbne sig op om sine vanskeligheder og problemer. De fleste vil kunne huske, om de har følt sig godt eller dårligt taget imod.

Uanset om det er i starten, midten eller slutningen af et forløb, er patientens beskrivelse af egen sygdom/tilstand betydningsfuld. Det er en vigtig del af patientens behandlingsforløb. Derfor er det heller ikke her overraskende, at der er en lav andel af svar i "ikke relevant for mig" eller "ved ikke" på dette spørgsmål.

Antallet af besøg er heller ikke afgørende for, om patienterne kan svare på, om de har fået de informationer, de havde behov for. Det vigtigste er, at patienten har følt sig tilstrækkeligt informeret fra besøg til besøg.

Spørgsmålet om tilfredsheden med besøget er et meget åbent spørgsmål. Det er oplagt, at de fleste patienter kan give et svar herpå. Spørgsmålet er også relevant, uanset hvilket besøg der er tale om.

9.2 Delkonklusion

Ovenstående analyse viser, at patienter med 1-2 kontakter har sværere ved at svare på visse spørgsmål end patienter med 3 eller flere kontakter. Analysen viser også, at patienter med én til to kontakter i højere grad benytter sig af missing-kategorier. Selvom det er interessant at spørge patienter med få kontakter om deres oplevelser, er der større værdi i at spørge patienterne senere i deres forløb. Dermed vil patienterne være bedre i stand til at afgive svar, som psykiatrien i højere grad kan bruge i arbejdet med den patientoplevede kvalitet.

10 Kommentarer fra patienter

I LUP-pilotspørgeskemaet optræder spørgsmålet:

"Har du kommentarer til undersøgelsen? (fx til følgebrevet, den elektroniske udfyldelse af spørgeskemaet, spørgsmålenes relevans og sværhedsgrad m.m.)".

Ved de første to udsendelser fik de ambulante patienter stillet spørgsmålet umiddelbart efter spørgsmålet "Blev mødet afholdt som et telefon- eller videomøde?". Det har bevirket, at en større del af kommentarerne omhandler telefon- og videomøder. Pilotspørgsmålene har efterfølgende byttet plads i det digitale spørgeskema med henblik på at undgå denne effekt.

Patienter som har besvaret et papirspørgeskema (jf. kapitel seks), har ikke haft mulighed for at svare på dette spørgsmål. Det samme gør sig gældende for patienter, der har modtaget et kort spørgeskema.

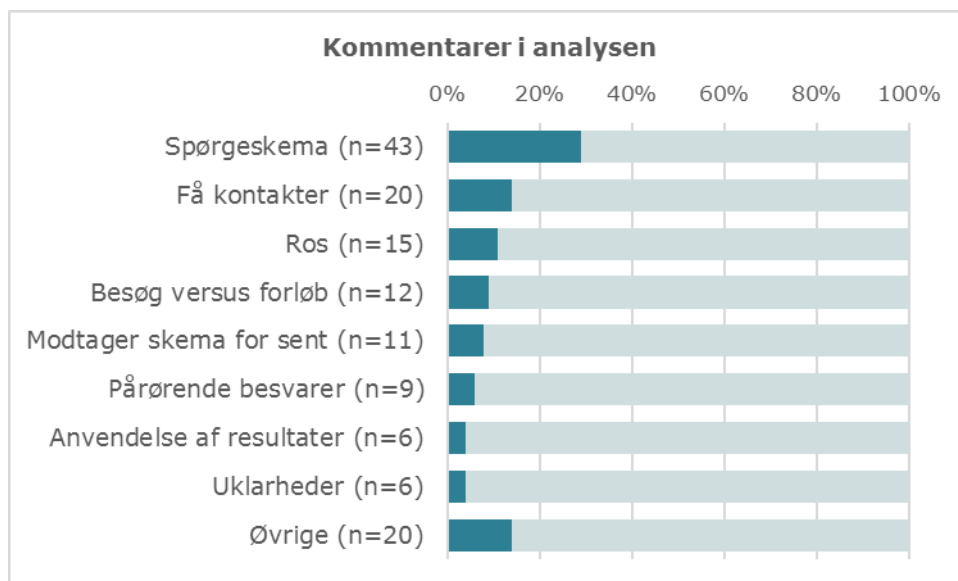
Der er i alt skrevet 389 kommentarer, hvoraf 320 er fra ambulante patienter, mens de resterende 69 er fra indlagte patienter.

Blandt de ambulante patienter er der en overvægt af svar fra patienter i Region Midtjylland (68 procent). Der er en næsten ligelig fordeling af svar fra de to regioner i undersøgelsen for indlagte patienter.

10.1 Kommentarer fra ambulante patienter

Ud af de 320 kommentarer fra ambulante patienter vedrører 142 af kommentarerne pilotundersøgelsen. 72 kommentarer omhandler video- og telefonkonsultationer, mens 45 patienter har skrevet kommentarer vedrørende deres behandling (både positive og negative). 61 af kommentarerne anses som irrelevante – det er kommentarer som for eksempel "nej" eller "ikke yderligere kommentarer". I analysen nedenfor er det kun de 142 kommentarer, der vedrører pilotundersøgelsen, som indgår. Svarene er inddelt i 9 kategorier, som er illustreret i figuren nedenfor.

Figur 9.1. Andel kommentarer inden for hvert tema. Procent.



10.1.1 Spørgeskemaet

Der er flest kommentarer, som omhandler selve spørgeskemaet, herunder spørgsmålene (n=19) og svarkategorierne (n=9). Nogle kritiserer spørgeskemaet bl.a. for at være lavet med "venstre hånd", at være sterilt eller for at være et standardskema.

"Jeg syntes dette spørgeskema er lavet med "venstre hånd", altså at der ikke er hoved eller hale i spørgsmålene" (RSJ, kvinde, 62 år).

"Jeg tror, der er tale om standardskemaer, og at de ikke har været forbi en kommunikationsfagperson i dette årtusind" (RM, kvinde, 46 år).

I det første citat giver patienten udtryk for, at der ikke er hoved eller hale i spørgsmålene. Det kan skyldes, at patienterne først bliver bedt om at svare på de nationale spørgsmål og dernæst de lokale spørgsmål. Dette er gjort af tekniske hensyn i opsætningen af spørgeskemaet, men det bevirker, at patienterne med god grund kan få ovennævnte oplevelse, idet spørgsmålene ikke bliver stillet temavist, som det er tilfældet i den ordinære undersøgelse. Der er altså ikke på samme måde som i den ordinære undersøgelse en rød tråd i spørgeskemaet.

Patienternes oplevelse af at få stillet de forkerte, eller for generelle, spørgsmål kan skyldes, at mange spørgsmål er udformet på en måde, så de kan stilles på tværs af flere eller alle delundersøgelser i LUP. Ensretning af spørgsmål i delundersøgelserne i LUP vil alt andet lige være på bekostning af spørgsmål, som henvender sig specifikt til de forskellige målgrupper. Inden for psykiatrien er der imidlertid også stor forskel på patienterne og deres lidelser, og hvor der kunne være behov for at stille mere specifikke spørgsmål, hvilket ikke kan imødekommes i en national undersøgelse.

Flere patienter giver udtryk for, at spørgsmålene gerne måtte være mere uddybende/dybdegående for at kunne svare bedre. En person skriver, at der gerne måtte være flere og mere specifikke spørgsmål. Derudover er der også flere kommentarer, der indeholder forslag til, hvad spørgeskemaet ydermere kan indeholde spørgsmål om, som for eksempel samtalerne vægtning af medicin eller spørgsmål der vedrører psykologerne.

De 9 kommentarer vedrørende svarkategorierne omhandler blandt andet manglende svarkategorier, som kan skyldes, at noget er planlagt, men endnu ikke igangsat. Andre patienter skriver, at svarkategorier og spørgsmål ikke matcher.

"Mangler lidt et svar som hedder ? skal men ikke gjort endnu?. Der er nogle spørgsmål som man skal men afventer lidt endnu grundet Covid. Og så er der spørgsmål hvor man kan svare både ja og nej til" (RSJ, kvinde, 36 år).

"Der er ikke nok svar muligheder. Der manglede spørgsmål. Giv mere plads til kommentarer" (RSJ, mand, 24)

Enkelte nævner spørgsmålet om diagnose. Flere kan ikke finde sin diagnose blandt svarkategorierne, og en er i tvivl om, hvad vedkommendes primære behandling er.

10.1.2 Få kontakter

Flere kommentarer handler desuden om, at det kan være svært at svare på spørgeskemaet, hvis man kun har haft indledende samtaler. I det oprindelige koncept i LUP Psykiatri har de ambulante patienter mindst haft tre kontakter, før de har fået udleveret et spørgeskema. Det gav mening, da patienterne her bliver spurgt til forløbet og ikke til et bestemt besøg, som

det er tilfældet i LUP-pilot. Patienternes kommentarer kan dog være med til at styrke anbefalingen om, at patienterne skal have haft mindst 2 kontakter, før end de kan få tilsendt et digitalt spørgeskema i de månedlige målinger.

"Jeg synes spørgeskemaet mere henvender sig til personer der er færdig med et forløb frem for personer som mig der kun lige er startet da flere af spørgsmålene ville være mere relevante efter de næste konsultationer" (RM, mand, 32 år).

"Syntes det virker lidt dumt at jeg skal svare på det her efter en enkelt gang, halvdelen af det er vi ikke nået til endnu" (RSJ, mand, 20 år)

10.1.3 Ros

Femten patienter roser spørgeskemaundersøgelsen i kommentarfeltet. De skriver blandt andet, at det er et godt spørgeskema, som er overskueligt og enkelt, samt at undersøgelsen har nogle gode spørgsmål.

10.1.4 Besøg versus forløb

Kommentarerne, som handler om besøg versus forløb, kan inddeles i to undergrupper: 1) Kommentarer, der handler om, at patienterne er i tvivl om, hvorvidt spørgeskemaet omhandler ét bestemt besøg, eller om der skal svares mere generelt 2) Kommentarer omhandlende, at patienterne har svært ved at svare ud fra ét bestemt besøg. Det sidste kan især gøre sig gældende, hvis patienten har haft én eller flere kontakter efter det besøg, som de bliver bedt om at svare ud fra. Dette vil ofte kunne gøre sig gældende for de ambulante patienter i LUP Psykiatri.

"Uups nu har jeg læst det igen, hvordan giver det mening, jeg skal besvare et spørgeskema om ét enkelt møde i januar?? Jeg kan da ikke huske, hvad vi snakkede om I januar haha, men jeg kan godt sige noget generelt" (RM, kvinde, 23 år).

"Ja det er forvirrende og ikke fyldestgørende at jeg kun skal svare ud fra en møde dato. Giver faktisk ikke rigtig mening. Men jeg har så valgt at svare alligevel" (RM, kvinde, 56 år).

10.1.5 Modtager spørgeskema for sent

Flere patienter skriver, at de har svært ved at huske det konkrete besøg, fordi spørgeskemaet kommer for lang tid efter. Dette kan være en konsekvens at det nye LUP-format, hvor spørgeskemaerne, i modsætning til tidligere, ikke udleveres lokalt på afdelingerne, men trækkes fra LPR og udsendes på månedlig basis.

"Jeg synes det er træls at I sender et spørgeskema ud om en behandlingsgang fra næsten 2 måneder siden. Jeg har haft flere behandlingsgange siden da og kan nogle gange have svært ved at skille dem fra hinanden. Så en anden gang vil jeg foretrække at I tager udgangspunkt i den seneste aftale jeg har haft." (RM, kvinde, 38 år)

10.1.6 Pårørende, der svarer på vegne af patienten

Otte pårørende har skrevet en kommentar om, at de har svaret på spørgeskemaet på patientens vegne. For lidt over halvdelen skyldes det, at patienten er

dement eller har Alzheimers. De øvrige pårørende skriver, at patienten ikke er i stand til at besvare spørgeskemaet, eller at det ikke giver mening at få patienten til at svare på spørgeskemaet.

10.1.7 Anvendelse af resultater

Flere patienter giver udtryk for, at de håber resultaterne rent faktisk bliver anvendt i forbedringsarbejdet. En patient udtrykker det således:

"Jeg håber, at min vurdering og svare vil tages alvorligt og kan være med til at forbedre jeres arbejde og indsats" (RM, mand, 40 år).

10.1.8 Uklarheder

Flere beskriver, at det er uklart hvilken undersøgelse eller hvilket afsnit, der er tale om i spørgeskemaet. Et par af kommentarerne handler desuden om, at der godt kunne have været en beskrivelse af formålet med undersøgelsen, samt en vejledning til hvordan man besvarer spørgeskemaet.

10.1.9 Øvrige kommentarer

Af øvrige kommentarer kan blandt andet nævnes, at to ville foretrække en engelsk version, mens en anden skriver, at linket ikke virkede. Derudover var der enkelte, som mener, der er fejl i den angivne besøgsdato.

10.2 Kommentarer fra indlagte patienter

Ud af de 69 kommentarer fra indlagte patienter, er der blot 16 kommentarer, som vedrører pilotundersøgelsen. 29 kommentarer er relateret til selve indlæggelsen, herunder behandling, personale og tvang, mens de sidste 24 kommentarer er kategoriseret som irrelevante (kommentarer som "nej" eller "ikke relevant for mig"). I det nedenstående er det kun kommentarer vedrørende pilotundersøgelsen som beskrives, og hvor flere har kommenteret på samme emne.

Fire patienter tilkendegav, at pilotundersøgelsen var ok, havde udemærkede spørgsmål eller var glad for muligheden for at give feedback. Tre har svært ved at huske indlæggelsen grundet ECT behandling. Én af disse tre patienter foreslår en svarkategori, som hedder "kan ikke huske". Yderligere to patienter har svært ved at huske indlæggelsen, fordi spørgeskemaet kommer for lang tid efter indlæggelsen, eller fordi patienten i mellemtiden har haft andre indlæggelser.

"Det kan være svært at huske præcist, da jeg jo var meget syg, da jeg var indlagt. Derudover fik jeg ECT 2 gange hvilket igen påvirker hukommelsen" (RM, kvinde, 36 år)

"Ville ønske at spørgeskemaet var kommet noget kortere tid efter udskrivelsen, da jeg sidenhen har været indlagt et par gange igen. Dette besværgelig gøre at besvare skema, da jeg har skulle adskille fra de andre indlæggelser. Dette ved jeg godt at I ikke kunne forudse. Men selvom jeg ikke havde været indlagt sidenhen, er over en måned lang tid at skulle huske tilbage på når man er syg/har problemer (og det går jeg ud fra at største delen af patienterne der har været indlagt har/er)" (RM, mand, 35 år).

Derudover kom der enkelte forslag til undersøgelsen, som for eksempel et kommentarfelt til hvert enkelt spørgsmål, at inddrage pårørende til demente patienter eller en svarkategori som hedder "gennemgående".

10.3 Delkonklusion

Det væsentligste tema i analysen af patienternes kommentarer til LUP-pilotspørgeskemaet er følgende: En del af de patienter, der har kommenteret spørgeskemaet, udtrykker udfordringer med at besvare skemaet på baggrund af et enkelt besøg. Dette analyseresultat støtter konklusionen i kapitel otte om, at det mest hensigtsmæssige er kun at sende et spørgeskema til de patienter, der har haft mere end én kontakt. Temaet om få kontakter er det eneste, der kan lede til overvejelser om at justere LUP-konceptet.

11 Konklusion

DEFACTUM har foretaget en række analyser af patientbesvarelserne af skemaet i LUP-pilot.

Der er foretaget analyser af repræsentativitet på baggrund af både svarprocent og adgang til digital post.

Derudover er der foretaget analyser af patienternes svaradfærd. Disse analyser er udarbejdet med udgangspunkt i sammenligning med ordinær LUP. Der er også gennemført analyser af effekten af en række forhold, fx diagnose, på de overordnede resultater af LUP-pilot. Efterfølgende er der gennemført en række eksperimenter med henblik på at undersøge effekten af tiltag rettet mod at forhøje svarprocenten. Optimal karensperiode, håndtering af ambulante patienter med få kontakter samt patienternes kommentarer er også analyseret. Nedenfor følger en gennemgang af analysernes resultater.

På baggrund af analyserne knyttet til ovenstående punkter, kan der drages følgende konklusioner:

1. **Svarprocent.** Der kan umiddelbart konstateres en markant lavere svarprocent i LUP-pilot end i ordinær LUP. Når der tages højde for forskelle i inklusionskriterier i hhv. ordinær LUP og LUP-pilot, nærmer svarprocenterne sig dog hinanden. Fordi der er betydelige forskelle på identifikation af patienter, der skal modtage spørgeskemaer, og fordi dataindsamlingsmetoderne er forskellige, er det vanskeligt at sammenligne svarprocenten i ordinær LUP hhv. LUP-pilot én til én.
2. **Adgang til digital post.** Analyserne af patientgruppernes adgang til digital post viser en betydelig variation i, hvilke patientgrupper, der er tilmeldt digital post. Patienternes adgang til digital post varierer med diagnose, alder og køn. Lignende variation ses for svarprocenten. Lægges disse forhold sammen, kan der konstateres en ikke uvæsentlig skævhed i repræsentationen af patienter på tværs af alder, diagnose og køn. Hvorvidt forskelle i repræsentation giver anledning til bekymring for bias er vanskeligt at vurdere kvalificeret. En nærmere vurdering af risikoen for bias, adresseres nedenfor.
3. Sammenligning af **ordinær LUP og LUP-pilot** i forhold til gennemsnitsværdier:
 - a. Der kan identificeres **systematisk forskel på gennemsnitsværdierne** på de nationale LUP-spørgsmål, når man går fra ordinær LUP til LUP-pilot.
 - b. **Diagnose, alder og køn har en systematisk effekt på** tilfredsheden blandt patienterne. Da samme faktorer påvirker repræsentationen, er der risiko for *non-response bias*. Hvorvidt *non-response bias* forekommer, afhænger af, hvad de i nogle tilfælde meget store grupper af patienter, der ikke har svaret, ville have svaret. Vurderingen er, at der skønnes at være betydelig risiko for bias. Omfanget af *non-response bias* er vanskeligt at estimere. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, i tilfælde af, at resultaterne af ordinær LUP sammenlignes med resultaterne af LUP-pilot.
4. Resultatet af **eksperimentelle forsøg med tiltag rettet mod at højne svarprocenten** af forskellige typer påmindelser:
 - a. **Svarprocenten kan forhøjes** ved hjælp af flere **digitale påmindelser**.
 - b. Udsendelse af, og **tydelig kommunikation om, kort skema**, kan forhøje svarprocenten yderligere.

5. De patienter, der svarer på 1. og 2. rykker, adskiller sig holdningsmæssigt ikke nævneværdigt fra de patienter, der svarer på første henvendelse.
6. **Karensperiode.** Der er foretaget fire analyser af sammenhængen mellem patienternes tilbøjelighed til at svare og længden på karensperioden. Samtlige analyser peger på, at **en karensperiode på tre måneder er for kort.**
7. **Håndtering af ambulante patienter med få kontakter.** Analyserne af svaradfærden blandt patienter med én til to kontakter peger på, **at spørgsmålene er for svære at svare på, på dette tidspunkt i patienternes forløb.** Mange patienter er fx fortsat i udredning og ikke overgået til egentlig behandling.
8. **Kommentarer fra patienterne.** Blandt de vigtigste kommentartemaer til LUP-pilotspørgeskemaet er kommentarer vedrørende selve spørgeskemaet. Mange patienter anfører, at skemaet er for generelt, hvilket kan skyldes ensretningen på tværs af psykiatrien i forbindelse med overgangen til tidstro målinger (LUP-pilot).

Derudover skal det nævnes, at spørgsmålene kan være vanskelige at besvare ved få kontakter. Et tema, der støtter konklusionerne i kapitel otte. Endeligt kan det også nævnes, at nogle patienter oplever at modtage skemaet for sent. Dette kan ligeledes skyldes overgangen til LUP-pilots digital dataindsamling.

