

Brukertilfredshet i primærhelsetjenesten

5.årsoppgave i Stadium IV - medisinstudiet ved Universitetet i
Tromsø.

Lars Horvei og Kjersti Johansen, kull 04
Veileder: Nils Kolstrup, ISM
Tromsø, april 2009

Innholdsfortegnelse

RESYMÉ	3
1. INTRODUKSJON	4
2. METODE	6
2.1. MATERIALE OG METODE.....	6
2.2. UTVALG.....	7
2.3. ANALYSE.....	7
3. RESULTATER	8
3.1. UTVALG.....	8
3.2. PASIENTEVALUERING.....	9
3.3. FORSKJELLER MELLOM ULIKE GRUPPER.....	11
4. DISKUSJON	12
4.1. VÅRE RESULTATER	12
4.2. SPØRRESKJEMA SOM METODE	14
4.2.1. <i>Bruk av kvantitativ metode i helseforskning</i>	14
4.2.2. <i>Oversettelse</i>	15
4.2.3. <i>Utforming av spørreskjema</i>	16
4.2.4. <i>Rekruttering av respondenter/ utvalg</i>	17
4.2.5. <i>Feilkilder til resultater</i>	20
4.3. ANDRE METODER FOR Å MÅLE KVALITET I ALLMENNPRAKSIS.....	21
4.3.1. <i>Kvalitative undersøkelser</i>	21
4.3.2. <i>Kvalitetsindikatorer</i>	22
4.4. UTBYTTE AV BRUKERUNDERSØKELSER	24
5. AVSLUTNING	26
LITTERATUR	27
APPENDIX	29
SPØRRESKJEMA.....	30
BAKGRUNN FOR SPØRRESKJEMA	34
FULLSTENDIGE RESULTATER I TABELLFORM.....	39
PASIENTENES FRITEKSTKOMMENTARER.....	41
BEREGNING AV RESPONSRATE.....	46
STATISTISKE ANALYSER	47

Resymé

Bakgrunn: Pasienttilfredshet tillegges økende vekt i kvalitetsevaluering av helsetjenesten. Internkontroll, og herunder å ta hensyn til pasientenes tilbakemelding, er lovpålagt. Hensikten med vår studie var å måle pasientopplevd kvalitet ved Nordbyen Legesenter i Tromsø, og sammenligne resultater og metoder med internasjonal litteratur.

Materiale og metode: Det ble utarbeidet et egenprodusert spørreskjema etter gjennomgang av relevant litteratur, og trykt opp 350 spørreskjema. Disse ble lagt på venterommet på legesenteret, og samlet inn over en 16 dagers periode. Data ble registrert og analysert manuelt i Microsoft Excel. Det ble og gjennomført søk i PubMed og Medline.

Resultater og fortolkning: Det ble samlet inn totalt 315 skjema. Det var generelt høy grad av tilfredshet ved legens oppførsel og holdninger, men lavere score på spørsmål som omtalte tilgjengelighet og ventetid. Validiteten av resultatene ble ikke optimal da vi hadde en responsrate på ca 24%. Gjennomføringen av undersøkelsen var lite ressurskrevende, slik at vår metode kan anbefales til bruk i internkontroll, dog med visse justeringer.

1. Introduksjon

Det er et økende fokus på kvalitet og kvalitetsforbedring i helsevesenet, i takt med at "helsegapet" – forholdet mellom medisins muligheter og helseøkonomiens begrensninger, øker (1). Kvalitet innenfor helse defineres av WHO (1) som

- Høy profesjonell standard
- Minimal pasientrisiko
- Effektiv ressursutnyttelse
- Høy pasienttilfredshet
- Helhet i pasientforløpet og et godt resultat for pasienten

I løpet av det forrige århundre tilkom et tidevannsskifte innenfor klinisk medisin, med fokus på pasientsentrert medisin. I den forbindelse blir pasientvurdert kvalitet i større grad vektlagt i evaluering av legepraksis (2). Leger er generelt positive til pasientvurdert kvalitet og tilbakemelding (3). Pasienttilfredshet som vurderingsform har primært sin styrke i vurdering av strukturelle forhold ved praksisen, samt trekk ved samhandling mellom lege og pasient (3,4).

Flere norske undersøkelser har evaluert pasienttilfredshet i allmennpraksis. Ulike metoder har vært brukt, fra nasjonale undersøkelser via Norsk Gallup (5), til enkle spørreskjema med terningkast (6). Internasjonalt er EUROPEP-instrumentet, et spørreskjema utarbeidet av en europeisk forskergruppe, brukt og validert i 16 land. Pasientene vurderer deres lege med hensyn til legens faglige kompetanse, lege-pasientforholdet, informasjon og støtte, tilgjengelighet og organisasjon av praksisen. Den danske versjonen, DanPEP, ble i en studie brukt med over 55 000 respondenter (7).

Alle som yter helsetjenester i Norge har plikt til å drive internkontroll av virksomheten sin, i følge Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten, §3. I dette inngår å "gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten" (8). Det vil være naturlig å benytte brukerundersøkelser i denne sammenhengen.

I vår studie ønsket vi å måle pasientopplevd kvalitet ved Nordbyen Legesenter i Tromsø gjennom et egenprodusert spørreskjema. Vi har gått gjennom litteratur om kvalitet og pasienttilfredshet, og sammenlignet resultater fra vår undersøkelse med internasjonale studier.

2. Metode

2.1. Materiale og metode

Nordbyen Legesenter er en praksis med fem leger, og en total listestørrelse på ca. 5600 medio -08. Gjennom dialog med legene på senteret kom vi fram til at de store validerte skjemaene hadde mange bra sider, men ikke alt som ble spurt om virket relevant for deres praksis eller var interessant å undersøke. Vi valgte å løse dette ved å utforme vårt eget spørreskjema.

Vi utarbeidet et enkelt spørreskjema på fire sider, med 28 spørsmål. Del én av vårt skjema er inspirert av EUROPEP, et internasjonalt validert instrument for å måle kvalitet i primærhelsetjenesten (7). Pasientene vurderte legesenteret på en fempunkts skala fra dårlig til utmerket, eller i kategorien "passer ikke/gjelder ikke for meg". Vi tok utgangspunkt i noen av spørsmålene fra EUROPEP, noen har vi omformulert, og noen har vi laget selv. I del to av skjemaet ble deltakerne bedt om å ta stilling til påstander angående legesenteret, og de ga en vurdering på en fempunkts skala fra helt enig til helt uenig. Del tre spurte om karakteristika hos respondenten: kjønn, fødselsår, hvor ofte de hadde vært hos lege og hvor lenge de hadde vært pasient ved Nordbyen Legesenter. På siste side ble det bedt om fritekstkommentarer.

Det ble trykket opp 350 skjema, som ble lagt på venteværelset på Nordbyen Legesenter. Pasientene ble oppfordret til å delta i undersøkelsen av legene etter konsultasjonen; det samme gjorde helsesekretærene ved anledning. I tillegg hang vi opp en plakat som informerte om studien, og en låst postkasse til å samle inn svar. Lesebriller, clipboards og penner ble lagt ut. Det ble ikke satt noen eksklusjonskriterier for deltagelse, annet enn at respondentene måtte være pasienter ved legesenteret. Innsamling av skjema ble avsluttet når det ikke lenger var flere igjen.

Innsamlingsperioden var fra 28.04-21.05.08, med totalt 16 arbeidsdager.

2.2. Utvalg

Vårt utvalg var pasienter tilknyttet Nordbyen Legesenter som var innom venterommet innenfor en viss periode. Her var målbeholdningen de som var tilknyttet Nordbyen Legesenter, utvalgsrammen de som besøkte senteret i den aktuelle perioden, og utvalget de som svarte på spørreskjemaet.

2.3. Analyse

Spørreskjemaene ble manuelt registrert i Microsoft Excel, hvor også de statistiske analysene ble utført. Antall og prosentandel ble brukt til å beskrive fordelingen blant de ulike svarkategoriene. I del 1 ble kategoriene 4 og 5 slått sammen til *positiv respons*, der prosenten angir fornøyde pasienter av de som har svart på spørsmålet (*passer ikke/ gjelder ikke for meg* og *ikke svart* er ikke telt med). I del 2 ble kategoriene *helt enig* og *enig* og kategoriene *helt uenig* og *uenig* slått sammen til henholdsvis *samlet enig* og *samlet uenig*. Også her angis prosentandelen *samlet enig* eller *samlet uenig* av de som har besvart spørsmålet (*ikke svart* er ikke telt med).

Dataene ble sortert etter ulike variabler: kjønn, alder (30 og yngre mot 65 og eldre), antall ganger hos lege i løpet av ett år (5 og mindre mot 5 og mer), antall år tilknyttet til Nordbyen Legesenter (5 år og mindre mot 10 år og mer), samt sammenligning mellom kjønn 45 år og yngre og 46 år og eldre. For alder valgte vi å kun sammenligne ytterpunktene for å få frem størst mulig forskjell. Det samme gjelder for antall år tilknyttet Nordbyen Legesenter. Gjennomsnittsverdier i disse gruppene ga utgangspunkt for hvilke spørsmål vi utførte kji-kvadrattest på.

Det ble gjennomført analyse for korrelasjon ved hjelp av Pearsons metode for å undersøke validiteten for sammenslåing av kategorier, samt for å undersøke sammenheng mellom to kontrollspørsmål i spørreskjemaet (spørsmål 16 og 24).

Fritekstkommentarer ble nedskrevet i et eget dokument. Vi har rettet skrivefeil, men har ikke forandret på ordlyden. Fritekstkommentarene ble ikke analysert videre, men overlevert til legesenteret.

3. Resultater

3.1. Utvalg

Av 350 opptrykte skjema, fikk vi inn 316 utfylte skjema. Ett måtte forkastes fordi respondenten anga at han ikke var pasient ved legesenteret. 277 skjema var fullstendig utfylte, mens 38 manglet svar på ett eller flere spørsmål.

Vi hadde ikke ressurser til å overvåke antall pasienter som var innom legesenteret, og måtte derfor basere oss på en omtrentlig responsrate ved hjelp av gjennomgang av timebøker og intervju av helsesekretær. Omtrentlig responsrate ble på denne måten beregnet til 24%.

Vårt utvalg bestod av 106 (34%) menn og 203 (66%) kvinner, samt 6 som ikke anga kjønn. Median alder var 46 år. 13% var over 65 år. Andel hyppige brukere (>9 legebesøk siste år) var 11%, og 67% hadde vært pasient ved legesenteret i mer enn 10 år.

3.2. Pasientevaluering

Tabell 1. Positiv respons i del 1 av spørreskjemaet som omhandler tilfredshet. Positiv respons er en sammenslåing av kategori 4 og 5, de to mest positive kategoriene, her angitt med antall svar og prosentandel av alle som har besvart spørsmålet.

	n (%)
Hvordan opplever du generelt at legen...	
Behandler deg med respekt?	290 (93,9)
Hører på deg?	282 (91,3)
Benytter et språk som du forstår?	302 (98,4)
Svarer på dine spørsmål?	285 (92,8)
Forklarer formålet med prøver og behandling?	259 (85,5)
Lar deg ta del i beslutninger angående din videre behandling?	259 (89,3)
Hva er din vurdering av legesenteret med hensyn til...	
Hvor enkelt det er å få kontakt med legesenteret på telefon?	185 (61,1)
Hvor enkelt det er å få kontakt med legen i legens telefontid?	99 (40,2)
Ventetid for å få vanlige timer (ikke øyeblikkelig hjelp)?	108 (36,0)
Ventetid på venterommet i forhold til avtalt tidspunkt for legetime?	123 (40,2)
Ventetid på venterommet før laboratoriet (blodprøver og lignende)?	182 (63,9)
Ventetid før betaling i luka?	243 (81,3)
Hjelpsomhet blant personalet på legekantoret (utenom legene)?	281 (93,7)
Å holde informasjon om deg, din journal og dine data fortrolige?	248 (95,8)

Pasientene var generelt tilfredse med legene og legesenteret (se tabell 1). I den første delen hvor legens oppførsel og holdninger omtales, varierte positiv respons fra 85,5 – 98,4%. Spørsmål som omtaler ventetid kom imidlertid dårligere ut, med positiv respons

fra 36,0 – 81,3%. Ventetid for å få vanlige timer og ventetid på venterommet før legetime ga den laveste scoren, mens ventetid før betaling i luka og ventetid før laboratoriet kom bedre ut. Pasientene var svært tilfredse med hjelpsomhet blant helsesekretærene og hvordan pasientjournaler holdes fortrolige, med positiv respons fra 93,7 – 95,8%.

Sammenslåing av kategori 4 og 5, det vil si positiv respons, gir et godt bilde av svarfordelingen. Pearson korrelasjon med tre andre metoder (prosent av pasienter som benyttet kategori 5, prosent av pasienter som benyttet kategori 1 og 2, og gjennomsnittsverdi) var mellom 0,95 og 0,99.

Tabell 2. Samlet enig og samlet uenig i del 2 av spørreskjemaet, som består av påstander. Samlet enig er sammenslåing av kategoriene *helt enig* og *enig*, mens samlet uenig er en sammenslåing av kategoriene *helt uenig* og *uenig*. Tabellen angir antall svar og prosentandel av de som har tatt stilling til påstanden.

	n (%)	
	Samlet enig	Samlet uenig
Hvor enig er du i følgende påstander?		
Legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform	39 (12,7)	210 (68,6)
Det er ikke satt av tilstrekkelig tid til hver time	81 (26,7)	127 (41,9)
Legesenteret bør ha hjemmeside på internett	170 (56,1)	34 (11,2)
Man bør ha mulighet til å bestille timer og resepter på internett	172 (56,8)	44 (14,5)
Egenandelen kan være til hinder for at jeg søker legehjelp	34 (11,2)	232 (76,6)
Jeg er trygg på at jeg får den hjelpen jeg trenger på legesenteret	267 (86,7)	15 (4,9)
Jeg har ingen grunn til å overveie å skifte fastlege/ legesenter	266 (86,6)	16 (5,2)
Jeg får time til øyeblikkelig hjelp på legesenteret når jeg trenger det	238 (78,3)	13 (4,3)
Jeg vet ikke når legen min har telefontid	82 (27,0)	150 (49,3)
En vanlig legetime på 20 minutter er tilstrekkelig lang (ikke øyeblikkelig hjelp)	186 (61,4)	32 (10,6)

I del 2 av spørreskjemaet skulle pasientene si seg enige eller uenige i påstander (se tabell 2). Flertallet av pasientene var enige i at internett bør brukes som et hjelpemiddel, at legesenteret ga de den hjelpen og de ø-hjelpstimene de trenger, at de ikke hadde grunn til å skifte fastlege/ legesenter og at en vanlig legetime på 20 min er tilstrekkelig lang. Flertallet var uenige i at leger bør bruke hvit frakk og at egenandelen kan være til hinder for å søke legehjelp. Den sistnevnte påstanden sa imidlertid 11,2% av pasientene seg enige i.

Sammenslåing til kategoriene *samlet enig* og *samlet uenig* gir også et godt bilde av svarfordelingen. For kategorien *samlet enig* er Pearson korrelasjon med tre andre metoder (prosent av pasienter som benyttet kategori *helt enig*, prosent av pasienter som er samlet uenig, og gjennomsnittsverdi) var mellom 0,94 og 0,99. For kategorien *samlet uenig* er Pearson korrelasjon utregnet på tilsvarende måte mellom 0,95 og 0,98.

3.3. Forskjeller mellom ulike grupper

For de aller fleste spørsmålene var det liten forskjell mellom gruppene, og hovedtendensen for alle svar var like. Vi fant imidlertid enkelte statistisk signifikante forskjeller i graden av tilfredshet og/ eller enighet:

- Pasienter 65 år og eldre var mer tilfredse enn de som 30 år og yngre med tanke på ventetid for å få vanlige timer ($p=0,024$).
- Pasienter 30 år og yngre var mer enige i at legesenteret bør ha hjemmeside på internett enn de som var 65 år og eldre ($p=0,018$).
- Menn 46 år og eldre var mer enige i påstanden "Jeg vet ikke når legen min har telefontid" enn kvinner 45 år og yngre ($p=0,0018$).
- Pasienter som gikk til lege 5 ganger og oftere i løpet av ett år var i større grad uenige til påstanden "Legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform" sammenlignet med de som gikk til lege 5 ganger og mindre i løpet av ett år ($p=0,00011$).

4. Diskusjon

4.1. Våre resultater

Siden vi utformet vårt eget spørreskjema, kunne vi ikke sammenligne øvrige resultater direkte med andre undersøkelser. Imidlertid var tendensen den samme, der pasientene i all hovedsak var fornøyde med legene og legesenteret, men med forbedringspotensiale i tilgjengelighet (2,5,6,7,9).

Som forventet var det lite forskjeller mellom kjønn i vårt materiale. Fra tidligere har meta-analyser konkludert med liten eller ingen kjønnsforskjell i forhold til pasienttilfredshet (10,11). Det vi fikk frem var forskjell i hvorvidt man visste når legen har telefontid, en variabel vi ikke har sett i andre studier. Denne differansen økte ytterligere når man sammenlignet menn 46 år og eldre med kvinner 45 år og yngre ($p=0,0018$). At yngre kvinner i større grad visste når legen har telefontid kan delvis forklares med at kvinner generelt oftere benytter helsetjenester (12).

Det har vært vist at økende alder er positivt korrelert med tilfredshet (11). Vi så samme tendens, uten at forskjellen er overbevisende. Ved å summere gjennomsnittsverdier i spørsmålene 1-14 kan man få et omtrentlig bilde av samlet tilfredshet. Denne verdien var 60,2 hos pasienter 65 år og eldre, og 56,2 hos de 30 år og yngre. Disse gruppene skilte seg mest på spørsmål om ventetid for å få vanlige timer ($p=0,024$).

Nordbyen Legesenter har de seneste årene vurdert å etablere en hjemmeside, og ønsket å få kartlagt interessen for dette i brukerundersøkelsen. 56% var positive til hjemmeside, og 58% mente man bør ha mulighet til å bestille timer og resepter på internett. Her var det som forventet en forskjell mellom yngre og eldre. Pasienter 65 år og eldre var klart mindre entusiastiske enn de yngre med tanke på hjemmeside, med p -verdi på 0,018. Det var imidlertid ikke en statistisk signifikant forskjell mellom disse gruppene på spørsmål om man bør ha mulighet til å bestille timer og resepter på internett ($p=0,37$). I og med at hjemmeside er en forutsetning for å kunne bestille timer og resepter på internett, kan det tenkes at vi ville få en noe annen svarfordeling dersom vi hadde byttet om på rekkefølgen av spørsmålene.

Vi forventet før undersøkelsen at eldre i større grad ønsket hvit frakk enn de yngre. Det viste seg imidlertid at alder spilte liten rolle. Interessant nok var de som er 5 ganger og oftere hos lege i løpet av et år i større grad negativ til bruk av hvit frakk enn de som er 5 ganger og sjeldnere, med en svært signifikant p-verdi på 0,00011. Årsaken til dette kan være at de som hyppigere er hos lege ser fordeler av sivil bekledning, eventuelt en konservativ holdning. Vi ser i etterkant av undersøkelsen at svarkategoriene i spørsmål om hvor ofte man er hos lege ikke utelukket hverandre, slik at validiteten svekkes. Uansett var begge grupper hovedsakelig uenig i påstanden om at legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform.

Vi ønsket å undersøke om egenandelen ved legebesøk kunne være til hinder for å oppsøke legehjelp. Egenandelen i Norge øker stadig, mens det ikke er egenandel for eksempel i Danmark. Ved Nordbyen Legesenter sa de fleste seg uenig i at egenandelen kunne være til hinder, men det var likevel hele 11,2% som var enig eller helt enig i påstanden. Her kan det være mørketall, da de som faktisk holdt seg hjemme på grunn av egenandelen ikke har hatt anledning til å svare på spørreskjemaet. Det var ingen klare forskjeller mellom de ulike gruppene, men en tendens til at de yngre enn 30 år i større grad sa seg enig enn de som var eldre enn 65 år ($p=0,11$). Gruppen yngre enn 30 år inkluderer blant annet studenter. Dessuten kan barn over 12 år oppsøke lege uten at foresatte nødvendigvis har rett til å informeres, samtidig som de færreste av barna har selvstendig inntekt. Det er et tankekors at grensen for fri egenandel nettopp er 12 år.

I spørreskjemaet valgte vi å ha med et sett av kontrollspørsmål som spurte om det samme, men på ulike måter. Resultatene fra påstand 16 ("Det er ikke satt av tilstrekkelig tid til hver time") og påstand 24 ("En vanlig legetime på 20 minutter er tilstrekkelig lang") burde korrelert negativt, da Nordbyen Legesenter setter av 20 minutter til hver ordinære time. Det viste seg at en høyere andel var enig i påstand 24 enn de som var uenig i påstand 16. Dette ga en Pearsons korrelasjon på 0,14, og det er med andre ord svært dårlig korrelasjon mellom svarene. En mulig forklaring er at pasientene ikke var klar over at det settes av 20 minutter til en vanlig legetime. De kan føle at legetimen er kortere enn den faktisk er. Videre er det mulig at flere av pasientene får mindre enn 20 minutter, for å kompensere for andre som kan bruke mer tid.

Karakteristika ved legen og legens praksis har vist seg å ha innvirkning på pasienttilfredshet. I Danmark er pasientene mer fornøyde med de yngre legene, mens kjønn ikke hadde betydning. Praksiser med mange leger scorer betydelig lavere på tilgjengelighet enn solopraksiser (7,13). Pasienter er mer fornøyde med leger som jobber som heltid som allmennpraktikere (13). Vår undersøkelse fant sted på en fem-legepraksis med en blanding av yngre til mer erfarne leger, som har fra en til fire kurative dager hver per uke. Dette kan ha hatt negativ innvirkning på tilfredshet.

4.2. Spørreskjema som metode

4.2.1. Bruk av kvantitativ metode i helseforskning

Anvendelse av kvantitativ metode i form av spørreskjema med rangordnede svaralternativer, har fordeler og ulemper. Det er lett å analysere store data, og fordi det er relativt billig å gjennomføre undersøkelsen, kan man få mange respondenter. Dette øker muligheten for å generalisere. Den upersonlige formen bevarer det objektive aspektet (14).

Undersøkelsen kan imidlertid ikke være for kompleks, og man risikerer at den blir overfladisk, slik at de svarene man får har liten verdi. Man har få muligheter til å justere metoden underveis, fordi det reduserer gyldigheten til resultatene (14).

De som lager spørreskjemaet bestemmer hvilke temaer som skal omtales. Dette kan balanseres med å inkludere åpne spørsmål og fritekstkommentarer, men disse får liten generaliserbar verdi. En mulighet er at pasientene selv kan bidra til utformingen av ordlyd og design til spørreskjemaet (15,16). Dette krever riktignok en del forarbeid, og et slikt omfang var ikke aktuelt for oss.

Man kan trå i mange feller ved design av slike skjema. Ved å utforme vårt eget spørreskjema, i stedet for å bruke et validert instrument, risikerte vi at validiteten ble dårlig. Fordelen var at vi selv hadde mulighet til å bestemme hva som var interessant å undersøke.

Noen kvantitative studier benytter personlige intervju, der pasienten svarer på spørsmål, og intervjueren krysser på skjemaet (17). Man kan tenke seg at dette øker responsraten, kanskje spesielt hos de eldre og syke, muligens vil folk også legge mer ettertanke i sine svar. Intervjuerens oppførsel, fremtoning og språk kan imidlertid påvirke svarene som blir gitt (17). I tillegg krever en slik framgangsmåte betydelig mer økonomiske resurser. Det er kanskje mest aktuelt i områder der man forventer analfabetisme hos respondentene.

4.2.2. Oversettelse

De fleste spørreskjema laget for å måle brukertilfredshet er opprinnelig engelskspråklige. Det er lagt mye arbeid og ressurser i å utvikle og validere disse skjemaene. For å kunne sammenligne resultater internasjonalt, er det en forutsetning at man bruker de samme instrumentene. Men når man oversetter direkte fra originalspråket til et sekundærspråk, kan det oppstå validitetsproblemer (18).

Oversettelse ord for ord kan forandre betydningen av spørsmålet i et sekundærspråk. Forskjeller i kultur og miljø kan og skape problemer for sammenhengen. Om man ikke tar hensyn til dette, risikerer man å få svar på noe annet enn det man tror man spør om. Det er derfor viktigere at innholdet i hvert spørsmål oversettes korrekt enn at hvert enkelt ord er korrekt oversatt (18). Disse forholdene har særlig relevans ved internasjonal sammenligning, slik som EUROPEP-verktøyets anvendelse i ulike europeiske land.

I vårt materiale var det overraskende mange (12,7 %) som svarte "passer ikke/gjelder ikke for meg" på spørsmål 14, som omhandler fortrolighet. Formuleringen av det aktuelle spørsmålet var den samme som ble benyttet i den norske versjonen av EUROPEP, med unntak av innledende setning (19). Ved bruk av denne norske versjonen ved Ringerike legesenter svarte 13,1 % i den samme kategorien (20). Hos oss lot en respondent være å svare, og skrev i en kommentar ved siden av at hun mente det var dårlig spørsmålsstilling, og hun lurte på hva vi mente. Temaet fortrolighet, og herunder ivaretagelse av taushetsplikten, er etter vår mening noe som burde angå de fleste pasientene ved et legesenter. Den høye andelen som ikke svarte, kan tyde på at den

oversatte formuleringen har dårlig validitet. Kanskje ville flere ha forstått spørsmålet om vi hadde spurt om ivaretagelse av taushetsplikten.

For å kvalitetssikre oversettingen, er det vanlig å benytte tilbakeoversettelse. Dette innebærer at det nye skjemaet blir oversatt tilbake til originalspråket, av en eller flere personer, uavhengig av originalversjonen. Disse spørsmålene skal få samme ordlyd, eller i alle fall samme betydning som de opprinnelige. I tillegg bør språket og formuleringene være så enkle at personer på 10-12 år forstår (18).

Ved oversettelse av EUROPEP-instrumentet til de ulike europeiske språk, ble det benyttet tilbakeoversettelse ved to uavhengige oversettere (2). Likevel er det ting som tyder på at mange ikke forsto spørsmål 14. Man kan tenke seg at kulturforskjeller mellom nordlendinger og andre nordmenn forklarer vårt funn, men mer sannsynlig er det at oversetterne har benyttet et for vanskelig språk.

4.2.3. Utforming av spørreskjema

Det er mange hensyn å ta når man skal utforme et spørreskjema. Det er viktig å benytte enkle formuleringer, slik at målgruppa forstår hva en mener. Samtidig må man utforske ulike måter å tolke spørsmålet, og helst velge spørsmål som ikke kan tolkes i ulik retning. Det bør gjennomgående være enkelt å fylle ut skjemaet, og en bør ikke forutsette at respondenten skal huske over flere spørsmål. Ved å velge en konservativ start, altså med de enkleste spørsmålene, unngår man at respondenter gir opp med én gang, eller velger å ikke svare. Vi valgte å starte med spørsmålene om tilfredshet, og avsluttet med delen der det skulle tas stilling til påstander. Man bør helst unngå filterspørsmål, altså spørsmål som ekskluderer enkelte i deler av spørreskjemaet (14).

Flere faktorer kan påvirke hvordan respondenten svarer på spørsmålene. Man bør unngå ledende spørsmål. Åpne spørsmål kan være et bra supplement, men svarene her er vanskelige å generalisere. Spørsmålskonteksten kan ha innvirkning på resultatet; rekkefølgen av spørsmål kan ha betydning (14).

Å stille direkte spørsmål kontra det å be respondentene til å ta stilling til en påstand, er to hovedmåter som har fordeler og ulemper. Påstander lader et spørsmål, og man må

bestemme seg for om påstanden skal være positiv eller negativ. Dersom respondenten ikke har en bestemt mening i utgangspunktet, kan det tenkes at det er lettere å si seg enig enn uenig.

Svaralternativene bør balanseres, altså bør det være like mange positive alternativer som negative. I tillegg er det viktig å variere retning på spørsmålene (14). I del to av vårt skjema ble det lagt opp til at respondentene skulle benytte hele skalaen fra enig til uenig.

For å oppdage svakheter i et spørreskjema bør det i forkant utføres pilotstudie på en liten del av målgruppa. Pilotstudier er ressurskrevende, og siden vi skulle utføre en internundersøkelse, valgte vi det bort. Vi diskuterte utforming og formuleringer med veileder, legene på legesenteret, samt venner og bekjente. Dette viste seg å ikke være godt nok, da vi på spørsmålet "omtrent hvor mange ganger har du vært hos din fastlege (eller vikar) de siste 12 måneder?" hadde svarkategoriene *0, 1-5, 5-10 og 10 eller mer*. Svarkategoriene utelukker ikke hverandre, og flere respondenter kommenterte dette.

4.2.4. Rekruttering av respondenter/ utvalg

Det finnes to hovedmåter for å rekruttere respondenter til brukerundersøkelser. Man kan lage randomiserte utvalg av befolkningen eller praksispopulasjonen, eller man kan rekruttere respondenter i forbindelse med konsultasjoner. Pasienter som nylig har vært hos legen regnes som best egnet til å uttale seg (21). Metoden med å rekruttere respondenter ut fra hvem som tilfeldig går til legen i innsamlingsperioden, har blitt kalt for "makelighetsutvalg", og kan gi et godt utvalg (22).

I DanPEP-undersøkelsen ble det benyttet flere ulike metoder for å samle inn data. De kom frem til at den mest gunstige måten var å la legene dele ut et skjema til påfølgende pasienter over et gitt tidsrom, og samle de inn gjennom posten. På denne måten var de ikke avhengig av ekstern hjelp til utvalgsgenerering, og metoden var mindre kostnadskrevende. I tillegg ble metoden vurdert av leger og pasienter til å være hensiktsmessig (7). Ved å inkludere postomdelte påminnere til de som ikke svarte, kunne de øke responsraten fra ca. 60% til 80%, men dette endret ikke resultatene signifikant. De store kostnadene og arbeidsmengden forbundet med påminnere gjorde at prosedyren ikke kunne anbefales (23).

Vår metode med å dele ut skjemaene på venteværelset, har likhetstrekk med deres metode, men metoden for innsamling av skjema var forskjellig. Ved å benytte en postkasse på venterommet, unngikk vi kostnadene for porto på returkonvoluttene. Vi hadde og en tanke om at det kunne være enklere for pasientene å fylle ut skjemaet der og da, enn å ta det med hjem, hvor det kanskje kunne bli glemt. Vi håpet at responsraten kunne økes ved at pasientene fylte ut skjemaet mens de likevel satt og ventet.

Med denne metoden ble utvalgsrammen antagelig ikke representativ for målbefolkningen, siden vi ville få en overrepresentasjon av de som benytter helsetilbudene mest. I tillegg er det ikke sikkert vårt utvalg ville være representativt for utvalgsrammen, blant annet fordi de sykeste kan ha mindre overskudd til å fylle ut skjema, og de yngre kan tenkes å være mer ivrige enn de eldre. Vi håpet likevel at utvalget ville være representativt for de daglige brukerne ved legesenteret, som også ville være de som dro mest nytte av eventuelle endringer.

I vår studie hadde pasientene anledning til å fylle ut skjemaene før konsultasjonen, i tillegg til at de fikk en oppfordring om dette av legen etter konsultasjonen. Det viste seg at det var vanskelig for legene å huske på sin oppgave i en travel arbeidshverdag, slik at ikke alle pasientene fikk oppfordringen. Samtidig vil en oppfordring fra legen kanskje virke sterkere dersom skjemaet blir utdelt fra henne personlig. Under innsamlingsperioden ble det forsøkt å premiere legesenteret med vafler hvis de kunne produsere mer enn 30 utfylte skjema per dag. Dette viste seg å være et effektivt tiltak, og illustrerer viktigheten av god innsats fra legesenterets side.

Vår responsrate på omtrent 24% er en relativt lav verdi. Ved beregning av antall pasienter innom senteret har vi ikke tatt høyde for at enkelte pasienter kan ha vært innom senteret flere ganger i innsamlingsperioden. Dermed kan responsraten i realiteten være noe høyere. Som nevnt er heller ikke metoden for rekruttering optimal.

Tabell 3. Vårt utvalg sammenlignet med utvalg fra studier der DanPEP og EUROPEP er brukt (2,7).

	Vår undersøkelse	DanPEP	EUROPEP
Antall respondenter	315	56 517	17 391
Forhold menn: kvinner (%)	34:66	32:68	34:66
Median alder	46	50	51
Andel >65 år (%)	13	24	-

Ved sammenligning ser vi at vårt utvalg viste seg å ha stor likhet med de utvalgene der DanPEP og EUROPEP ble brukt (2, 7). Det som skilte oss mest fra disse studiene, var altså at vi hadde færre eldre respondenter. Dette kan skyldes metoden for inkludering av respondenter. Man kan tenke seg at eldre pasienter trenger lengre tid på å fylle ut et slikt spørreskjema, og at de derfor foretrekker å gjøre det hjemme, og sende det inn i posten. Tromsø kommune har en relativ yngre aldersprofil på sine innbyggere enn landsgjennomsnittet (24). Vi har grunn til å tro at dette gjenspeiles i pasientgrunlaget til Nordbyen legesenter, uten at vi har kunnet verifisere dette. Pasienttilfredshet er som tidligere nevnt positivt korrelert med pasientens alder, slik at en lavere andel eldre kan påvirke våre resultater.

Responsraten i vår undersøkelse var i utgangspunktet for lav. For å kunne stole på de data en har fått inn, bør den helst være over 75% (22). Vi må derfor være forsiktige med å legge for mye i svarene vi har oppnådd. Det kan likevel tenkes at med vår metode for utvalgsgenerering har responsraten noe mindre betydning. DanPEP-gruppen fant ingen signifikante forskjeller i resultater mellom grupper med svarprosent på ca 60% og 80% (23). Vi har få muligheter til å kontrollere hvem i utvalgsrammen som faller ifra, men det ser altså ut som vi har fått en underrepresentasjon av de eldre. Ellers lignet utvalget vårt i stor grad på det de større studiene har hatt, med tanke på variabler som kjønn og median alder. Man kan derfor håpe at frafallet har vært noenlunde tilfeldig, og at det ikke har påvirket resultatene i for stor grad. Vi kan dermed anta at utvalget vårt er tilnæringsvis representativt for pasientene som bruker Nordbyen Legesenter.

Kvinner ble klart overrepresentert i forhold til menn, slik som i de andre studiene (2,7). Kvinner har i gjennomsnitt to til tre legekontakter i året, mens menn har mellom én og to. Tre av fem konsultasjoner i allmennpraksis dreier seg om kvinner (12). En internasjonal meta-analyse konkluderer med at det er liten eller ingen sammenheng mellom pasientens kjønn og pasienttilfredshet (11). Samtidig viser en norsk studie at kvinner under 35 år scorer signifikant lavere på samlet tilfredshet under sykehusopphold (10). Det er derfor vanskelig å si om overrepresentasjonen av kvinner har hatt innvirkning på de samlede resultatene.

4.2.5. Feilkilder til resultater

Det finnes fare for bias ved måten respondentene fyller ut spørreskjemaet. Ved å svare anonymt, kan det føles lite forpliktende, og man risikerer at folk ikke er grundige nok. Selve konteksten ved å fylle ut skjemaet på venterommet, kan bidra til at utfyllingen får preg av hastverkarbeid. På så mye som 17% av alle skjema vi fikk inn, hadde respondenten innført et ekstra kryss i eksempel-spørsmålet på forsiden. Det kan tyde på at de som svarte ikke hadde tatt seg tid til å lese teksten særlig nøye.

Ved å be folk ta stilling til påstander, tvinges folk til å ha meninger de ikke nødvendigvis har. Dette skulle ideelt sett løses ved at de krysset av midt på skalaen, men noen syntes kanskje det var dumt å ikke ha en egen mening, og krysset tilfeldig i en av retningene. Det fins og en fare for at respondentene krysset av vilkårlig, spesielt dersom det var et tema som var uinteressant for den enkelte (14).

En britisk studie fra 1996 (25), fant at hvis man spør pasientene om de er enige i en negativ beskrivelse av deres erfaringer fra sykehus, får man høyere tilsynelatende tilfredshet enn hvis man spør om de er enige i en positiv beskrivelse. I vår undersøkelse så vi imidlertid motsatt tendens; flere var enige i påstand 24 enn uenige i påstand 16. En eventuell tendens til å krysse i den ene eller andre retningen, kan gi utslag på alle påstandene våre. For å minimere effekten av slik bias, er det viktig å variere retning på spørsmålene, slik at vi forventer at respondentene bruker hele skalaen fra helt uenig til helt enig (14).

Det er selvfølgelig og rom for feil i måten vi har bearbeidet data på. Manuell koding og registrering av data gir risiko for menneskelig feil; maskinell skanning hadde vært bedre. En del av statistikken baserer seg og på manuelle beregninger.

4.3. Andre metoder for å måle kvalitet i allmennpraksis

4.3.1. Kvalitative undersøkelser

I kvalitative undersøkelser samles data i form av ord, observasjoner eller dokumenter, for å så kategorisere etter selve innsamlinga (26). Dette står i kontrast til kvantitative metoder, hvor data samles inn i form av tall, og kategoriene er avgjort på forhånd. Den kvalitative tilnærmingen legger gjerne sterk vekt på induktive strategier, og med fokus på nærhet til de som blir undersøkt. Fenomener forstås som et komplekst samspill mellom mennesker (14).

Kvalitative studier har generelt færre elementer enn de kvantitative, og går heller mer i dybden av et enkelt element. Man får da frem hva mennesker legger i et bestemt begrep eller fenomen, og forskeren får på denne måten bedre forståelse. Kvalitative tilnærminger passer derfor godt når problemstillingen er noe uklar. Kvantitative metoder bruker derimot en deduktiv innfallsvinkel, der problemstillingen er klar på forhånd. I dag ser man verdien i både kvalitativ og kvantitativ metode, og datainnsamlingsstrategi bør reflektere hva man vet om fenomenet på forhånd (14).

Den kvantitative metoden gir svar med høy intern gyldighet, da respondenten får anledning til å utdype svar, slik at det dermed er mindre rom for misforståelse. Når forskeren i tillegg selv står for innsamling av data, kommer han tett innpå det som skal undersøkes (26). Siden forskeren ideelt skal gå inn i undersøkelsen med et åpent sinn, og kategorisering først utføres etter innsamling, er metoden fleksibel med mulighet for justeringer underveis (14).

På den annen side er kvalitative undersøkelser ressurskrevende, og man får naturlig nok et begrenset antall respondenter. Dermed oppstår problemer med å generalisere, altså dårligere ekstern gyldighet. Selv om forskeren ideelt skal være åpen, vil det alltid være vanskelig å unngå en ubevisst sortering av opplysninger. Nærhet til respondenter kan

videre gi vansker med å forholde seg objektiv, spesielt dersom man blir en del av gruppen man skal observere. Og ikke minst skal forskeren holde rede på, og kategorisere, en stor mengde informasjon (14). Kvalitative studier kan derfor tenkes å være mindre reproducerbar enn de kvantitative.

Kvalitative og kvantitative studier er imidlertid ikke to prinsipielt forskjellige metoder. Det er en glidende overgang, med de to ulike formene som hver sine ytterpunkt. Mange studier innebærer en blanding. Kvalitative studier kan ha et mer eller mindre fast oppsett av spørsmål eller tema, og kvantitative studier kan inneholde åpne spørsmål (14). Vårt spørreskjema hadde et åpent spørsmål til slutt, der respondentene kunne tilføye det de måtte ønske om legesenteret. Det er stadig mer populært å kombinere kvalitative og kvantitative studier, enten parallelt eller suksessivt. Dermed drar man nytte av fordeler i begge tilnærminger, slik at man kan utforske flere aspekter av en problemstilling. Det er for eksempel vanlig med en kvalitativ pilotstudie for å finne frem til temavalg og gode formuleringer i et spørreskjema (26).

EUROPEP-instrumentet er utviklet gjennom en serie av pilotstudier, blant annet kvalitative undersøkelser. Først ble det utført en kvalitativ gjennomgang av 57 aktuelle studier for å få frem pasientenes meninger og prioriteringer i primærhelsetjenesten, slik at man kunne kategorisere ulike aspekter av pasienttilfredshet. Etter at man hadde utformet et spørreskjema, ble det utført telefonintervju av respondenter etter at de hadde fylt ut og sendt inn skjemaet. Respondentene fikk da anledning til å uttale seg om spørreskjemaet som helhet, hvorvidt det var tydelig og forståelig, om de hadde problemer med å velge svarkategori, og om emnevalg. Telefonintervju ble utført i 9 land, med 10-25 intervju per land (21).

4.3.2. Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er hyppig brukt i spesialisthelsetjenesten for å oppnå et objektivt og kvantitativt mål på kvalitet. Kvalitetsutvalget for primærmedisin (KUP) har forsøkt å komme frem til generelle kvalitetsindikatorer i norsk allmenntilleggsmedisin som først og fremst kan bidra til kvalitetsutvikling i egen praksis (27). Hovedformålet er et grunnlag for innsikt i egen virksomhet, og dermed være et verktøy for forbedring (27).

Det er ulike begreper knyttet til kvalitetsmåling. Et *kriterium* er den ideelle kvalitet, mens en *standard* er et krav til kvalitet som er realistisk ved god klinisk praksis. En *indikator* er en målbar variabel som angir i hvilken grad en standard er oppfylt. Denne indikatoren er en statistisk verdi, som alltid innebærer en teller med pasienter som oppfyller standarden, over en nevner med pasienter som er med i kvalitetsvurderingen. (1,27).

Kvalitetsindikatorerne kan belyse ulike aspekter av en legepraksis. Eksempler på kliniske indikatorer er andel diabetikere med HbA1c <8% og oppdatering av medisinliste i journal. Indikatorer for praksisorganisering kan være ventetid på ordinær time. For å undersøke lege-pasientforholdet er brukerundersøkelser et godt alternativ. De valgte indikatorerne bør kunne påvirkes av helsetjenesten (27).

Det er mange fordeler og ulemper med kvalitetsindikatorer. Fordelen med indikatorer er først og fremst som verktøy for kvalitetsutvikling. Felles indikatorer muliggjør sammenligning av ulike praksiser. Økt fokus på kvalitet kan i seg selv stimulere til faglig diskusjon og forbedring. Det er videre enklere med målrettet ressursbruk (27).

På den annen side kan kvalitetsindikatorerne misbrukes. De er i seg selv ikke bevis på kvalitet, kun en pekepinn. Man skal være forsiktig med å sammenligne praksiser på grunnlag av indikatorer, blant annet på grunn av variasjon av praksispopulasjoner og ulik journalføring. Overfokusering på mangler kan skade tilliten fra pasientene. Ressursbruk kan dessuten forskyves på bekostning av områder som er vanskeligere å måle (27).

4.4. Utbytte av brukerundersøkelser

Det å måle pasientvurdert kvalitet i allmennpraksis kan være interessant i seg selv, men kanskje viktigere er det utbyttet legene får. Er legene villige til å endre sin praksis basert på resultatene av en slik undersøkelse?

I DanPEP-undersøkelsen sier 61% av de deltagende leger at de har gjennomført, eller lagt spesifikke planer om, endring av sin praksis som direkte følge av resultatene av pasientevalueringen. Hyppigst gjaldt dette forholdene tilgjengelighet og lege-pasient-relasjonen. Det var særlig de legene som fikk dårligere tilbakemelding enn gjennomsnittet, som var villige til å endre, samt de som hadde fått tilbakemeldinger på åpne spørsmål (7). I denne undersøkelsen ble legene vurdert enkeltvis, mens i vår undersøkelse er det legesenteret samlet sett som blir vurdert. Det kan tenkes at det å få en personlig tilbakemelding vil gi større utbytte, men samtidig gir vurdering på gruppenivå god mulighet for diskusjon legene i mellom, noe som er viktig for å få gjennomført strukturelle endringer på et legesenter med flere leger/eiere, der slike beslutninger tas i fellesskap.

I en undersøkelse fra år 2000 fra 41 norske allmennpraksiser, fant man at legene var positive til brukerundersøkelser, men mente de hadde begrenset nytteverdi. Det ble stilt spørsmål om hvorvidt pasientene har de rette forutsetninger for å vurdere kvalitet. Det ble dessuten påpekt at i en travel praksis med stort arbeids- og tidspress var det vanskelig å finne overskudd til å gjennomføre forandringer (3).

Det er klart at det er vanskelig for vanlige pasienter å vurdere faglig styrke hos legen, da de har begrenset innsikt i medisinsk-faglig, evidensbasert kunnskap. I og med at allmennlegen har en portvaktfunksjon, kan hun ikke gjøre alle fornøyde. Det er naturlig å tro at pasienter som ikke har fått oppfylt sine forventninger, vil gi en mindre god evaluering, selv om legen har opptrådt faglig korrekt. I en nyere norsk studie konkluderes det imidlertid med at strukturelle forhold har stor betydning for tilfredshet, samt at tilfredshet kan si noe om kvaliteten på tjenestetilbudet. Metodeproblemer gjør likevel at man ikke kan betrakte positiv tilbakemelding på spørreskjema som et

kvalitetsbevis i seg selv (4). Som nevnt finnes andre måter å måle kvalitet på dette feltet, men brukerundersøkelser kan uansett være et viktig supplement.

Holdninger og oppførsel blant helsepersonell er noe som er lettere å fange opp gjennom slike undersøkelser, og er utvilsomt et område som er viktig for kvalitet. Det er også noe som bør være mulig å forbedre. Pasientenes vurdering av tilgjengelighet og ventetid bør være en viktig faktor, selv om de ikke alltid kan vite hvilke vurderinger og prioriteringer som ligger bak disse forholdene.

5. Avslutning

I vår undersøkelse fant vi generelt høy grad av tilfredshet, slik som i de fleste studier av pasienttilfredshet i allmennpraksis. Vi oppnådde en responsrate på ca 24 %, som ikke var optimal. Likevel fikk vi inn 315 av 350 opptrykte skjema, og sammensetningen av utvalget vårt hadde overraskende stor likhet med internasjonale studier.

Undersøkelsen var enkel og lite ressurskrevende, både administrativt og økonomisk. Vi mener derfor at vår metode kan forsvares som ledd i internkontroll på et legekontor, der det ikke stilles like store krav til validitet. I forskningssammenheng blir validiteten for dårlig, både på grunn av responsraten, men også fordi det kreves mer arbeid i design og pilottesting.

Det hadde vært interessant å undersøke hvilken responsrate vi kunne oppnådd hvis legene hadde delt ut spørreskjemaet personlig til alle pasienter etter konsultasjonen, og om det hadde frambrakt forskjeller i svarfordelingen.

Litteratur

1. Den Danske Almenmedicinske Kvalitets Enhed: Kvalitet i almen praksis. Hva kan måles – og hvordan? 2007 http://www.dak-e.dk/files/91/dak_e_rapporter_kvalitet_i_almen_praksis.pdf (13.03.2009)
2. Grol R, Wensing M, Mainz J et al.: Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000, 50:882-887
3. Kvamme O, Sandvik L, Hjortdahl P: Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2503-6
4. Lian O: Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tromsø: ISM skriftserie, 2003.
5. Grytten J, Skau I, Carlsen F: Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004, 124: 652-4
6. Haarr D: Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2168-70
7. Hove B, Heie H, Olesen F et al.: Prosjektafrapportering DanPEP. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis 2006 http://www.dak-e.dk/files/35/2002_2006_danpep_projektafrapportering.pdf (13.03.2009)
8. Forskrift om internkontroll i helse og sosialtjenesten. FOR 2002-12-20 nr 1731
9. Kvamme O, Sandvik L, Hjortdahl P: Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2499-502
10. Foss, C: Kjønn som variabel i pasienttilfredshet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000: 120: 3283-6
11. Hall J, Dornan M. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc. Sci. Med.* 1990; 30: 811-818
12. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13
13. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J et al. : Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 2002;14: 111-118
14. Jacobsen D: Hvordan gjennomføre undersøkelser? Kristiansand: Høyskoleforlaget AS 2002.
15. Gavin K, Turner M: Methods of surveying patient's satisfaction. *BMJ* 1997; 314:227
16. McKinley R, Manku-Scott T, Hastings A et al. : Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the united kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997; 314: 193
17. Kaim-Caudle P, Marsh G: Patient-satisfaction survey in general practice. *BMJ* 1975; 1: 262-264
18. Kvamme O, Mainz J, Helin A et al. : Oversettelse av spørreskjema. *Nord Med* 1998; 113: 363-6
19. NorPEP http://kup.no/asset/38144/1/38144_1.pdf (13.03.2009)
20. Lyngstad I: Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? *Utposten* 2008; 6: 27-31
21. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. ISBN: 90-76316-11-2. 2000

22. Haraldsen G: Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999
23. Heje H, Vedsted P, Olesen F: A cluster-randomized trial of the significance of a reminder procedure in a patient evaluation survey in general practice. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18; 232-237
24. Statistisk sentralbyrå: Tall om Tromsø kommune
<http://www.ssb.no/kommuner/region.cgi?nr=19> (13.03.2009)
25. Cohen G, Forbes J, Garraway M: Can different patient survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *BMJ* 1996; 313: 841-844
26. Hansen EC. Successful Qualitative Health Research. Berkshire: Open University Press, 2006.
27. Kasin R. Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin. KUP
www.legeforeningen.no/asset/37527/1/32527_1.pdf (13.03.2009)

Appendix

Hvilken mening har du om Nordbyen Legesenter?

Vi ønsker å ta hensyn til dine synspunkter slik at vi kan forbedre kvaliteten på legesenteret. Vi vil være meget takknemlige om du fyller ut skjemaet og legger det i postkassa på veggen ved utgangsdøra.

Undersøkelsen gjennomføres av to medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø, og resultatene vil bli brukt i deres hovedoppgave.

I dette spørreskjemaet ber vi deg å vurdere kvaliteten av den helsetjenesten du har mottatt **i løpet av de siste tolv månedene** fra Nordbyen legesenter. I tillegg ber vi deg ta stilling til noen påstander som angår driften av legesenteret.

Opplysningene du gir er fortrolige. Vi ber ikke om ditt eller legens navn, opplysningene du gir vil ikke kunne føres tilbake til deg.

Pass på at du svarer på alle spørsmålene og at du bare gir ett svar på hvert spørsmål. Dersom spørsmålet ikke passer eller gjelder for deg, kryss da av i den siste kolonnen med overskriften "Passer ikke/gjelder ikke for meg".

Eksempel: -hvis du synes det er bra, men ikke helt utmerket:

Hvordan opplever du generelt at legen..		Dårlig					Utmerket		Passer ikke/ gjelder ikke for meg
		1	2	3	4	5			
1	Behandler deg med respekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Hvordan opplever du generelt at legen...		Dårlig			Utmerket		Passer ikke/ gjelder ikke for meg
		1	2	3	4	5	
1	Behandler deg med respekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hører på deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Benytter et språk som du forstår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Svarer på dine spørsmål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Forklarer formålet med prøver og behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Lar deg ta del i beslutninger angående din videre behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva er din vurdering av legesenteret med hensyn til...		Dårlig			Utmerket		Passer ikke/ gjelder ikke for meg
		1	2	3	4	5	
7	Hvor enkelt det er å få kontakt med legesenteret på telefon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hvor enkelt det er å få kontakt med legen i legens telefontid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ventetid for å få vanlige timer (ikke øyeblikkelig hjelp)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ventetid på venterommet i forhold til avtalt tidspunkt for legetime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ventetid på venterommet før laboratoriet (blodprøver og lignende)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ventetid før betaling i luka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Hjelpsomhet blant personalet på legekantoret (utenom legene)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Å holde informasjon om deg, din journal og dine data fortrolige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor enig er du i følgende påstander?		Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig
15	Legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Det er ikke satt av tilstrekkelig tid til hver time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Legesenteret bør ha hjemmeside på internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Man bør ha mulighet til å bestille timer og resepter på internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Egenandelen kan være til hinder for at jeg søker legehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Jeg er trygg på at jeg får den hjelpen jeg trenger på legesenteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Jeg har ingen grunn til å overveie å skifte fastlege/ legesenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Jeg får time til øyeblikkelig hjelp på legesenteret når jeg trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Jeg vet ikke når legen min har telefontid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	En vanlig legetime på 20 minutter er tilstrekkelig lang (ikke øyeblikkelig hjelp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlige opplysninger

1. Er du: Mann Kvinne (sett kryss)

2. Hva er ditt fødselsår? 19_____

3. Omtrent hvor mange ganger har du vært hos din fastlege (eller vikar) de siste 12 måneder?

0 1-5 5-10 10 eller mer

4. Hvor lenge har du vært pasient ved Nordbyen legesenter?

Under 1 år 1-5 år 5-10 år Mer enn 10 år

Pasientevaluering

Til slutt: Det kan være sider ved det helsetilbudet du får hos Nordbyen Legesenter som er viktig for deg, men som det ikke er blitt spurt etter i dette spørreskjemaet. Her kan du fortelle oss om disse:

Bakgrunn for spørreskjema

Generelt

Vi har brukt oppsettet til den norske versjonen i Europep i bunnen (P. Hjortdahl og O. J. Kvamme), men samtidig brukt egne formuleringer for å skape det vi mener er et godt spørreskjema for brukerundersøkelse i primærhelsetjenesten. Vi kan således ikke sammenligne våre resultater direkte med studier som har brukt Europep. Dette er heller ikke hovedformålet med 5. års oppgaven vår. Vi ønsker å se på bruk av spørreskjema som metode, med vår spørreundersøkelse som utgangspunkt.

Hovedformuleringer

- *Hvordan opplever du generelt at legen...*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep benytter "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekontor de siste 12 måneder, når det gjelder..."
 - ↳ Vi ønsker, i samråd med Nordbyen Legesenter, å få vurdering på hele kontoret, og ikke den spesifikke legen. Dette fordi det har vært en del vikarer på senteret, og en generell formulering ville fjerne tvil om hvem pasientene evaluerer. Det kommer tydelig frem av introduksjonen at pasientene skal evaluere de siste 12 månedene.

- *Hva er din vurdering av legesenteret med hensyn til...*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep benytter "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og hans eller hennes legekontor de siste 12 måneder, når det gjelder..."
 - ↳ Vår ordlyd ligner, men har valgt ord vi mener er bedre, samtidig som vår formulering er kortere og mer oversiktelig.

- *Hvor enig er du i følgende påstander?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep har ingen introduksjon til denne delen av spørreskjemaet.

Hvordan opplever du generelt at legen...

- *Behandler deg med respekt?*
 - ↳ Er ikke tatt med i Europep.
 - ↳ Vi mener dette er et grunnleggende element for et godt forhold mellom pasient og lege.

- *Hører på deg?*
 - ↳ Denne er identisk til formuleringen i den norske versjonen av Europep, dersom man ser bort i fra endringen i den innledende setningen.

- *Benytter et språk som du forstår?*
 - ↳ Ikke med i Europep.
 - ↳ Vi mener det er viktig å avklare at pasientene forstår hva legene sier. Dette er en forutsetning for å kunne forstå sykdom, og for å kunne være med på eventuelle beslutninger.

- *Svarer på dine spørsmål?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep har benyttet "å fortelle deg hva du ønsker å vite om dine plager eller din sykdom?"
 - ↳ Vi mener vår formulering er forklarende nok.

- *Forklarer formålet med prøver og behandling?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder, når det gjelder å forklare formålet med prøver og behandling?". Spørsmålet er altså identisk, når en ser bort fra den innledende setningen.

- *Lar deg ta del i beslutninger angående din videre behandling?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep benytter "å ta deg med på avgjørelser om hva som skal gjøres av medisinske tiltak?"
 - ↳ Vi har unngått å bruke "medisinske tiltak" fordi det kan være diffust for pasientene hva som menes med dette. Man kan tenke seg at det bare har med medisinerings å gjøre.
 - ↳ Ordet behandling er nok mer snevert, men er på den annen side en mer allmenn betegnelse.

Hva er din vurdering av legesenteret med hensyn til...

- *Hvor enkelt det er å få kontakt med legesenteret på telefon?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "å komme igjennom til legekantoret på telefon?"
 - ↳ Vi mener vår formulering er likeverdig.

- *Hvor enkelt det er å få kontakt med legen i legens telefontid?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "anledning til å få snakke med legen på telefon?"
 - ↳ Vi presiserer telefontid, siden det kun er da pasientene skal få komme igjennom til legene.
 - ↳ Vi regner det selvsagt at pasientene forstår at det dreier seg om å få kontakt med legen på telefon.

- *Ventetid for å få vanlige timer (ikke øyeblikkelig hjelp)?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "å få en time som passer for deg?"
 - ↳ Vi tror det er viktigere å få avklart om ventetida er akseptabel. I Tromsø er det mange steder så lang ventetid at folk flest ikke forventer å få en time som passer perfekt.

- *Ventetid på venterommet i forhold til avtalt tidspunkt for legetime?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "ventetid på venterommet?"
 - ↳ Vi tenker at det er viktig å presisere at det er i forhold til timen. Noen er alltid ute i god tid, og må derfor belage seg på å vente.

- *Ventetid på venterommet før laboratoriet (blodprøver og lignende)?*
- *Ventetid før betaling i luka?*
 - ↳ Europep spør ikke spesifikt om disse to variablene.
 - ↳ Nordbyen Legesenter har ønske om å få tilbakemelding om ventetid til tjenester som betjenes av helsesekretærene, og om å dele opp spørsmålet for å se om helsesekretærene bør prioritere annerledes.

- *Hjelpsomhet blant personalet på legekantoret (utenom legene)?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "hjelpsomhet blant personalet på legekantoret (andre personer enn legen)?"
 - ↳ Mer eller mindre identisk, vi mener vår formulering er hakket bedre.

- *Å holde informasjon om deg, din journal og dine data fortrolige?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder, når det gjelder å holde informasjon om deg, din journal og dine data fortrolige?"
 - ↳ Europep har valgt å spørre om dette i den første delen, som både omhandler legen og legekantoret. Våre spørsmål i den første delen omhandler kun legen, og har derfor plassert spørsmålet under legesenteret som helhet, siden alle har mer eller mindre tilgang til pasientjournaler.

Hvor enig er du i følgende påstander?

- *Legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform*
 - ↳ Denne variabelen er ikke tatt med i Europep.
 - ↳ Vi har lenge vært nysgjerrige på hva pasientene mener om dette. Vår hypotese er at eldre helst vil ha frakk, mens yngre er vant til sivil og liker det best.
 - ↳ Nordbyen bruker sivile klær. De er i utgangspunktet ikke motivert til å endre arbeidsklær, uavhengig av resultatet av spørreundersøkelsen
 - ↳ Vi forventer at de fleste er uenig i påstanden.

- *Det er ikke satt av tilstrekkelig tid til hver time*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder når det gjelder å gi deg følelse av at du har nok tid når du er hos legen?"
 - ↳ Her får vi vite om pasientene er enig i tidsbruken. På Nordbyen Legesenter er det satt av 20 minutter til vanlige timer (ikke øyeblikkelig hjelp). Den siste påstanden på spørreskjemaet kontrollerer svaret på dette spørsmålet, og vi får inntrykk av om det er samsvar mellom følelse av at det er satt av tilstrekkelig tid og enighet på om 20 min er tilstrekkelig lang.

- ↳ Vi har benyttet en negativ påstand for å bruke hele skalaen i enig – uenig dersom pasientene liker det slik det er.
 - ↳ Forventer mer eller mindre uenighet i påstanden.
- *Legesenteret bør ha hjemmeside på internett*
 - *Man bør ha mulighet til å bestille timer og resepter på internett*
 - ↳ Disse variablene er ikke med i Europep.
 - ↳ Nordbyen Legesenter vurderer hjemmeside, og resultatet av spørreundersøkelsen vil gi et inntrykk av hvor mye pasientene selv ønsker dette.
 - ↳ Vi forventer enighet i påstandene.
- *Egenandelen kan være til hinder for at jeg søker legehjelp*
 - ↳ Ikke i Europep.
 - ↳ Norge har langt fra gratis helsetjeneste, selv om det meste blir dekket av trygdeordninger. Vi er nysgjerrige om egenandelen oppleves som for høy.
 - ↳ De som faktisk svarer på spørreskjemaet er de som har valgt å komme til legesenteret for behandling, og vi når således ikke de som holder seg hjemme på grunn av egenandelen.
 - ↳ Vi forventer mer eller mindre uenighet i påstanden.
- *Jeg er trygg på at jeg får den hjelpen jeg trenger på legesenteret*
 - ↳ Europep dekker dette gjennom flere spørsmål. Den norske versjonen av Europep:
 - "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder når det gjelder å lindre dine symptomer raskt?"
 - "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder, når det gjelder å yte rask hjelp i akutte situasjoner"
 - ↳ Vi valgte å kun bruke "den hjelpen" og ikke "den medisinske hjelpen", fordi en lege også har ansvar utover det rent medisinske, som for eksempel ved skriving av attester. Dessuten kan ordet medisinsk misforstås med at det kun dreier seg om medisiner/ konkret behandling.
 - ↳ Vi forventer enighet i påstanden.
- *Jeg har ingen grunn til å overveie å skifte fastlege/ legesenter*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "Jeg har ingen grunn til å vurdere å bytte til en annen allmennpraktiker"
 - ↳ Vi tror ordet fastlege benyttes mer i Nord-Norge enn allmennpraktiker.
 - ↳ Vi forventer enighet i påstanden.
- *Jeg får time til øyeblikkelig hjelp når jeg trenger det*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder, når det gjelder å yte rask hjelp i akutte situasjoner"
 - ↳ Dette er en viktig tilbakemelding til senteret.
 - ↳ Vi forventer mer eller mindre enighet i påstanden.

- *Jeg vet ikke når legen min har telefontid*
 - ↳ Ikke i Europep.
 - ↳ Forventer uenighet?
- *En vanlig legetime på 20 minutter er tilstrekkelig lang (ikke øyeblikkelig hjelp)*
 - ↳ Ikke i Europep.
 - ↳ Et kontrollspørsmål til spørsmålet om det er satt av tilstrekkelig tid til hver time.
 - ↳ Vi forventer enighet i påstanden.

Personlige opplysninger

- *Kjønn og fødselsår*
 - ↳ Samme formulering som den norske versjonen av Europep
- *Omtrent hvor mange ganger har du vært hos din fastlege (eller vikar) de siste 12 måneder?*
 - ↳ Den norske versjonen av Europep: "Hvor mange ganger har du vært på kontoret hos eller hatt sykebesøk av din vanlige allmennpraktiker de siste 12 måneder?" Pasienten skal da selv fylle ut antall. Vi har valgt å bruke 4 alternativer.
 - ↳ Europep er ute etter antall ganger hos den vanlige legen (som i Norge er det samme som fastlege). Vi synes det er mer interessant å vite hvor ofte pasienten er hos lege, ikke hvor ofte de har truffet på fastlegen sin. Vi vet at det av ulike grunner har vært perioder med vikarer det siste året på Nordbyen.
- *Hvor lenge har du vært pasient ved Nordbyen Legesenter?*
 - ↳ Ikke i Europep.
 - ↳ Også her bruker vi 4 alternativer.

Fullstendige resultater i tabellform, del 1

Spørsmål 1-14 av spørreskjema (n = 315).

	Antall (%) av svar							
	Dårlig					Utmerket	Passer ikke/ gjelder ikke for meg	Ikke svart
	1	2	3	4	5			
Hvordan opplever du generelt at legen...								
Behandler deg med respekt?	0 (0)	2 (0,6)	17 (5,4)	63 (20,0)	227 (72,1)	0 (0)	6 (1,9)	
Hører på deg?	0 (0)	5 (1,6)	22 (7)	78 (24,8)	204 (64,8)	0 (0)	6 (1,9)	
Benytter et språk som du forstår?	0 (0)	1 (0,3)	4 (1,3)	62 (19,7)	240 (76,2)	1 (0,3)	7 (2,2)	
Svarer på dine spørsmål?	0 (0)	1 (0,3)	21 (6,7)	71 (22,5)	214 (67,9)	2 (0,6)	6 (1,9)	
Forklarer formålet med prøver og behandling?	0 (0)	5 (1,6)	39 (12,4)	67 (21,3)	192 (61)	6 (1,9)	6 (1,9)	
Lar deg ta del i beslutninger angående din videre behandling?	1 (0,3)	6 (1,9)	24 (7,6)	79 (25,1)	180 (57,1)	18 (5,7)	7 (2,2)	
Hva er din vurdering av legesenteret med hensyn til...								
Hvor enkelt det er å få kontakt med legesenteret på telefon?	9 (2,9)	30 (9,5)	79 (25,1)	112 (35,6)	73 (23,2)	5 (1,6)	7 (2,2)	
Hvor enkelt det er å få kontakt med legen i legens telefontid?	22 (7,0)	44 (14)	81 (25,7)	66 (21)	33 (10,5)	58 (18,4)	11 (3,5)	
Ventetid for å få vanlige timer (ikke øyeblikkelig hjelp)?	21 (6,7)	55 (17,5)	116 (36,8)	75 (23,8)	33 (10,5)	8 (2,5)	7 (2,2)	
Ventetid på venterommet i forhold til avtalt tidspunkt for legetime?	19 (6)	55 (17,5)	109 (34,6)	93 (29,5)	30 (9,5)	2 (0,6)	7 (2,2)	
Ventetid på venterommet før laboratoriet (blodprøver og lignende)?	6 (1,9)	19 (6)	78 (24,8)	137 (43,5)	45 (14,3)	20 (6,3)	10 (3,2)	
Ventetid for betaling i luka?	4 (1,3)	4 (1,3)	48 (15,2)	141 (44,8)	102 (32,4)	9 (2,9)	7 (2,2)	
Hjelpsomhet blant personalet på legekantoret (utenom legene)?	0 (0)	2 (0,6)	17 (5,4)	80 (25,4)	201 (63,8)	8 (2,5)	7 (2,2)	
Å holde informasjon om deg, din journal og dine data fortrolige?	0 (0)	2 (0,6)	9 (2,9)	61 (19,4)	187 (59,4)	40 (12,7)	16 (5,1)	

Fullstendige resultater i tabellform, del 2

Spørsmål 15-24 i spørreskjema (n = 315).

	Antall (%) av svar					
	Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig	Ikke svart
Hvor enig er du i følgende påstander?						
Legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform	9 (2,9)	30 (9,5)	57 (18,1)	113 (35,9)	97 (30,8)	9 (2,9)
Det er ikke satt av tilstrekkelig tid til hver time	18 (5,7)	63 (20,0)	95 (30,2)	89 (28,3)	38 (12,1)	12 (3,8)
Legesenteret bør ha hjemmeside på internett	86 (27,3)	84 (26,7)	99 (31,4)	23 (7,3)	11 (3,5)	12 (3,8)
Man bør ha mulighet til å bestille timer og resepter på internett	97 (30,8)	75 (23,8)	87 (27,6)	30 (9,5)	14 (4,4)	12 (3,8)
Egenandelen kan være til hinder for at jeg søker legehjelp	13 (4,1)	21 (6,7)	37 (11,7)	110 (34,9)	122 (38,7)	12 (3,8)
Jeg er trygg på at jeg får den hjelpen jeg trenger på legesenteret	136 (43,2)	131 (41,6)	26 (8,3)	3 (1,0)	12 (3,8)	7 (2,2)
Jeg har ingen grunn til å overveie å skifte fastlege/ legesenter	187 (59,4)	79 (25,1)	25 (7,9)	5 (1,6)	11 (3,5)	8 (2,5)
Jeg får time til øyeblikkelig hjelp på legesenteret når jeg trenger det	137 (43,5)	101 (32,1)	53 (16,8)	7 (2,2)	6 (1,9)	11 (3,5)
Jeg vet ikke når legen min har telefontid	36 (11,4)	46 (14,6)	72 (22,9)	76 (24,1)	74 (23,5)	11 (3,5)
En vanlig legetime på 20 minutter er tilstrekkelig lang (ikke øyeblikkelig hjelp)	59 (18,7)	127 (40,3)	85 (27,0)	23 (7,3)	9 (2,9)	11 (3,5)

Pasientenes fritekstkommentarer

Litt pinlig å spasere fra toalettet inn til laboratoriet med en kopp urin i hånda. Kanskje også en ide å skaffe lokk i tilfelle noen snubler. Kanskje greit å ikke sende førstegangsgravide på første svangerskapskontroll til usikker legestudent.

–Kvinne -84

Hyppig skifte av fastlege. Klarer ikke holde oversikt over hvem som er min fastlege til enhver tid.

–Mann 1958

Byens beste.

–Kvinne 1966

Ble spurt om i skjemaet, men ønsker sterkt en internettside med informasjon om tilbudet ved legesenteret, samt presentasjon av de ansatte. Ville også satt pris på mulighet for timebestilling online. Har ellers inntrykk av at det er mange dyktige leger tilknyttet senteret. Er alltid blitt tatt på alvor og videresendt til spesialist ved behov.

–Kvinne 1975

Føler at både det fysiske og psykiske blir veldig godt ivaretatt. Blir sett på som et helt menneske, ikke bare etter diagnose.

–Kvinne 1955

Det virker som om legesekretærene har god innsikt i sitt arbeid. De er blide og imøtekommende til enhver tid, håper de blir tatt godt vare på.

–Mann 1944

Ved flere tilfeller er det sagt at jeg blir videresendt til ytterligere undersøkelser, men det er aldri blitt noe av. Det har handlet om fjerning av mandlende, MR røntgen... Dette har vært veldig skuffende!

–Kvinne 1983

1. Liker svært dårlig å bli henvist til en eller annen student når jeg ønsker å komme i kontakt med min fastlege. Ha er da vitsen med fastlege? 2. Hyggelig kontor/ lab personell.

–Mann 1950

Vil bare si at de som arbeider på kontoret gjør en kjempejobb, og fortjener mye ros!! For en bra service!! Både i telefonen og når jeg er her.

–Kvinne 1984

Min fastlege, ..., er fantastisk flott! Men vanskelig å nå...

–Kvinne 1962

Hos min forrige lege kunne jeg sende SMS for å bestille tlf-time, eller vanlig legetime. Ved å skrive om det hastet eller ikke, fikk jeg nærmeste ledige time. Dette synes jeg er smart. Da slipper pasienten å være påpasselig med når legesenteret åpner (for å ringe), og en slipper unna tlf-kø.

–Kvinne 1985

Fantastisk imøtekommenhet, hjelpsomhet, vennlighet og forståelse fra kontorphersonell til leger. Er helt trygg på at jeg får den hjelpen jeg trenger. Vet at andre legekantor bruker e-post i kommunikasjon mellom pasient-lege. Dette hadde vært et fint tilbud å hatt.

–Kvinne 1967

Kunne vært kølappsystem. Da tenker jeg på å få ø-hjelp time.

–Kvinne 1959

Det "nye" telefonsystemet har ikke fungert godt nok. Spesielt ved bestilling av ø-hjelp og for å få kontakt med lege i tlf.treffetiden.

–Mann 1955

Har kun vært hos min fastlege 1 gang siste 8 år.

–Mann 1967

Lege bør ikke bruke snus under samtale med pasient. Ellers vil jeg meddele at damene på kontoret alltid er meget vennlige og veldig serviceinnstilte. Fantastisk!

–Kvinne 1970

Selv om ikke "min" fastlege er tilstede, føler jeg meg ivaretatt av medarbeiderne og de andre legene ved senteret.

–Kvinne 1959

Personlig synes jeg at dere på legesenteret er veldig hyggelige, både i telefonen og når jeg kommer hit. Så dere får ros fra meg.

–Kvinne 1934

Laben åpnet sent om morgenen, det hadde vært en fordel om den kunne åpnet tidligere (ved fastende prøver). Jeg aksepterer ventetid og forsinkelser hos legen fordi jeg vet at når jeg selv trenger det, vil legen bruke den tiden som er nødvendig for å hjelpe meg med mitt problem/ helsespørsmål.

–Kvinne 1961

Damene på kontoret er veldig forståelsesfulle og hjelpsomme. Jeg har sprøyteskrekk og de er het utrolige. Har hatt samme lege siden jeg var 18-19 år og det er helt topp, for hun kjenner meg nå. Føler med 110% ivaretatt her.

–Kvinne 1965

Tilgjengelighet, parkering, fantastisk personale.

–Mann 1952

Veldig hyggelige damer i resepsjonen, i tillegg til en fantastisk fastlege som er oppriktig interessert i helsa mi/ til ungene mine.

–Kvinne 1970

Jeg er en smule usikker op hvordan taushetsplikten holdes. Har opplevd å få tatt blodprøve på laboratoriet. Da jeg skulle få svaret mitt, kunne jeg se navn og analysesvar på flere andre pasienten på skjermen. Dette er for svakt. Jeg synes at man skulle sende mail til fastlegen sin og kunne få svar på ting man lurar på/ resepter etc. Det hadde vært mye enklere.

–Kvinne 1985

Det er svært viktig for meg å bli møtt i telefonen på en ”blid” måte når man ringer og skal f.eks. ha en ø-hjelpstime/ blodprøve/ urinprøve etc. Så her tror jeg at legesekretærer ved Nordbyen er unike! Bestandig er de blide og hjelpsomme.

–Kvinne 1959

Fantastisk personale og leger.

–Kvinne 1961

Et nettsted med nødvendig info kunne gitt med mulighet til å vite hvem som vikarierer i min fastleges sted, ved permisjoner o.l. Til tider litt frustrerende, stadig å møte nye leger. Ellers har legekantoret opp igjennom årene hatt en helt utrolig stab med legesekretærer! Imøtekommende og behjelpelig.

–Kvinne 1962

Jeg har ikke vært hos legen det siste året, men får fornyet resepter ved å ringe. Det hadde vært fint å få gjort på internett. Grunnen er at det ofte er vanskelig å komme igjennom på telefonen. Når jeg har pause på jobb, har også kontorpersonellet pause. Hvis legen av en eller annen grunn ikke vil fornye resepten, kan hun varsle om det på e-post.

–Kvinne 1952

Det burde absolutt ha vært kølapp system her på legekantoret. Det er en ekstra belastning for syke pasienter å passe på når en har tur. I tillegg opplever man nesten hver gang frekke mennesker som lurar seg inn i køa.

–Mann 1961

De har et fantastisk flott kontorpersoneell.

–Kvinne 1969

Har som pasient fått en helt fantastisk oppfølging, utrolig bra servicenivå.

–Mann 1980

Telefonsystemet har ikke alltid fungert. Savner navneskilt på helsepersonale og at de presenterer ved navn i telefonen. Det er fint å vite HVEM man snakker med.

–Kvinne 1944

Jeg synes legesenteret er helt utmerket. Alle som jobber her er både snill og omtenssom!

–Kvinne 1934

Er tatt alvorlig og alle er hyggelige.

–Kvinne

Er godt fornøyd med kontoret. Hyggelige, hjelpsomme og blide folk.

–Mann 1943

Beregning av responsrate

		<i>Innsamlende skjema</i>	<i>Leger på jobb (i hele arbeidsdager)</i>	<i>Pasienter hos lege*</i>	<i>Jordmor</i>	<i>Pasienter i luka utenom timer**</i>	<i>Pasienter innom senteret til sammen</i>
Man	28.04	17	3	49,5	11	20	80,5
Tir	29.04	18	5	82,5	0	20	102,5
Ons	30.04	23	4	66	0	15	81
Tor	01.05	0	Fridag	0	0	0	0
Fre	02.05	20	2	33	0	15	48
Man	05.05	22	5	82,5	0	20	102,5
Tir	06.05	35	5	82,5	6	20	108,5
Ons	07.05	32	3	49,5	0	15	64,5
Tor	08.05	10	4	66	0	15	81
Fre	09.05	23	3	49,5	0	15	64,5
Man	12.05	0	Fridag	0	0	0	0
Tir	13.05	14	5	82,5	5	20	107,5
Ons	14.05	20	3	49,5	0	15	64,5
Tor	15.05	20	3	49,5	0	15	64,5
Fre	16.05	13	4	66	0	15	81
Man	19.05	17	4	66	0	20	86
Tir	20.05	19	4	66	8	20	94
Ons	21.05	12	3	49,5	0	15	64,5
Sum		315		990	30	275	1295

Omtrentlig responsrate (%) 24,3

*Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per lege per dag er 16,5 stk.
Funnet ved å undersøke maler for timeoppsett for de ulike legene over ca. 2 uker.

** Omtrentlig antall pasienter som kommer innom legesenteret utenom timer hos lege eller jordmor ved intervju av erfaren helsesekretær Sissel Sørbøe. Hun mener det er større trykk av henvendelser over helga, og kommer frem til ca. 20 stk. på mandager og tisdager, og ca. 15 stk. på onsdager, torsdager og fredager.

Statistiske analyser: gjennomsnitt i ulike grupper

Sammenligning 30 og yngre mot 65 og eldre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Samlet tilfredshet
30-	4,6	4,5	4,8	4,5	4,2	4,3	3,5	3,1	3,0	3,1	3,5	4,0	4,5	4,6	56,2
65+	4,7	4,7	4,7	4,7	4,5	4,5	3,9	3,5	3,7	3,5	4,1	4,3	4,7	4,7	60,2
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
30-	3,7	3,3	1,9	2,0	3,6	1,9	1,9	1,9	3,1	2,2					
65+	3,5	3,1	2,7	2,6	3,9	1,7	1,5	1,8	3,2	2,1					

Statistiske analyser: gjennomsnitt i ulike grupper

Sammenligning menn og kvinner

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Samlet tilfredshet
Menn	4,8	4,6	4,8	4,7	4,6	4,5	3,7	3,1	3,3	3,3	3,9	4,1	4,5	4,6	58,5
Kvinner	4,6	4,5	4,7	4,6	4,4	4,5	3,7	3,2	3,1	3,1	3,6	4,1	4,6	4,7	57,4
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
Menn	3,7	3,4	2,3	2,2	3,9	1,7	1,6	1,7	2,9	2,1					
Kvinner	3,9	3,1	2,3	2,4	4,0	1,8	1,6	1,9	3,6	2,4					

Statistiske analyser: gjennomsnitt i ulike grupper

Sammenligning alder og kjønn

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Samlet tilfredshet
45- menn	4,8	4,7	4,8	4,7	4,6	4,5	3,6	2,9	3,0	3,3	3,7	4,1	4,4	4,6	57,7
45-kvinner	4,6	4,6	4,8	4,6	4,4	4,5	3,6	3,2	3,1	3,1	3,4	4,0	4,6	4,7	57,2
46+ menn	4,7	4,6	4,8	4,8	4,6	4,6	3,7	3,2	3,4	3,3	4,0	4,1	4,6	4,6	59,0
46+ kvinner	4,6	4,5	4,7	4,6	4,4	4,5	3,8	3,2	3,1	3,2	3,7	4,2	4,6	4,6	57,7
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
45- menn	3,7	3,5	2,0	1,7	3,9	1,7	1,6	1,8	3,0	2,0					
45-kvinner	4,0	3,1	2,2	2,3	4,0	1,8	1,6	1,8	3,7	2,5					
46+ menn	3,7	3,3	2,5	2,5	4,0	1,6	1,5	1,7	2,9	2,3					
46+ kvinner	3,8	3,1	2,4	2,4	4,1	1,8	1,6	2,0	3,5	2,3					

Statistiske analyser: gjennomsnitt i ulike grupper

Sammenligning antall ganger hos lege/ år

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Samlet tilfredshet
5 og mindre	4,7	4,6	4,7	4,6	4,5	4,5	3,7	3,2	3,1	3,2	3,7	4,2	4,6	4,7	58,0
5 og mer	4,7	4,6	4,8	4,7	4,4	4,5	3,7	3,1	3,2	3,2	3,6	4,0	4,6	4,7	57,8
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
5 og mindre	3,6	3,3	2,2	2,2	4,0	1,8	1,6	1,8	3,1	2,2					
5 og mer	4,3	3,1	2,6	2,5	4,1	1,7	1,5	1,8	3,8	2,5					

Statistiske analyser: gjennomsnitt i ulike grupper

Sammenligning antall år pasient ved Nordbyen Legesenter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Samlet tilfredshet
1-5 år	4,5	4,4	4,8	4,3	4,2	4,1	3,4	3,0	3,0	3,1	3,5	4,0	4,4	4,5	55,2
10 år +	4,7	4,6	4,7	4,7	4,5	4,6	3,7	3,2	3,1	3,2	3,8	4,1	4,7	4,7	58,3
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
1-5 år	3,5	3,1	2,2	2,3	3,8	1,8	1,9	2,1	3,3	2,4					
10 år +	4,0	3,2	2,3	2,3	4,0	1,7	1,5	1,8	3,4	2,3					

Statistiske analyser: kji-kvadrattest ventetid legetime

Spørsmål 9. Ventetid for å få vanlige timer (ikke øyeblikkelig hjelp)

	1	2	3	4	5	Ikke svart/ passer ikke	Kontrollsum
30 og yngre (n=48)	3	10	17	11	3	4	48
65 og eldre (n=40)	2	4	7	15	9	3	40
							88

FAKTISKE TALL

	Negativ	Positiv	Sum
30 og yngre (n=27)	13	14	27
65 og eldre (n=30)	6	24	30
Sum	19	38	57

FORVENTEDE TALL

	Negativ	Positiv	Kontrollsum
30 og yngre (n=27)	9,0	18,0	27,0
65 og eldre (n=30)	10,0	20,0	30,0
Sum	19,0	38,0	57,0

P-verdi vha kji-kvadrat test

0,024390245

Statistiske analyser: kji-kvadrattest hvit frakk

Spørsmål 15. Påstand: "Legene bør bruke hvit frakk/ arbeidsuniform"

Sammenligning av grupper avh av hvor ofte de er hos lege i løpet av ett år

	Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig	Ikke svart	Kontrollsum
5 og oftere (n=102)	1	2	14	34	49	2	102
5 og færre (n=206)	8	28	42	78	48	2	206
							308

FAKTISKE TALL

	Samlet enig	Samlet uenig	Sum
5 og oftere (n=86)	3	83	86
5 og færre (n=162)	36	126	162
Sum	39	209	248

FORVENTEDE TALL

	Samlet enig	Samlet uenig	Kontrollsum
5 og oftere (n=86)	13,5	72,5	86,0
5 og færre (n=162)	25,5	136,5	162,0
Sum	39,0	209,0	248,0

P-verdi vha kji-kvadrat test 0,000114768

Statistiske analyser: kji-kvadrattest internett og alder

Spørsmål 17 (hjemmeside)

	Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig	Ikke svart	Kontrollsum
30 og yngre (n=48)	20	18	5	4	1	0	48
65 og eldre (n=40)	5	9	14	7	1	4	40

Spørsmål 18 (time og resepter på internett)

	Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig	Ikke svart	Kontrollsum
30 og yngre (n=48)	24	9	8	4	3	0	48
65 og eldre (n=40)	6	10	13	5	1	5	40

FAKTISKE TALL

Spørsmål 17 (hjemmeside)

	Samlet enig	Samlet uenig	Sum
30 og yngre (n=43)	38	5	43
65 og eldre (n=22)	14	8	22
Sum	52	13	65

Spørsmål 18 (time og resepter på internett)

	Samlet enig	Samlet uenig	Kontrollsum
30 og yngre (n=40)	33	7	40
65 og eldre (n=22)	16	6	22
Sum	49	13	62

FORVENTEDE TALL

Spørsmål 17 (hjemmeside)

	Samlet enig	Samlet uenig	Kontrollsum
30 og yngre	34,4	8,6	43,0
65 og eldre	17,6	4,4	22,0
Sum	52	13	65

Spørsmål 18 (time og resepter på internett)

	Samlet enig	Samlet uenig	Kontrollsum
30 og yngre	31,6	8,4	40,0
65 og eldre	17,4	4,6	22,0
Sum	49	13	62

Spm 17: P-verdi vha kji-kvadrat test **0,01831737**

Spm 18: P-verdi vha kji-kvadrat test **0,36575829**

Statistiske analyser: kji-kvadrattest egenandel

Spørsmål 19. Påstand: "Egenandelen kan være til hinder for at jeg søker legehjelp"
Sammenligning 30 og yngre mot 65 og eldre

	Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig	Ikke svart	Kontrollsum
30- (n=48)	4	8	7	13	16	0	48
65+ (n=40)	3	1	7	13	13	3	40
							88

FAKTISKE TALL

	Samlet enig	Samlet uenig	Sum
30- (n=41)	12	29	41
65+ (n=30)	4	26	30
Sum	16	55	71

FORVENTEDE TALL

	Samlet enig	Samlet uenig	Kontrollsum
30- (n=41)	9,2	31,8	41,0
65+ (n=30)	6,8	23,2	30,0
Sum	16,0	55,0	71,0

P-verdi vha kji-kvadrat test

0,112417995

Statistiske analyser: kji-kvadrattest telefontid

Spørsmål 23. Påstand "Jeg vet ikke når legen min har telefontid"

	Helt enig	Enig	Usikker	Uenig	Helt uenig	Ikke svart	Kontrollsum
Menn 46 og eldre (n=63)	7	15	22	8	8	3	63
Kvinner 45 og yngre (n=105)	9	11	19	31	35	0	105

FAKTISKE TALL

	Samlet enig	Samlet uenig	Sum
Menn 46 og eldre (n=38)	22	16	38
Kvinner 45 og yngre (n=86)	20	66	86
Sum	42	82	124

FORVENTEDE TALL

	Samlet enig	Samlet uenig	Kontrollsum
Menn 46 og eldre (n=38)	12,9	25,1	38,0
Kvinner 45 og yngre (n=86)	29,1	56,9	86,0
Sum	42,0	82,0	124,0

P-verdi vha kji-kvadrat test **0,000171704**

FAKTISKE TALL

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Kontrollsum
Menn 46+	7	15	8	8	38
Kvinner 45-	9	11	31	35	86
	16	26	39	43	124

FORVENTEDE TALL

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Kontrollsum
Menn 46+	4,9	8,0	12,0	13,2	38,0
Kvinner 45-	11,1	18,0	27,0	29,8	86,0
	16,0	26,0	39,0	43,0	124,0

P-verdi vha kji-kvadrat test

0,00176708

Statistiske analyser: Pearson korrelasjon del 1

Pearson korrelasjon spørsmål 1-14

	4+5 (%)	5 (%)	1+2 (%)	Gjennomsnittsverdi
1	93,9	73,3	0,6	4,7
2	91,3	66,0	1,6	4,6
3	98,4	78,2	0,3	4,8
4	92,8	69,7	0,3	4,6
5	85,5	63,4	1,7	4,5
6	89,3	62,1	2,4	4,5
7	61,1	24,1	12,9	3,7
8	40,2	13,4	26,8	3,2
9	36,0	11,0	25,3	3,1
10	40,2	9,8	24,2	3,2
11	63,9	15,8	8,8	3,7
12	81,3	34,1	2,7	4,1
13	93,7	67,0	0,7	4,6
14	95,8	72,2	0,8	4,7

Pearson korrelasjon 4+5 (%) og 5 (%)
0,947852497

Pearson korrelasjon 4+5 (%) og 1+2 (%)
-0,980317066

Pearson korrelasjon 4+5 (%) og gjennomsnittsverdi
0,992968033

Statistiske analyser: Pearson korrelasjon del 2

Pearson korrelasjon spørsmål 15-24

	Samlet enig (%)	Samlet uenig (%)	Helt enig (%)	Helt uenig (%)	Gjennomsnittsverdi
15	12,7	68,6	2,9	31,7	3,8
16	26,7	41,9	5,9	12,5	3,2
17	56,1	11,2	28,4	3,6	2,3
18	56,8	14,5	32,0	4,6	2,3
19	11,2	76,6	4,3	40,3	4,0
20	86,7	4,9	44,2	3,9	1,8
21	86,6	5,2	60,9	3,6	1,6
22	78,3	4,3	45,1	2,0	1,8
23	27,0	49,3	11,8	24,3	3,3
24	61,4	10,6	19,5	3,0	2,3

Samlet enig (helt enig + enig):

Pearsons korrelasjon samlet enig (%) og helt enig (%)
0,944690883

Pearson korrelasjon samlet enig (%) og samlet uenig (%)
-0,947904994

Pearson korrelasjon samlet enig (%) og gjennomsnittsverdi
-0,987327021

Samlet uenig (helt uenig + uenig):

Pearson korrelasjon samlet uenig (%) og helt uenig (%)
0,976802052

Pearson korrelasjon samlet uenig (%) og samlet enig (%)
-0,947904994

Pearson korrelasjon samlet uenig (%) og gjennomsnittsverdi
0,980870931

Statistiske analyser: Pearson korrelasjon kontrollspørsmål

Person korrelasjon kontrollspørsmål (spm 16 og 24)

	Samlet enig	Samlet uenig	Helt enig	Helt uenig
	(%)	(%)	(%)	(%)
16	26,7	41,9	5,9	12,5
24	61,4	10,6	19,5	3,0

Pearsons korrelasjon:

0,1444612