

Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger

Rapport om brukeropplevd kvalitet



Tittel	Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger
English title	Development of a method for measuring patients' experiences with general practitioners
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
Forfattere	Olaf Holmboe, <i>forsker (prosjektleder)</i> Kirsten Danielsen, forsker Hilde Hestad Iversen, seniorforsker
ISBN	978-82-8121-936-6
ISSN	1890-1565
Rapport	PasOpp-rapport nr. 1 -2015
Prosjektnummer	594
Rapporttype	PasOpp-rapport
Antall sider	40 (64 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Allmennt medisinsk forskningsenhet, Uni Research i Bergen
Emneord (Mesh)	Data Collection/methods; General Practitioners; Health Care Surveys/methods; Norway; Patient Satisfaction; Physicians, Primary Care
Sitering	Holmboe O, Danielsen K, Iversen HH. Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger. PasOpp-rapport nr. 1 -2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, mars 2015

Oppsummering

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utviklet en metode for å måle pasientenes erfaringer med fastleger og fastlegekontorer. Arbeidet var en bestilling fra Allmennt medisinsk forskningsenhet ved Uni Research i Bergen.

Hovedmålet med prosjektet var å utvikle en standardisert metode for å måle pasientenes erfaringer med fastleger i Norge. Målsettingen ble operasjonalisert i tre delmål: 1) utvikle et standardisert generisk spørreskjema til nasjonale og lokale undersøkelser, og vurdere om det er mulig å etablere en kortversjon som kan benyttes i løpende monitorering av brukererfaringer, 2) teste et datainnsamlingsopplegg som kan benyttes i nasjonale undersøkelser, og gi anbefalinger til gjennomføring av lokale undersøkelser, og 3) utvikle og teste et enkelt opplegg for registrering og analyse av data om brukererfaringer til bruk i lokale undersøkelser.

Prosjektet har fulgt Kunnskapssenterets standardprosedyrer for utvikling av spørreskjemaer. Vi bygde på en nylig gjennomført litteraturgjennomgang som sammen med supplerende litteratur ga god oversikt over hvilke temaer som er viktige i en slik undersøkelse. Det ble i tillegg etablert en referansegruppe som ga viktige innspill i ulike faser av utviklingsprosjektet. Utkast til spørreskjema ble testet på en gruppe pasienter før pilotundersøkelsen. Spørreskjemaet inneholdt temaer som tilgjengelighet, vurderinger av fastlegens faglighet og relasjonelle kompetanse, vurderinger av øvrig personell, samhandling, mestring og ulike generelle vurderinger og bakgrunnsspørsmål.

Vi gjennomførte en postal pilotundersøkelse med uttrekk av 150 pasienter fra hver av fem tilfeldig valgte fastleger. Pasientene kunne velge mellom postal eller elektronisk besvarelse. Vi mottok totalt 381 svar, noe som utgjorde en svarprosent på 52.

Resultatene fra pilotundersøkelsen ga grunnlag for endringer i spørreskjemaet før gjennomføring av en større undersøkelse med et landsrepresentativt utvalg av fastleger. Her deltok til sammen 4857 pasienter fordelt på 500 fastleger ved 239 legekontorer. Vi mottok 2377 svar, som gir en svarprosent på 49.

Resultatene ble analysert, måleinstrumentets reliabilitet og validitet testet og datainnsamlingsopplegget vurdert. Denne undersøkelsen ga ikke grunnlag for ytterligere endringer. Kunnskapssenteret anbefaler en versjon av skjemaet uten bakgrunnsopplysninger til lokalt bruk. Vi har utviklet et registreringsverktøy som enkelt kan benyttes sammen med spørreskjemaet for å få fram resultater fra undersøkelsen.

Vi gir også råd i forbindelse med standardisering av datainnsamlingen i lokale undersøkelser.

English summary

The Norwegian knowledge centre (NOKC) for the health services has developed a method for measuring patients' experiences with General practitioners and their practices. This work was requested by the Research Unit for General Practice, Uni Research in Bergen.

The main goal of this project was to develop a standardised method for measuring patients' experiences with GPs in Norway. The operationalization of this goal was in three parts: 1) Develop a standardized generic questionnaire for national and local surveys, and consider the possibility of a short version that can be used in continuous assessment of patients' experiences. 2) Test a method for data collection that can be used in national surveys, and give recommendations to local surveys. 3) Develop and test a simple tool for registration and analyses of data for use in local surveys.

The project has followed NOKC's standard procedures for developing questionnaires. A recent literature review and supplementary literature gave a good overview of themes that are important in a survey like this. We also established an expert group that gave valuable input to the process at different stages of the project. A draft of the questionnaire was tested on a number of patients before a pilot survey. The questionnaire contained themes like accessibility, assessment of the GP's medical and relational skills, assessment of auxiliary staff, cooperation and coordination of treatment, patient's coping with their illness, general assessments and background information about the patient.

We conducted a postal pilot survey in which we randomly drew 150 patients from each of five randomly selected GPs' patient lists. The patients could choose to respond to the survey by returning the paper version of the questionnaire or give an online electronic response. We received 381 responses (52 percent).

The results of the pilot study were used to revise the questionnaire. A revised version was used in a larger scale survey including a nationally representative sample of GPs. This survey included 4857 patients connected to 500 GPs at 239 practices. We received 2377 responses, a response rate of 49 percent.

The results were analysed, the instrument's reliability and validity were tested and the method for collecting data was assessed. This survey did not support further revisions. NOKC recommends a version of the questionnaire without background information for local use. We have developed a tool for registration and analyses of data that can easily be used together with the questionnaire in local settings. We also give advices for data collection in local surveys.

Innhold

OPPSUMMERING 3

ENGLISH SUMMARY 5

INNHold 7

1. INNLEDNING 9

Bakgrunn 9

Hovedaktiviteter i prosjektet 10

Organisering av prosjektet 10

Oppbygging av rapporten 11

2. LITTERATURGJENNOMGANG 12

Temaer fra studier og spørreskjemaer 12

Konklusjon 13

3. REFERANSEGRUPPE 15

Generelt 15

 Innspill til spørreskjemaet 15

 Bakgrunns- og justeringsvariabler 16

 Populasjon 17

 Verktøy til gjennomføring av lokale undersøkelser 17

4. SPØRRESKJEMAET TIL PILOTUNDERSØKELSEN 18

Strukturen i spørreskjemaet 18

 Tilgjengelighet og ventetid 18

 Internett 18

 Vurdering av fastlegen 18

 Informasjon om helseproblemer og behandling 18

 Organisering og annet personell 18

 Varige helseproblemer og samarbeid 19

 Andre spørsmål 19

 Bakgrunnsopplysninger om den som har fylt ut skjemaet 19

Svarskala 19

Testing av spørreskjemaet: intervjuer med pasienter 19

 Struktur og gjennomføring 20

 Resultater runde 1 20

Testing av spørreskjema runde 2	21
5. PILOTUNDERSØKELSE	23
Utvalgsmodell for pilotundersøkelsen	23
Bakgrunnsvariabler	24
Gjennomføring	24
Utvalget	25
Spørreskjema: Resultater fra pilotundersøkelsen	25
Faktoranalyser	25
Resultater for de enkelte legene	28
Fritekstkommentarer	28
Endringer i spørreskjemaet før storskalaundersøkelsen	31
6. STORSKALAUNDERSØKELSE	33
Utvalgsmodell	33
Resultater	33
Indikatorer	33
Fritekstkommentarer	36
Telefonundersøkelse	37
Gjennomføring	38
Endringer med bakgrunn i storskalaundersøkelsen	38
Verktøy til lokale undersøkelser	39
7. ANBEFALINGER TIL LOKALE UNDERSØKELSER	40
Spørreskjema	40
VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA TIL LOKALT BRUK	42
VEDLEGG 2: SJEKKLISTE: PLANLEGGING AV LOKALE Kvantitative Brukerundersøkelser	45
VEDLEGG 3: REFERANSEGRUPPE	53
VEDLEGG 4: RESULTATER FRA STORSKALAUNDERSØKELSEN	54
Indikatorer	54
Enkeltspørsmål	54
VEDLEGG 5: SPØRRESKJEMA BENYTTET I STORSKALAUNDERSØKELSEN	57
REFERANSER	62

1. Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har utviklet en metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger. Arbeidet var en bestilling fra Allmenntmedisinsk forskningsenhet ved Uni Research i Bergen. Målsettingen ble operasjonalisert i tre delmål: 1) utvikle et standardisert generisk spørreskjema til nasjonale og lokale undersøkelser, og vurdere om det er mulig å etablere en kortversjon som kan benyttes i løpende monitorering av brukererfaringer, 2) teste et datainnsamlingsopplegg som kan benyttes i nasjonale undersøkelser, og gi anbefalinger til gjennomføring av lokale undersøkelser, og 3) utvikle og teste et enkelt opplegg for registrering og analyse av data om brukererfaringer til bruk i lokale undersøkelser. Denne rapporten beskriver utviklingsprosjektet.

BAKGRUNN

Fastlegeordningen ble innført i Norge 1. juni 2001. Det overordnede formålet var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å bedre kontinuiteten og tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten. Fastlegen skal også ha ansvar for koordinering av pasienters behov for helsetjenester (1).

Kommunene har ansvar for å sørge for at det er tilstrekkelig antall leger til at pasientene får dekket sine behov for allmennlegetjenester. Et uttrekk fra oversikten over fastleger på Helfos hjemmesider (2), viste at det i august 2010 var registrert 4186 fastlegehjempler (inklusive ledige legestillinger) fordelt på 1538 legekontorer. Størrelsen på legekantorene varierte fra 1 til 13 leger, men 94 prosent hadde fem eller færre leger. Per 31. mars 2009 var 99,6 prosent av befolkningen med i fastlegeordningen (3). Ved utgangen av 2013 hadde antallet fastleger økt til 4387, og andelen av befolkningen som var med i ordningen var uendret (4).

En evaluering av fastlegereformen kort tid etter at den ble innført konkluderte med at legene hadde hatt en svak økning i antall konsultasjoner, men at en eventuell økt tilgjengelighet etter reformen først og fremst skyldtes økningen i legeårsverk (5). Sett fra et pasientperspektiv kan muligens økt tilgjengelighet ved at legene har flere konsultasjoner gjøre at den enkelte pasient får kortere tid hos legen, og dermed en mindre grundig behandling.

Etter det vi kjenner til, finnes ingen samlet oversikt over gjennomførte undersøkelser av pasienters erfaringer med allmennleger i Norge. I en litteraturgjennomgang fant Kunnskapssenteret to relevante spørreskjemaer som var validert i Norge (6). Vi kjenner til et fåtall publikasjoner som omhandler pasienters erfaringer med norske allmennpraktikere (7-10). Komparative undersøkelser i regi av Commonwealth Fund viser at få norske leger, og færre enn i andre land, har rutiner for å samle inn pasienters erfaringer med tjenestene (11, 12).

Pasienters erfaringer med tjenestene de mottar er en del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for helsetjenesten (13). Allmenntmedisinsk utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet (KUP) har overfor Kunnskapssenteret uttrykt et ønske om at alle fastlegekontorer tar i bruk brukerundersøkelser som en del av utviklingsarbeidet i praksisene (14). Et gjennomarbeidet og valid spørreskjema som kan benyttes gratis vil være et nyttig redskap i en slik prosess.

HOVEDAKTIVITETER I PROSJEKTET

Kunnskapssenterets standardprosedyre for utvikling av spørreskjemaer innebærer følgende aktiviteter (15-26):

1. Litteraturgjennomgang
2. Etablering av og arbeid i referansegruppe
3. Kvalitative intervjuer med pasienter
4. Utvikling av et spørreskjema til bruk i pilotundersøkelse
5. Testing av spørreskjemaet ved intervjuer
6. Pilotundersøkelse
7. Analyser av resultater, testing av spørreskjemaets reliabilitet og validitet og vurdering av innsamlingsopplegg
8. Ferdigstilling av spørreskjemaet

Kunnskapssenteret hadde nylig gjennomført en litteraturgjennomgang om instrumenter brukt for å måle pasienters erfaringer med allmennleger (6). I forbindelse med denne gjennomgangen innhentet vi spørreskjemaer og bakgrunns litteratur fra flere av de aktuelle studiene, noe som ga grunnlag for å vurdere hvilke temaer det synes viktig å ha med i et spørreskjema. Vi valgte derfor å utelate punkt 3 i oversikten over.

ORGANISERING AV PROSJEKTET

Kjerneteamet i prosjektet har bestått av Olaf Holmboe (prosjektleder), Kirsten Danielsen, Hilde Hestad Iversen og Øyvind Andresen Bjertnæs. Tomislav Dimoski, Marit Skarpaas, Inger Opedal Paulsrud, Linda Selje Sunde og Eline Vik Skogen har bidratt administrativt. Spørreskjema og innsamlingsopplegg ble utviklet i samarbeid

med en referansegruppe. Forskningsprosjektet ble vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Kapittel to i denne rapporten gir en kort gjennomgang av relevant litteratur. Kapittel tre omhandler arbeidet i referansegruppen for utviklingsprosjektet. Kapittel fire beskriver førsteutkastet til spørreskjemaet og testing av dette utkastet før vi gjorde en pilotundersøkelse. Kapittel fem omhandler pilotundersøkelsen og hvilke konsekvenser resultatene herfra fikk for justering av spørreskjemaet. Kapittel seks beskriver en testing av skjemaet i en større undersøkelse med et landsrepresentativt utvalg. Kapittel sju inneholder råd om gjennomføring av lokale undersøkelser.

2. Litteraturgjennomgang

Kunnskapssenteret gjennomførte i 2008 en litteraturgjennomgang med sikte på å kartlegge relevante og validerte måleinstrumenter som måler pasienters og/eller pårørendes erfaringer med allmennleger (6). Denne gjennomgangen identifiserte ni relevante måleinstrumenter, hvorav to, The patient experience questionnaire (PEQ) og EUROPEP, var validert og brukt i Norge og derfor av særskilt interesse.

Litteraturgjennomgangen viste at de fleste instrumenter hadde et forbedringspotensial, men at det var et godt grunnlag for å utvikle eller videreutvikle en metode for å måle pasienters erfaringer med allmennleger i Norge. Det ene av instrumentene som var validert i Norge, EUROPEP, var et naturlig startpunkt fordi det er oversatt og validert i en rekke land.

Med utgangspunkt i denne rapporten, og andre oversikter over relevante instrumenter (27, 28), søk på nett og referanselister, hentet vi inn spørreskjemaer og bakgrunns litteratur for disse instrumentene for vurdering av spørsmål, temaer og design.

TEMAER FRA STUDIER OG SPØRRESKJEMAER

Litteraturgjennomgangen viste at visse temaer er sentrale når man skal undersøke pasienters erfaringer med fastleger. Lester et al (29) påpeker at kvaliteten på tjenestene på individnivå er avhengig av *tilgjengelighet, effektiv klinisk behandling, mellommenneskelige relasjoner og organisering av tjenestene*. Ottoson et al (30) skriver at det som betyr mest for pasientenes tilfredshet er at *legen viser personlig interesse*, det vil si at han/hun behandler pasienten som en unik person og bryr seg om dennes totale situasjon. *Legens empati og involvering av pasienten* spiller også inn. Disse elementene har også betydning for behandlingsforløp og resultat, sammen med *informasjon om undersøkelser og behandlinger*. Ottoson et al trakk også fram at begreper om legens faglige dyktighet ikke er klart definert, og at det kan være vanskelig for pasientene å uttale seg om dette.

Vi gjennomgikk i alt åtte spørreskjemaer med ulik lengde, og formål. Disse var: The patient experience questionnaire (PEQ) (10), engelsk, norsk og dansk versjon av

Europep (31), The GP patient survey (Storbritannia) (32), CAHPS Adult Primary Care Questionnaire (33)¹, Helseundersøkelse i Norge (9), GPAQ (34), og spørreskjema brukt i nasjonal pasienterfaringsundersøkelse i Sverige (35). I tillegg hadde vi gjennom deltakelse i OECDs responsiveness-prosjekt tilgang til et spørreskjema for pasienterfaringer med poliklinisk behandling. *Tilgjengelighet* fremheves i alle disse spørreskjemaene. Det dreier seg både om tilgjengelighet på telefon, ventetid på time, ventetid på venterom, om man kan få timer på passende tidspunkt, og tilgjengelighet utenom kontortid. *Informasjon* var det nest mest brukte temaet. Dette inkluderer informasjon om sykdom og undersøkelser, og om legen prater forståelig. Videre hadde mange av skjemaene spørsmål om hvorvidt legene var flinke til å *lytte til pasientene*, *hadde empati* og om *pasienten ble involvert* i beslutninger om egen behandling. Spørsmål om *hvordan man blir mottatt* på legekantoret og om tilgang til spesialist var mindre vanlig i spørreskjemaene. To av skjemaene spurte om *generelle oppfatninger* som helhetsinntrykk, opplevd nytte og om pasienten vil anbefale legen, mens to andre hadde med spørsmål om pasienten hadde en fast lege.

En oversikt over spørreskjemaer utført av Picker Institute har kategorisert legenes ferdigheter og kvaliteter i fem områder. Disse er mellommenneskelige ferdigheter, formidling av informasjon, pasientmedvirkning, generell tilfredshet og faglig dyktighet (27).

Kunnskapssenterets litteraturgjennomgang (6) konkluderte med at Europep var et naturlig utgangspunkt for å utvikle et nytt spørreskjema. Europep bygger på fem teoretiske områder for pasienterfaringer: faglig dyktighet, relasjon mellom lege og pasient, informasjon og støtte, tilgjengelighet, og organisering av tjenestene (36). I utviklingsarbeidet har man også undersøkt hvilke spørsmål og temaer som er viktigst i hver enkelt av de deltakende landene (31). En vurdering av Europeps psykometriske egenskaper (7) fant at dette instrumentet hadde en høy «takeffekt», en høy andel av manglende svar på enkeltspørsmål og lav reliabilitet på legenivå. Lignende funn er gjort i den danske versjonen av Europep (37). Dessuten inkluderer Europep ikke viktige temaer som samhandling og pasientsikkerhet. På bakgrunn av disse opplysningene valgte vi å utvikle et nytt spørreskjema i stedet for å benytte Europep i sin eksisterende form. Et søk etter nyere litteratur gjort høsten 2014 ga ikke grunnlag for å inkludere nye temaer i spørreskjemaet.

KONKLUSJON

Vi har gått gjennom relevant litteratur, basert på funnene i kartleggingen av relevante måleinstrumenter. Det er visse områder som peker seg ut som sentrale i

¹ Da vi startet dette prosjektet var denne versjonen tilgjengelig: CAHPS Adult Primary Care Questionnaire 1.0. Den er ikke lenger tilgjengelig og referansen viser til en nyere versjon av spørreskjemaet.

denne typen undersøkelser. I tråd med anbefalingen fra vår egen kartlegging valgte vi å bygge på den tematiske inndelingen fra Europep. Men enkeltspørsmål, og utforming og rekkefølge på spørsmålene ble også inspirert av andre spørreskjemaer.

3. Referansegruppe

Hensikten med referansegruppen var å sikre faglige innspill fra ulike aktører. I dette prosjektet besto referansegruppen av fagfolk fra praksisfeltet, forskere, samt representanter fra brukerorganisasjoner og myndigheter. Oversikt over deltakere i gruppen finnes i vedlegg 3. Innspill og råd fra denne gruppen var en viktig del av kvalitetssikringen av forskningsprosessen angående valg av innsamlingsopplegg og andre metodiske spørsmål. Referansegruppen hadde seks møter hvorav fem telefonmøter. Mellom møtene var det sporadisk kontakt på e-post mellom Kunnskapssenteret og deltakerne. I dette kapittelet sammenfattes diskusjonene i referansegruppa.

GENERELT

Det ble diskusjoner rundt hva som skulle være måleenheten; lege eller legekontor? Argumentene for å måle på legekortnivå var at det handler om *kultur* og at det å gjøre noe med resultatene må være et fellesanliggende. Kulturen på det enkelte legekort, og medarbeiderne der er viktige når det gjelder kontakten med pasientene, for eksempel når det gjelder å påvirke befolkningens helseatferd. Argumentene for å måle på legenivå var at pasientene må svare ut fra kontakten med en konkret lege og at det kan være store variasjoner mellom legenes yrkesutøvelse innad på et legekort.

Det ble vist til at formålet med prosjektet skal dekke både lokale og nasjonale behov, og at samarbeid med referansegruppen anses svært viktig for å kunne oppfylle formålet. Det ble fremhevet at eventuelle nasjonale målinger bør være et supplement til lokale målinger og kvalitetsforbedringsarbeid. Nasjonale målinger vil være standardiserte og ikke så hyppige. Lokale målinger bør derfor være kjernen i legekorters system for måling og oppfølging av pasienterfaringer.

Innspill til spørreskjemaet

I referansegruppen ble det diskutert tre ulike perspektiver som kunne dekkes i spørreskjemaet: 1) Pasientperspektivet, hva er viktig for pasientene? 2) Legeperspektivet, hva trenger legene for å kunne drive kvalitetsforbedring? og 3) Myndighetsperspektivet, fyller tjenestene målene på en god helsetjeneste?

Kunnskapssenteret vektlegger i sine prosjekter brukerperspektivet og at de temaene som inngår i spørreskjemaene skal være viktige for pasientene.

Samhandling er blitt et sentralt tema i norsk helsepolitikk. De spørreskjemaene vi fant manglet spørsmål om dette temaet. I referansegruppen ble det framhevet at ca 10% av pasientene henvises videre og er typiske samhandlingspasienter. Det ble også kommentert at pasientene i liten grad kan vite noe om det faktisk foregår samhandling. Temaet er likevel så sentralt at noe må tas med i spørreskjemaet, og det er viktig å knytte spørsmål om samhandling til kommunehelsetjenesten og NAV, i tillegg til spesialister. Også spørsmål om pasienter har fått en skriftlig oversikt over medisinene sine bør være med.

Tilgjengelighet er et viktig tema som bør være med. Referansegruppen mente at spørsmål om dette bør skille mellom øyeblikkelig hjelp og oppfølging av kroniske tilstander. Også spørsmål om fysisk tilgjengelighet bør være med. Elektronisk tilgjengelighet blir stadig mer aktuelt for timebestillinger og annet. Internettsider er viktige for informasjon. Det bør derfor være med noen spørsmål om muligheter for elektronisk kommunikasjon med legekantoret.

Videre mente gruppen at det bør være med spørsmål om resultatet av kontakten med fastlegen, som «Ble du bedre av den behandlingen du fikk?», om taushetsplikten overholdes overalt i lokalene og om pasienten ønsker å bytte fastlege.

Hvis skjemaet skal ha nytteverdi lokalt bør det være med spørsmål om organisering. Det bør være med et eller to spørsmål om øvrige ansatte på legekantoret. De som sitter i resepsjonen har en portvaktrolle, og man kan godt spørre om disse personenes faglige dyktighet. Da kan også være med spørsmål om pasienten har mulighet til å gi tilbakemelding til fastlegekantoret sitt.

Det er viktig å se *summen* av de erfaringene pasientene har, altså en totalvurdering framfor å vurdere siste konsultasjon. Det var imidlertid usikkert hvilket tidsvindu man skal velge. Et år kan være lang tid.

Bakgrunns- og justeringsvariabler

For å kunne sammenligne resultater mellom leger og mellom legekantorer, er det viktig å få opplysninger om forhold som påvirke svarene man får.

Referansegruppen trakk fram bl.a. legens pasientsammensetning i form av pasientenes diagnoser, alder og kjønn, hvorvidt pasienten har kronisk sykdom og hvor hyppig vedkommende har kontakt med legen. Også spørsmål om hvor lenge pasienten har gått hos denne legen og hvor lenge legen har jobbet som fastlege kan påvirke svarene. Dette siste kan påvirke både organisering av arbeidet og hvor etablert pasientmasse den enkelte legen har.

Populasjon

I en nasjonal undersøkelse bør populasjonen bestå av alle pasienter, både barn og voksne. Referansegruppen mente det var viktig å få synspunkter på behandlingen av barn, eldre og kronisk syke, som er grupper som bruker fastlegetjenesten mye, men som kan ha problemer med å svare på et spørreskjema selv. Vi kan be pårørende hjelpe pasienten med å svare dersom det er nødvendig. For barn under 16 år kan vi be pårørende om å svare på skjemaet.

Verktøy til gjennomføring av lokale undersøkelser

Referansegruppen mente at det vil være en høy terskel for å bruke analyseverktøy og punche spørreskjemadata. Skjemaer til lokalt bruk bør være korte. Videre bør det følge med en konkret databehandlingspakke, gjerne med automatiserte rapporter og visualiseringer.

4. Spørreskjemaet til pilotundersøkelsen

STRUKTUREN I SPØRRESKJEMAET

På bakgrunn av informasjonen vi hadde fått gjennom litteraturgjennomgang og referansegruppe konstruerte vi et utkast til spørreskjema som vi testet ut ved intervju av pasienter før vi gjennomførte en pilotundersøkelse.

Spørreskjemaet besto av åtte deler som ble adskilt med overskrifter.

Tilgjengelighet og ventetid

Denne delen besto av seks spørsmål om tilgjengelighet til legekantoret. Det var ett spørsmål om det er vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon. De øvrige spørsmålene var relatert til ventetid for å få time, delt opp i akuttimer og «vanlige» timer.

Internett

Denne delen omhandlet elektroniske tjenester. Først et spørsmål om hvilke tjenester pasientene ønsker gjennom internett eller SMS. Deretter et spørsmål om legekantoret har en egen internettside, og hvilke tjenester som eventuelt tilbys på denne siden eller på SMS.

Vurdering av fastlegen

Denne bolken inneholdt seks spørsmål om relasjonelle forhold, om legen virker faglig dyktig og om pasienten blir tatt med på avgjørelser som angår ham/henne.

Informasjon om helseproblemer og behandling

Denne bolken besto av fem spørsmål om legen gir nok informasjon om helseproblemer, undersøkelser, behandling og medisinbruk, og om legen har gitt pasienten en skriftlig oversikt over medisiner pasienten tar.

Organisering og annet personell

Denne delen inneholdt fem spørsmål om organisering av legekantoret og vurdering av annet personell enn legen.

Varige helseproblemer og samarbeid

I denne bolken spurte vi innledningsvis om pasientene hadde et varig helseproblem og eventuelt hvilke(t). Deretter spurte vi om varige helseproblemer gjorde at man hadde behov for hjelp fra andre helsetjenester eller NAV. De som svarte bekreftende på disse spørsmålene ble spurt om de opplevde at fastlegen koordinerer helsetilbudet på en god måte og samarbeider bra med andre instanser.

Andre spørsmål

I denne bolken inkluderte vi et spørsmål om generell tilfredshet med fastlegen og fastlegekontoret. Inspirert av «Patient enablement instrument» (38) brukte vi tre spørsmål om utbytte av kontakten med fastlegen i tillegg til spørsmål om pasienten følger legens råd, mener seg feilbehandlet eller ønsker å bytte fastlege.

Bakgrunnsopplysninger om den som har fylt ut skjemaet

Avslutningsvis besto spørreskjemaet av sju spørsmål om utfyllerens bakgrunn, og dersom andre enn pasienten hadde fylt ut skjemaet, ba vi om at de skulle vurdere pasientens helse.

SVARSKALA

Fempunktsskalaer er mye benyttet i brukererfaringsundersøkelser (39), og vi valgte å bruke en fempunkts svarskala fra ”Ikke i det hele tatt” til ”I svært stor grad” på de fleste erfaringsspørsmålene, noe som også er standard i de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene. Kunnskapssenteret har tidligere konkludert med at denne skalaen er å foretrekke framfor en tipunktsskala vi har brukt tidligere (40). Den måler forekomst, noe som også er vanlig blant de større aktørene innenfor pasienterfaringer internasjonalt, som Picker Institute og Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS).

TESTING AV SPØRRESKJEMAET: INTERVJUER MED PASIENTER

Før spørreskjemaet sendes til pasientene har Kunnskapssenteret som standard prosedyre å gjennomføre kognitive intervjuer. Formålet med disse intervjuene er å undersøke om spørsmålene oppfattes slik de er intendert og om det er lettere å finne passende svaralternativer. I dette prosjektet ble kognitive intervjuer gjennomført i to runder, først på våren 2011. Etter denne runden ble spørsmålene revidert og vi gjennomførte flere intervjuer våren 2013.

Struktur og gjennomføring

De fleste intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt med pasientene, men en del av intervjuene i første runde ble gjennomført som telefonintervjuer. I ansikt-til-ansikt-intervjuene fikk deltakerne informasjon om hensikten med intervjuet, utlevert spørreskjemaet og følgende instruksjoner før utfylling:

- Er skjemaet forståelig?
- Er det lett å finne passende svaralternativ?
- Skriv gjerne ned kommentarer på skjemaet underveis
- Tenk gjerne høyt

De som ble intervjuet over telefon fikk tilsendt et informasjonsskriv og spørreskjema dagen før intervjuet. De kunne dermed fylle ut spørreskjemaet før vi ringte. Vi ba dem legge særlig merke til følgende under utfyllingen:

- Var noen av spørsmålene vanskelige å forstå?
- Var det noen spørsmål hvor du var usikker på hva du skulle svare?
- Var det noe som manglet i spørreskjemaet?
- Var det noe som var overflødig?
- Hvor lang tid brukte du på å fylle ut skjemaet?

Etter utfylling ønsket vi umiddelbare kommentarer til skjemaet. Deretter spurte vi om spørsmålene var viktige for ham eller henne som pasient. Vi spurte også om enkelte temaer eller spørsmål var overflødige, om det var viktige temaer som manglet, og hva de syntes om lengden på skjemaet. I tillegg var det enkelte spørsmål vi var usikre på hvordan ville fungere, og ønsket derfor å finne ut hvordan pasientene forholdt seg til dem.

Resultater runde 1

To forskere ved Kunnskapssenteret gjennomførte i alt 17 intervjuer. Fem av intervjuene ble foretatt på et legekantor hvor legen hadde avtalt tid for intervjuet på forhånd. De øvrige deltakerne ble rekruttert gjennom personlige nettverk. To av intervjuene ble gjennomført på forskernes kontor, og ett ved hjemmebesøk hos deltakeren. De øvrige ble gjennomført som telefonintervjuer. Vi fikk en god geografisk og aldersmessig spredning i og med at deltakerne var bosatt fra Kristiansand til Kirkenes og varierte i alder fra 25 til 91 år. De aller fleste var kvinner. Tre av deltakerne hadde utdanning på grunnskolenivå, én videregående og én hadde ukjent utdanningsnivå. De øvrige hadde høyere utdanning.

Hovedinntrykket var at det var enkelt å fylle ut skjemaet. Det var klare spørsmål og lett å finne et relevant svaralternativ. Noen av spørsmålene kunne være vanskelige å svare på for personer som hadde vært lite hos legen, eller hvis det var lenge siden de hadde vært der. Noen spørsmål kunne oppfattes som like. Dette gjaldt spørsmål om

legen var imøtekommende, hadde omsorg for pasienten, tok pasienten på alvor og viste interesse for pasientens situasjon. Vi ba derfor pasientene prioritere disse etter viktighet, noe som ga en indikasjon på om noen av dem kunne kuttes. Det klart viktigste var at pasienten ble tatt på alvor, fulgt av at legen viste interesse for pasientens situasjon.

Spørsmålene ble oppfattet som viktige, og noen framhevet enkelttemaer som tilgjengelighet, å bli møtt med respekt, og å bli tatt på alvor som særlig viktige. Intervjuene avslørte ingen temaer som åpenbart manglet, selv om enkeltpersoner nevnte temaer som reisevei og at de selv må følge opp medisinbruk eller ta initiativ til å få vite prøveresultater. Kun en person nevnte at noe var overflødig, nemlig internettilgjengelighet. Enkelte av bakgrunnsvariablene manglet relevante kategorier for enkelte av deltakerne.

Spørreskjemaet vekslet mellom å gi en vurdering av legen og legekantoret, og mellom å vurdere siste kontakt med legen eller det siste året. Disse vekslingene ble oppfattet av dem som fylte ut skjemaet. Det kan være utfordrende å huske tilbake et år. Noen valgte å gi et generelt inntrykk av legen også utover et år. Andre memorerte konkrete episoder.

De færreste oppfattet skjemaet som langt. De fleste brukte mellom 7 og 15 minutter på utfylling.

Testing av spørreskjema runde 2

Etter intervjuer og innspill fra referansegruppa ble spørreskjemaet gjennomgått og kritisk vurdert i prosjektgruppa. Dette førte til en del endringer og vi besluttet å gjennomføre en ny runde med kognitive intervjuer. Malen for intervjuene var den samme som i første runde, men de spesifikke spørsmålene vi ønsket å få svar på var noe annerledes. I alt gjennomførte vi 11 intervjuer i denne runden. Pasientene ble rekruttert på venteværelset ved to legekantorer i Oslo.

Enkelte pasienter syntes det var vanskelig å vite hvem man skulle vurdere fordi de nettopp hadde byttet fastlege eller fordi legen hadde langtidsfravær. Dette førte til en justering av ledeteksten for å presisere at man skal vurdere nåværende fastlege.

Spørsmål om samhandling kan være vanskelig å svare på og intervjuene ga lite informasjon om disse spørsmålene fordi de fleste pasientene ikke hadde behov for dette.

Ulike layouter på spørreskjemaet ble også testet. Vi fikk ingen klare svar på om det ene var bedre enn det andre med tanke på ryddighet og mulighet til å finne egnet svarkategori.

På bakgrunn av disse intervjuene gjorde vi noen mindre justeringer i noen av spørsmålene og ledetekstene, og enkelte spørsmål ble fjernet fra skjemaet.

5. Pilotundersøkelse

UTVALGSMODELL FOR PILOTUNDERSØKELSEN

Hovedhensikten med pilotundersøkelsen var å teste spørreskjemaets egenskaper og å teste ut et datainnsamlingsopplegg. Dette innebar at vi i tillegg til å lage et spørreskjema måtte finne en måte å trekke utvalg og relevante bakgrunnsopplysninger om både pasienter og leger.

Mer enn 99 prosent av befolkningen i Norge er med i fastlegeordningen og står på en fastleges pasientliste (3). Vi valgte å benytte fastlegeregisteret for å etablere et utvalg hvor vi trakk et tilfeldig utvalg av leger og deretter et tilfeldig utvalg av pasienter på disse legenes lister.

I tråd med kommentarer fra referansegruppa ønsket vi ikke å ekskludere bestemte pasientgrupper. Det vil si at alle pasientene skulle være med i utvalget. Enkelte pasienter går svært sjelden eller aldri til fastlegen. Disse vil vanskelig kunne besvare et spørreskjema som vurderer legen. Tall fra HELFO viser at ca. 75 prosent av befolkningen hadde hatt minst en konsultasjon hos fastlegen i løpet av ett år (41). Vi vurderte at dette var en tilstrekkelig stor andel til at kontakt i løpet av siste 12 måneder kunne fungere som et inklusjonskriterium for pasientene. Dette medførte at vi også måtte hente inn data fra KUHR som er myndighetenes register for refusjoner til helsetjenester.

I andre pasienterfaringsundersøkelser har vi gitt helsepersonell en mulighet til å ekskludere pasienter av "særlige menneskelige hensyn". Dette ville ikke vært mulig i denne undersøkelsen uten å involvere fastlegene direkte i utvalgstrekkingen, noe som hverken var ønskelig eller praktisk gjennomførbart.

Intervjuene med pasienter viste at enkelte pasienter var i villrede om hvem de skulle vurdere fordi fastlegen deres var i permisjon og pasienten hadde derfor ikke truffet vedkommende lege på lang tid. For å unngå dette i størst mulig grad satte vi et krav om at de legene som ble trukket ut måtte ha hatt minst 300 konsultasjoner i løpet av det siste året.

BAKGRUNNSVARIABLER

I tillegg til kontaktinformasjonen innhentet vi en rekke bakgrunnsvariabler om svarerne og om legene, se Tabell 1. Disse ble valgt dels på grunn av at de ofte påvirker pasienters vurderinger av helsetjenester og dels for kunne gjennomføre eksplorerende analyser. For innhenting av opplysninger om utdanningsnivå og fødeland var det nødvendig å hente inn data fra SSB.

Tabell 1: Bakgrunnsopplysninger om pasienter og leger

Data om pasienten	Data om legen
Pasientens navn	Legens navn
Pasientens adresse	Legens kjønn
Pasientens alder	Legens alder
Pasientens kjønn	Om legen er spesialist i allmenntilleggsmedisin
Navnet på pasientens fastlege	Hvor lenge legen har jobbet som allmennlege
Hvor lenge pasienten har hatt fastlegen	Legekantors navn
Antall refusjonsberettigede konsultasjoner pasienten har hatt hos fastlegen siste 12 måneder	Legekantors adresse
Registrerte diagnoser siste 12 måneder ICPC-2	Hvor lenge legen har jobbet ved dette kantoret
Dødsfall i undersøkelsesperioden	Legekantors kommunetillegghet
Utdanningsnivå	Antall pasienter på listen
Pasientens fødeland	Antall ledige plasser på listen
Pasientens foreldres fødeland	Om kantoret er tillegghelig for bevegelseshemmede
	Om kantoret er gruppepraksis
	Om legene har fellesliste

GJENNOMFØRING

Tidligere nasjonale pasienterfaringsundersøkelser har basert seg på uttrekk av demografiske og kliniske opplysninger fra institusjonenes datasystemer. En innsamling av slike opplysninger fra fastlegers registre innebærer praktiske og juridiske utfordringer. Vi søkte derfor nye måter å rekruttere deltakere til nasjonale undersøkelser på.

For å kunne gjøre robuste statistiske tester av spørreskjemaet, var det nødvendig å få svar fra ca 200 pasienter. En studie av Bjertnæs et al. (7) viste at begge hovedindeksene i EUROPEP-instrumentet hadde en reliabilitet på legnivå over 0,7 med et snitt på 61 svarere per lege. Vi var usikre på hva svarprosenten i denne undersøkelsen kunne forventes å bli. Vi valgte derfor å trekke ut tilfeldig fem leger

og 150 pasienter fra hver av disse lister. Legene fikk tilsendt informasjon om undersøkelsen med tilbud om å få tilsendt sine resultater. Pasientene fikk tilsendt spørreskjema og informasjon om undersøkelsen. De ble gitt tilbud om å svare på undersøkelsen elektronisk dersom de ønsket det. Både navn, spørreskjema og bakgrunnsopplysninger ble knyttet til et løpenummer. Løpenummeret ble brukt til å koble sammen bakgrunnsopplysninger med spørreskjemasvarene, og til å purre på dem som ikke hadde svart innen tre uker.

Kontaktinformasjon ble utlevert fra Helsedirektoratet som har ansvar for fastlegeregisteret. Etter at utsendelsen av spørreskjemaer var ferdig ble disse opplysningene slettet og øvrig informasjon ble overført fra Helsedirektoratet og SSB. Framgangsmåten ble godkjent av Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

UTVALGET

Uttrekket av leger ga to kvinner og tre menn. Det var stor geografisk spredning med tre leger fra større byer og to fra mindre kommuner. I alt ble 748 pasienter inkludert i undersøkelsen og kontaktet via brev. Av disse brevene kom 19 i retur pga ukjent adresse.

SPØRRESKJEMA: RESULTATER FRA PILOTUNDERSØKELSEN

Vi mottok 316 utfylte spørreskjemaer og 65 elektroniske besvarelser, i alt 381 svar, tilsvarende 52 prosent. Blant svarerne var 65 prosent kvinner og gjennomsnittsalderen var 55 år. I alt var 73 prosent gift eller samboende og 43 prosent hadde utdanning utover videregående skole. 48 prosent var yrkesaktive og 31 prosent var pensjonister. 95 prosent hadde norsk som morsmål, 4 prosent annet europeisk morsmål og 1 prosent oppga at de hadde et ikke-europeisk morsmål. 43 prosent oppga at de hadde meget god eller utmerket helse. De som valgte å svare elektronisk var yngre og hadde høyere utdanning og bedre helse enn dem som valgte å svare på papirskjema.

Faktoranalyser

Indikatorer eller faktorer er grupperinger av enkeltspørsmål som omhandler områder som er viktige for pasienters erfaringer. De lages på to måter:

1. Faktoranalyse som er testing utfra avgitte svar i spørreskjemaet
2. Teoretisk begrunnede indikatorer som baserer seg på teoretiske antakelser og kunnskap om feltet

Faktoranalyse er en teknikk som avdekker underliggende strukturer i spørreskjemaet. Den forutsetter at alle spørsmålene er besvart, og spørsmål hvor det

er mange som ikke har svart tas vanligvis ut av analysen. De faktorene som kommer ut av analysen er grupperinger av enkeltpørsmål og kan benyttes som indikatorer for områder som er viktige for pasientenes erfaringer. Disse grupperingene er mer robuste enn resultatene på enkeltpørsmål.

Det var lave andeler av manglende svar på de enkelte spørsmålene, men på en del spørsmål var det mange som hadde benyttet svarkategorien "Ikke aktuelt". I tillegg var det en del spørsmål som kun var beregnet på bestemte grupper av svarere og som andre ikke skulle svare på. Det er en tommelfingerregel at man inkluderer spørsmål med mindre enn 10 prosent manglende svar i faktoranalyser. Dette er imidlertid ikke et ufravikelig krav. Da dette var en pilotundersøkelse av mer eksplorerende karakter, og enkelte spørsmål av interesse hadde mer enn 10 prosent manglende svar, valgte vi å inkludere erfaringsspørsmål som til sammen hadde mindre enn 15 prosent manglende svar og "Ikke aktuelt". Dette ga fire faktorer som bestod av 19 spørsmål, og som til sammen forklarte 70 prosent av variasjonen i erfaringer med fastleger. Resultatene fra faktoranalysen vises i Tabell 2. Både Cronbachs alfa og item-total korrelasjonen som er mål på faktorenes interne konsistens var akseptable (42).

Den første faktoren besto av elleve spørsmål som på ulike måter vurderer legen. Her er spørsmål om relasjonelle forhold, om kommunikasjon og informasjon og mer generelle spørsmål om oppfatning av legens dyktighet og eventuell feilbehandling. Denne faktoren forklarte 46 prosent av variasjonen.

Den andre faktoren besto av tre spørsmål om forståelse og mestring av helseproblemene og om kontakten med fastlegen bidrar til at pasienten holder seg frisk. Denne faktoren forklarte åtte prosent av variasjonen.

Den tredje faktoren besto av to spørsmål om det øvrige personalet ved kontoret utenom fastlegen og ett om kontoret virker godt organisert. Denne faktoren forklarte fem prosent av variasjonen.

Den fjerde faktoren besto av to spørsmål om tilgjengelighet. Det ene er om den tiden man vanligvis må vente for å få en time er akseptabel og det andre spørsmålet er om det er vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon. Denne faktoren forklarte tre prosent av variasjonen.

I tillegg til faktoranalysen konstruerte vi en indikator for samhandling. Denne hadde god intern konsistens. Spørsmålene var imidlertid ikke aktuelle for mange av pasientene, og vi valgte å ta ut disse spørsmålene i storskalaundersøkelsen.

Tabell 2: Indikatorer og underliggende enkeltspørsmål, pilotundersøkelse

Faktor	Spørsmål	Faktor-ladning	Item-total-korrelasjon
Legen $\alpha=0,928$	Opplever du at fastlegen tar deg på alvor?	,968	0,821
	Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon?	,875	0,825
	Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?	,870	0,798
	Opplever du at fastlegen er faglig dyktig?	,776	0,766
	Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine?	,649	0,799
	Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om behandlingen han eller hun anbefaler?	,646	0,764
	Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?	,619	0,763
	Foregår samtaler med fastlegen og øvrig personale på en måte som ivaretar ditt privatliv?	,591	0,459
	Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du forstår ham eller henne?	,586	0,738
	Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet hos fastlegen (etter det du selv kan bedømme)?	-,573	0,418
Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser?	,556	0,761	
Mestring $\alpha=0,895$	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å mestre helseproblemene dine?	,965	0,862
	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?	,825	0,742
	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?	,817	0,781
Kontoret $\alpha=0,835$	Bli du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?	,902	0,708
	Opplever du at personalet er imøtekommende og dyktige?	,768	0,748
	Opplever du at legekantoret er godt organisert?	,674	0,637
Tilgjengelig- het $\alpha=0,493$	Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon?	-,584	0,334
	Er denne ventetiden akseptabel?	,496	0,334

Resultater for de enkelte legene

Tabell 3 viser skårene på hver indikator for den enkelte lege. Indikatorene er beregnet på en skala fra 0 til 100 hvor 100 er best. Vi ser at skårene var relativt like mellom legene på indikatorene «Legen» og «Mestring», men at de varierte en del på de andre indikatorene. Generelt sett var skårene på «Legen» og «Kontoret» høyere enn de øvrige indikatorene.

Tabell 3: Hver enkelt leges skårer på indikatorene

Lege nr	Legen (n=372)	Kontoret (n=373)	Mestring (n=360)	Ventetid (n=375)	Samhandling (n=113)
1	70	64	63	58	60
2	76	73	61	60	48
3	77	79	66	78	71
4	77	80	65	54	62
5	72	76	61	67	60

Fritekstkommentarer

Enkelte spørsmål hadde med kommentarfelt for utdypinger. Det var også to åpne felter til slutt i skjemaet hvor vi i det ene ba om kommentarer til skjemaet eller mer om pasientens erfaringer og i det andre forslag til forbedringer ved legekantoret. Vi går her kort gjennom hovedpunktene i disse kommentarene. Hver av de følgende underoverskriftene referer til et av de åpne feltene i spørreskjemaet. Totalt skrev 212 personer (56 prosent av svarerne) noe i ett eller flere av disse feltene.

Tjenester på internett/SMS

Vi spurte pasientene hvilke tjenester pasientene ønsker at legekantoret skal tilby på internett eller SMS. Vi hadde avkrysning for alternativene *Timebestilling*, *Reseptbestilling*, *Informasjon om helsepørsmål* og *Annet*. For dem som krysset av for *Annet* ba vi dem spesifisere. I alt skrev 36 personer noe i dette feltet, hvorav 17 personer skrev at de ikke hadde internett og to at de var fornøyd slik det er nå. Fire skrev at de savnet en mulighet til å kontakt legekantoret på e-post. Seks personer skrev konkrete ting de ønsket elektroniske tjenester for som prøvesvar (2), korte spørsmål som ikke krever konsultasjon (2) forlengelse av sykmelding (1) og informasjon om åpningstider (1).

Varige helseproblemer

Vi spurte pasientene om de hadde varige helseproblemer, dvs problemer som har vart eller forventes å vare mer enn 6 måneder. Da vi var usikre på hva pasientene legger i begrepet varige helseproblemer ba vi dem skrive hvilke problemer de hadde. I alt oppga 194 pasienter at de hadde minst ett slikt helseproblem og 153 av disse (40 prosent av svarerne) nevnte ett eller flere psykiske og eller fysiske tilstander av varig karakter.

Tjenester man har behov for at fastlegen samarbeider med

Vi spurte om pasientene opplever at fastlegen samarbeider bra med tjenester som sykehus, privatpraktiserende spesialister, kommunale tjenester eller NAV. Vi spurte også om det var andre tjenester de mente fastlegen burde samarbeide med og i så fall hvilke. I alt 6 personer nevnte konkrete tjenester som fysioterapi, hjertespesialist, rehabilitering og BUP.

Erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret og forslag til forbedringer

I alt 104 (27 prosent av svarerne) personer skrev noe i ett eller begge feltene hvor de kunne komme med forbedringsforslag basert på sine erfaringer og om de hadde andre kommentarer til erfaringene eller til spørreskjemaet. Innholdet i disse feltene er delvis overlappende og behandles under ett her. Avsnittene nedenfor er sortert etter hvor mange som ga en kommentar i den enkelte kategorien slik at de kategoriene hvor flest avga kommentarer kommer først.

Tilgjengelighet

Kommentarer angående tilgjengelighet var den største gruppen innen disse feltene. 37 av pasientene hadde skrevet inn en kommentar som handlet om tilgjengelighet. 14 av disse kommenterte at det tok for lang tid å få time, og like mange at det ikke var bra å måtte vente lenge utover oppsatt tid.

"Når man trenger en samtale med legen om et problem er det lite akseptabelt å måtte vente i ca 2 uker. Det må være svært kritisk for å få komme til samme dag, og da må man regne med en del venting".

"Holde tidsskjemaet, ikke bra å sitte 1-2 timer på venterommet når man har avtalt tid".

"Er arbeidstiden fra kl. 800 skal alt være klart til å ta imot pasienter fra kl. 800 ikke kl. 830 ... Jeg går også full jobb så min tid er også dyrebar."

Tilgjengelighet på telefon ble kommentert av ni av pasientene. I hovedsak dreier dette seg om at det er vanskelig å komme gjennom og for korte telefontider. Et par av pasientene kommenterte også at de ønsket at det kunne være mulig å legge igjen beskjed for så å bli kontaktet av legen på telefon eller e-post dersom man kun hadde et enkelt spørsmål. En av pasientene kommenterte at det var fint å få resepter samme dag hvis hun/han ringte til legekontoret.

Andre kommentarer dreide seg om at legen burde ha bedre tid til hver enkelt pasient, at det var viktig å komme til *fastlegen* når man hadde time der, ikke hos en annen lege ved kontoret, mulighet for at hele familien kunne ha samme lege, og påminnelser på SMS om når man skulle ha time.

Forslag til å bedre tilgjengeligheten omhandlet bl.a. færre pasienter pr lege, mer fleksibel arbeidstid for legene og informasjon/varsling dersom timen ble mer enn 15 minutter forsinket.

Generelle kommentarer

I alt 26 av pasientene skrev en generell kommentar om fastlegen, hvorav to var negative. Ytterligere sju skrev at de ikke hadde forslag til forbedringer eller at dette ikke trengtes. De øvrige var i hovedsak generell ros, men enkelte beskrev at de følte de hadde blitt tatt på alvor når de hadde fått en alvorlig sykdom, og legen hadde da fulgt godt opp.

"Fra ... når det ble oppdaget kreft for første gang så har jeg hatt et fantastisk forhold til min fastlege. Jeg har kunnet prate med han om hva som helst og har alltid hatt tid til meg. Når jeg fikk hjerteinfarkt ... ble forholdet til fastlegen enda bedre. Han hjelper til med det meste. Søknader osv. alt sammen gjør han med en gang. Alle burde ha en sånn fastlege fantastisk".

Kommunikasjon

17 av pasientene skrev kommentarer om kommunikasjon mellom dem og fastlegen. De fleste av disse omhandlet det å bli tatt på alvor og lyttet til som pasient. Av disse trakk noen det fram som positivt at legen lyttet og tok dem på alvor, mens andre mente at legen ikke gjorde dette:

"At han selv tar initiativ! At jeg ikke må fortelle det samme hver 14. dag jeg er hos ham i ½ t. Han husker ingen ting! Selv om jeg har sagt et helseproblem hver gang de siste 3 årene, er det som jeg forteller ham noe nytt hver gang. Han husker INGENTING! Dette jeg sagt til ham er et problem for meg. Hadde han husket ville det oftest vært nok med en konsultasjon på 15 min. hos ham".

Legens faglighet

I alt 12 pasienter skrev kommentarer som kunne knyttes til legens faglige kompetanse. Flere av disse handlet om at det var bra at legen var rask med å henvise videre når han/hun selv ikke var sikker. Et par av kommentarene gikk på at legen kunne for lite om akkurat den sykdommen denne pasienten hadde. Og et par var knyttet til forordning av medisiner. En nevnte interaksjonsproblematikk og en annen ønsket en bestemt medisin som virker mens legen virker mer opptatt av bivirkningene ved denne medisinen. En kommenterte at det hadde vært ønskelig med en annen behandling enn medisiner, og en av pasientene etterlyste mer åpenhet for alternative behandlere.

Organisering

I alt ti kommentarer ble klassifisert som å handle om organisering. Det var blant disse de mest konkrete forslagene til forbedringer kom. De var sprikende i innhold, men flere gikk på tilgjengelighet enten det gjaldt hjemmebesøk, tilgang utenom kontortid eller at legene ikke burde ha så mange pasienter og sette av mer tid til hver enkelt.

Diskresjon

I alt åtte av pasientene kommenterte at det er uheldig at andre pasienter kan overhøre hva som blir sagt i resepsjonen og i området rundt laboratorier. De ønsket dette mer adskilt.

Andre kommentarer om legen eller legekantoret

Til sammen åtte av pasientene kommenterte hvordan de blir møtt av personalet på legekantoret. De fleste av disse kommentarene var rosende. Seks av pasientene kommenterer de fysiske lokalene. Dette knyttet seg til to leger. Innholdet var sprikende angående om lokalene er fine eller ikke. Hos en av legen kommenterte noen pasienter at de ønsket seg mulighet til å betale med kort i stedet for kontanter.

Til spørreskjemaet

Åtte av pasientene ga kommentarer til selve skjemaet eller undersøkelsen. Noen av disse mente det var fint med en slik undersøkelse, tre kommenterte konkrete enkeltspørsmål, to at det var vanskelig å svare fordi de hadde hatt lite kontakt med fastlegen og en at noen spørsmål var ubesvart fordi de lignet så mye på andre spørsmål.

ENDRINGER I SPØRRESKJEMAET FØR STORSKALAUNDERØKELSEN

På bakgrunn av informasjon fra pilotundersøkelsen og innspill fra referansegruppa foretok vi noen endringer i spørreskjemaet. Det var også et ønske fra referansegruppa om å kutte ned på skjemaets lengde.

Spørsmål om internett ble kuttet og erstattet med et mer generelt spørsmål om pasienten er fornøyd med legekantorets elektroniske tilgjengelighet. Dette ble lagt inn i tilgjengelighetsbolken.

Spørsmål om pasientene har varige helseproblemer anses som oppfattet, og tekstfeltet ble strøket. Spørsmålet ble i pilotundersøkelsen brukt som filter for å spørre om samhandling. Imidlertid kan behov for koordinering og samarbeid med andre tjenester være påkrevd også uten at pasienten har et varig helseproblem. Hvorvidt pasienten har et eller flere varige helseproblemer ble derfor fjernet fra samhandlingsbolken. Det er likevel en interessant opplysning og spørsmålet ble lagt til bakgrunnsspørsmålene. Spørsmålene om samarbeid med konkrete tjenester fikk

mange «ikke aktuelt»-svar og ble sletter fra skjemaet. De ble erstattet med et mer generelt spørsmål om samarbeid med andre tjenester.

Spørsmål om man vurderer å bytte lege ble erstattet med spørsmål om man vil anbefale legen til venner eller familie.

For å korte ned på skjemaet ble flere spørsmål utelatt i skjemaet som skulle benyttes i storskalaundersøkelse. Dette gjaldt spørsmål om pasienten oppsøkte annen legehjelp pga ventetid for time og flere bakgrunnsopplysninger som innhentes via andre kilder. Spørreskjemaet som ble benyttet i storskalaundersøkelsen finnes i vedlegg 5.

6. Storskalaundersøkelse

UTVALGSMODELL

Hensikten med storskalaundersøkelsen var primært å vurdere skjemaets psykometriske egenskaper. Resultater for den enkelte lege var i så henseende underordnet. Vi ønsket derfor å gjøre en undersøkelse med et landsrepresentativt utvalg av leger og pasienter. Med de variablene vi hadde tilgjengelige valgte vi å stratifisere uttrekket av leger etter hvor mange leger det er ved det aktuelle kontoret og kommunetype. Vi trakk fire leger pr kontor. Der det var færre enn fire leger ble alle med i utvalget. Vi valgte en modell som ville gi 500 leger og trakk ti pasienter fra hver lege.

RESULTATER

Uttrekket ga 4975 pasienter fordelt på 500 leger ved 239 legekontorer. Av disse var 11 duplikater og bruttoutvalget ble derfor 4964 pasienter. I alt ble 107 pasienter ekskludert på grunn av ukjent adresse, dødsfall eller fordi de trakk seg fra undersøkelsen. Korrigert bruttoutvalg ble dermed 4857. Vi mottok i alt 2377 svar, en svarprosent på 49. Av disse valgte 439 (18 prosent) å besvare skjemaet elektronisk.

Pasientenes alder varierte fra 0 til 97 år med et gjennomsnitt på 49,8 år (median 54 år). I alt var 76 prosent av svarerne kvinner og 12 prosent hadde fylt ut skjemaet på vegne av andre (inkludert barn under 16 år). Resultater på alle spørsmålene og indikatorene finne i vedlegg 4.

Indikatorer

Faktoranalyser

Vi valgte å inkludere erfaringsspørsmål som til sammen hadde mindre enn 10 prosent manglende svar og "Ikke aktuelt". Analysen ga tre faktorer med 12 spørsmål som til sammen forklarte 66 prosent av variasjonen mellom pasientene:

1. Legen – 7 spørsmål

2. Kontoret – 2 spørsmål
3. Mestring – 3 spørsmål

Reliabiliteten for disse indikatorene var akseptable. Konfirmerende faktoranalyse bekreftet inndelingen i tre faktorer.

Teoretisk begrunnede indikatorer

Vi konstruerte ytterligere tre indikatorer basert på antakelser om at de er viktige for pasientene og for et godt pasientforløp.

1. Samhandling. Dette er et viktig helsepolitisk spørsmål, og har stor betydning for et godt pasientforløp. Flere av de kommentarene på spørreskjemaet omhandlet informasjon som ikke kommer fram, ventetid for behandling ved sykehus og manglende tilbud fra kommunen. Ut fra spørreskjemaet har vi konstruert en indikator bestående av to spørsmål om fastlegens rolle i samhandling. Denne indikatoren har en akseptabel intern konsistens. Spørsmålene ble ikke med i faktoranalysen fordi det var mange som svarte «ikke aktuelt».
2. Tilgjengelighet er viktig for pasientene. Dette kom fram gjennom både litteraturen, diskusjoner i referansegruppa og kommentarer på spørreskjemaet. Vi konstruerte en indikator med fire spørsmål om tilgjengelighet på telefon, akseptabilitet av ventetid for akutttime og for vanlig time samt ventetid på venterommet. Det var mange som lot være å svare eller svarte «vet ikke» på spørsmål om elektronisk tilgjengelighet og om hvor lang tid de har måttet vente for å få en time hos legen, og disse spørsmålene ble derfor utelatt fra indikatoren.
3. Pasientsikkerhet er et viktig tema og trygge tjenester er et av kriteriene på god kvalitet slik det defineres i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (43). Vi valgte å benytte et spørsmål om opplevd feilbehandling som indikator på denne dimensjonen.

For å si noe om reliabiliteten til faktorene gjennomførte vi en retest hvor 270 av svarerne fikk tilsendt et identisk skjema ca en uke etter at vi hadde mottatt deres svar. I alt svarte 180 pasienter på denne fornyede henvendelsen. Svarene herfra ble korrelert med indikatorene fra deres første besvarelse. Indikatorer med tilhørende spørsmål og mål for intern konsistens og test-retest korrelasjon vises i Tabell 4.

Tabell 4: Faktorer med underliggende spørsmål, storskalaundersøkelse

Faktor /Enkeltspørsmål	Cronbachs α	Test-retest- korrelasjon
Leg en	0,933	0,884
7 Opplever du at fastlegen tar deg på alvor?		
8 Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?		
9 Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du forstår ham/henne?		
10 Opplever du at fastlegen er faglig dyktig?		
11 Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon?		
12 Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?		
13 Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?		
Øvrige ansatte	0,855	0,774
16 Opplever du at de øvrige ansatte er imøtekommende og dyktige?		
17 Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?		
Mestring	0,889	0,739
23 Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?		
24 Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å mestre helseproblemene dine?		
25 Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?		
Samhandling	0,870	0,799
20 Opplever du at fastlegen koordinerer ditt samlede helsetjenestetilbud på en god måte?		
21 Opplever du at fastlegen samarbeider bra med andre tjenester du har behov for?		
Tilgjengelighet	0,702	0,853
1 Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon?		
4 Var denne ventetiden akseptabel? (for akutt time)		
6 Er denne ventetiden akseptabel? (vanligvis for time som ikke haster)		
18 Opplever du at du må vente på venterommet utover avtalt tidspunkt?		
Pasientsikkerhet		0,582
26 Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet hos fastlegen (etter det du selv kan bedømme)?		

Fritekstkommentarer

Skjemaet i denne undersøkelsen inneholdt kun ett felt for åpne kommentarer. Her ba vi om at pasientene skrev ned kommentarer til selve spørreskjemaet. I alt 336 personer (14 prosent av svarerne) skrev noe i det åpne kommentarfeltet. Flere skrev noe om tjenestene de hadde mottatt, og vi fant de samme temaene som i pilotundersøkelsen. I dette avsnittet tar vi for oss kommentarene som handlet om skjemaet og undersøkelsen. Noen var glade for å få muligheten til å si sin mening, andre var kritiske til undersøkelsen.

Lurer bare på hvorfor jeg aldri fikk et skjema som dette når jeg hadde forrige fastlege, som nektet meg behandling for hovne mandler.

Det er ikke alltid 100 % ærlighet, så hvorfor disse spørsmålene, kanskje burde man bruke mer tid på noe annet. Ta en tur og hils på de eldre der er det mye å ta tak i.

I alt 65 personer (19 prosent av dem som skrev en kommentar) skrev at det kunne være vanskelig å fylle ut skjemaet fordi de hadde liten erfaring med fastlegen enten fordi de nylig hadde byttet, aldri hadde truffet fastlegen eller sjelden var der. Flere kommenterte at det var stor gjennomtrekk av fastleger og at ordningen ikke fungerte i distriktskommuner.

Når det gjelder fastlegeordningen i min kommune er det så stor gjennomtrekk at man opplever å komme til fastlegen kanskje en gang - så er det vikarer for vikarer osv. Ofte er bare fastlegen et navn på papiret. Det som er vanskelig mht fastlegeordningen som ikke fungerer er at for hver gang du er på legebesøk - må du gå gjennom hele sykdomsforløpet på nytt.

I lys av dette var det flere som hadde problemer med å vite hvem de skulle evaluere, og noen valgte å evaluere den forrige legen, fordi de nettopp hadde fått en ny. Dette vil kunne gi en noe redusert validitet i svarene fordi undersøkelsen har til hensikt å gi resultater for en spesifikk lege.

I alt registrerte vi 35 kommentarer om grunner til at de ikke har svart på enkeltpørsmål (10 prosent av dem som skrev en kommentar). Dette er gjerne fordi spørsmålet ikke er relevant, fordi pasienten ikke forstår det pga språkproblemer eller synes han/hun mangler nødvendige kunnskaper.

Ang. Spørsmål nr. 10: Hvilken kompetanse har en gjennomsnittlig pasient uten medisinsk kompetanse til å vurdere det?? (dumt spørsmål, hilsen meg).

Spørsmål 20 og 31 var vanskelige å tyde/forstå. Tok sjansen på at eg forsto, og kryssa av likevel.

I enkelte tilfeller kan pårørende som fyller ut skjemaet oppleve at det er vanskelig å fylle ut.

[Navn] er 7,5 år. Mora har derfor svart etter beste evne. Feks spm 9 om fastlegen snakker så "du" forstår han? Mora forstår i alle fall :)

Spørsmålene om å forstå og mestre helseproblemene og å holde seg frisk ble kommentert av flere. De mente at de hadde tilstrekkelig innsikt selv, eller at de ikke hadde helseproblemer av en slik art at de måtte mestres. Flere etterlyste en kategori for ikke aktuelt.

Enkelte kommentarer tok opp temaer pasienten mente ikke var godt nok belyst i skjemaet. En mente det må konkretiseres hvilke behov som bringer en til fastlegen, og noen andre skrev at pasientens situasjon med pendling reduserer muligheten til å ha kontakt med fastlegen. En mente at samspillet mellom lege og pasient er for dårlig belyst:

Skjemaet vektlegger i for liten grad samspillet mellom lege og pasient, pasienten blir gjort uansvarlig i dette skjemaet. Det hjelper lite med en dyktig lege hvis pasienten er en selvopptatt fjott.

Et par av pasientene nevner samhandling som et tema som ikke er godt nok belyst. Her gjelder både at man må ha tilgang til spesialister og at kommunale tjenester utenom fastlegetjenesten er for dårlig.

Fastlegen kan være så dyktig, faglig som menneskelig samt samarbeidsvillig, men når det er kommunen som i det tverrfaglige helsetjenesten, bestemmer hva man får og ikke får, så er dette en stor hemsko. Eks. fysioterapi som forebygging. Mange kommuner driver ikke forebygging, heller ikke etter samhandlingsreformen. Kronikerne har det vanskelig.

TELEFONUNDERSØKELSE

Vi gjennomførte en frafallsundersøkelse der vi kontaktet et tilfeldig utvalg av ikke-svarere fra storskalaundersøkelsen, med forespørsel om å svare på et utvalg av spørsmålene pr telefon. Hensikten var å undersøke om det er systematisk forskjell i pasienterfaringer mellom de postale svarerne og telefonsvarere (ikke-svarerne) for å vurdere eventuelle skjevheter knyttet til frafall i undersøkelsen. Sekundært var det en målsetting å finne ut hva som kjennetegner ikke-svarerne og hvorfor ikke-

svarerne i det postale opplegget har unnlatt å svare. Kunnskapssenteret har gjennomført oppfølgingsintervjuer av ikke-svarere i forbindelse med to tidligere nasjonale brukererfaringsundersøkelser (44, 45).

Gjennomføring

Telefonoppfølgingsundersøkelsen ble gjennomført av tre ansatte i seksjon for brukeropplevd kvalitet uken etter at den postale undersøkelsen var avsluttet. Et eksternt firma innhentet telefonnumrene til utvalget. For å sikre at alle i intervjukorpset hadde så lik tilnærming som mulig, ble det gjennomført workshops med opplæring før intervjuperioden, og utarbeidet en detaljert intervjuguide og felles regler for oppringningene.

Kunnskapssenteret fikk overført navn, adresse, telefonnummer og løpenummer på pasienter samt navn på pasientenes fastleger i forbindelse med intervjuene for å sikre at vi snakker med riktig person og at vedkommende vurderte riktig fastlege. Hver pasient ble forsøkt kontaktet maksimum fem ganger.

Spørsmålene som ble stilt i telefonundersøkelsen var ett spørsmål trukket tilfeldig fra hver av hoveddelene i spørreskjemaet. Pilotintervjuer ble gjennomført i forkant av hovedundersøkelsen, men inkludert i hovedundersøkelsen siden det viste seg at ingen omfattende justeringer i skjema eller metodisk tilnærming var nødvendig.

Totalt ble 240 pasienter oppringt. Vi fullførte 86 intervjuer. 74 personer ønsket ikke å delta. De øvrige fikk vi av ulike grunner ikke gjennomført intervju med. Hovedtyngden av disse var personer vi ikke fikk tak i etter fem oppringninger. Vi erfarte at enkelte spørsmål og svarskalaer var vanskelig å besvare for eldre og pasienter med innvandrerbakgrunn.

Foreløpige resultater tyder på at det var små forskjeller mellom svarerne i hovedundersøkelsen og i telefonintervjuene. Den største forskjellen i gjennomsnittskåre på enkeltspørsmål for de to gruppene var 0,35 på en skala fra 1-5 (tilsvarende 8,75 på en skala fra 0 til 100). For å få et riktigere estimat av hvor skårene til de enkelte legene vil det være viktig å ha bakgrunnsdata om ikke-svarerne for vekting i framtidige undersøkelser. Resultatene fra telefonundersøkelsen vil bli analysert og publisert senere.

ENDRINGER MED BAKGRUNN I STORSKALAUNDERSØKELSEN

Storskalaundersøkelsen ga ikke grunnlag for å gjøre substansielle endringer i spørreskjemaet. Skjemaet beholdes slik det ble brukt i storskalaundersøkelsen til eventuelle framtidige undersøkelser av mer omfattende og nasjonal karakter.

Også datainnsamlingsopplegget fungerte tilfredsstillende i storskalaundersøkelsen og bør benyttes ved eventuelle fremtidige større undersøkelser.

VERKTØY TIL LOKALE UNDERSØKELSER

Som nevnt i innledningen til denne rapporten skulle vi vurdere mulighetene for å lage en kortversjon til bruk i lokalt forbedringsarbeid. Dette innebærer bl.a utarbeidelse av klare kriterier for valg av spørsmålstesting, og vil kreve en betydelig videre arbeidsinnsats for å ivareta skjemaets måleegenskaper og innholdsvaliditet (46, 47). Vi lagde en versjon av spørreskjemaet hvor bakgrunnsspørsmålene er fjernet. Dette skjemaet finnes i vedlegg 1.

Det var et mål for prosjektet å gi legekantorene tilgang til et registrerings- og analyseverktøy. Referansegruppa ønsket at dette skulle minimere behovet for å skrive inn spørreskjemadata manuelt, samt å gi automatisk genererte resultater.

Med mindre man har mulighet for skanning eller helt elektroniske løsninger for datainnsamling, vil man være nødt til å skrive inn data manuelt. Kunnskapssenteret utreder løsninger for elektronisk datainnsamling som ivaretar sikkerhet knyttet til sensitive data.

Som svar på denne målsettingen utviklet vi et verktøy i Excel som er tilpasset det skjemaet som er utviklet i dette prosjektet. Her kan data skrives inn manuelt, eller man kan kopiere inn elektronisk innsamlede data, og rapporteringer genereres fortløpende. Dette kan lastes ned fra våre nettsider www.pasopp.no²

² Direkte link til registreringsverktøyet:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sporreskemabanken/erfaringar-med-fastlegen-og-fastlegekontoret/attachment/193864?ts=14bc54e6f40>

7. Anbefalinger til lokale undersøkelser

Det finnes ingen allmenngyldig oppskrift på hvordan spørreskjemaundersøkelser bør gjennomføres. Basert på en omfattende litteraturgjennomgang er det anbefalt at valg av innsamlingsmåte blir gjort i hvert enkelt tilfelle, etter vurdering av en rekke faktorer som populasjon, forskningstema, utvalgsmetode og tilgjengelige ressurser (48). Flere studier underbygger denne anbefalingen ved å vise til fordeler og ulemper knyttet til ulike tilnærminger (49). I tillegg blir det etterlyst mer forskning på effekter av ulike metodevalg (48, 49).

Det kan være mange grunner til å gjennomføre lokale undersøkelser. En av dem er at de danner grunnlag for et lokalt forbedringsarbeid. Kunnskapssenteret har utviklet flere veiledninger til lokalt forbedringsarbeid (50-53). En av disse, sjekklister for lokale brukererfaringsundersøkelser, finnes i vedlegg 2. Sjekklisten inkluderer råd og anbefalinger til gjennomføring av lokale undersøkelser. Sjekklisten finnes også under "seksjonens verktøy" på våre hjemmesider www.pasopp.no³.

SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet i vedlegg 1 finnes i ulike formater både på bokmål og nynorsk, og kan lastes ned fra våre hjemmesider www.pasopp.no⁴ under temaet verktøy og bør benyttes uavkortet. Det er imidlertid mulig å gjøre lokale tilpasninger og legge til andre spørsmål eller tema. Som nevnt er skjemaet generisk og det er grunn til å anta at enkelte ønsker å inkludere spørsmål som er spesielt relevante for deres praksis eller spesielle pasientgrupper. Eventuelle tilleggsspørsmål bør plasseres etter de generiske kjernespørsmålene. Dette spørreskjemaet er utviklet med tanke på å måle et generelt inntrykk av fastlegen og dennes kontor. Dersom det er ønskelig å få en vurdering av «dagens konsultasjon» må dette skjemaet omarbeides.

³ Se også: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sporreskemabanken/erfaringar-med-fastlegen-og-fastlegekontoret>

⁴ Se også: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sporreskemabanken/erfaringar-med-fastlegen-og-fastlegekontoret>

Spørreskjemaet inneholder et felt for fritekstkommentarer, som kan gi verdifull tilleggsinformasjon til de kvantitative dataene. Man bør være bevisst på om et slikt felt skal inkluderes i skjemaet, og hvordan det eventuelt utformes og brukes. Pasientene kan skrive ting som bryter med anonymiteten. Det er derfor viktig at pasientene gjøres oppmerksomme på at de de skriver der vil bli lest av legen. Videre bør man ha en plan for hvilke opplysninger man ønsker å få på denne måten og hvordan de skal systematiseres og analyseres. Teksten «Her kan du skrive mer om dine erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret» kan eventuelt endres slik at det spisses mot spesifikke problemstillinger legen eller legekontoret ønsker å få vite mer om.

Bakgrunnsspørsmål truer anonymiteten til dem som svarer. Behovet for å inkludere slike spørsmål bør derfor vurderes nøye og ha et bestemt formål. Dersom det er nødvendig å inkludere bakgrunnsspørsmål bør svarverdiene være så grove at det ikke er mulig å direkte eller indirekte identifisere enkeltpersoner.

Vær oppmerksom på at lay-outen på skjemaet er viktig. Vi anbefaler derfor at det ikke endres på oppsettet av spørsmål. Legg gjerne inn egen logo på toppen av skjemaet og Kunnskapssenterets logo i bunnmargen med følgende tekst: "Skjemaet er basert på et skjema utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten".

Vedlegg 1: Spørreskjema til lokalt bruk

Dine erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret

- | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|
| | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad | Vet ikke |
| 1. Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Er du fornøyd med legekantorets tilgjengelighet på internett/SMS? (Bestilling av time, fornyelse av resepter) | Ja
<input type="checkbox"/> 1 | Nei
<input type="checkbox"/> 2 | | | | Vet ikke
<input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Sist du hadde behov for en time hos fastlegen din <u>raskt</u> , når fikk du time? | Samme dag
<input type="checkbox"/> 1 | Neste dag
<input type="checkbox"/> 2 | Etter 2 dager
<input type="checkbox"/> 3 | Etter mer enn 2 dager
<input type="checkbox"/> 4 | | Ikke aktuelt
→ gå til spørsmål 5
<input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Var denne ventetiden akseptabel? | Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> 1 | I liten grad
<input type="checkbox"/> 2 | I noen grad
<input type="checkbox"/> 3 | I stor grad
<input type="checkbox"/> 4 | I svært stor grad
<input type="checkbox"/> 5 | |

Spørsmål 5 og 6 gjelder kun timeavtaler som ikke haster (se bort fra timer med raskt behov for hjelp).

- | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| ⊥ | 0-1 dag
<input type="checkbox"/> 1 | 2-3 dager
<input type="checkbox"/> 2 | 4-7 dager
<input type="checkbox"/> 3 | 8-14 dager
<input type="checkbox"/> 4 | Mer enn to uker
<input type="checkbox"/> 5 | Ikke aktuelt
→ gå til spørsmål 7
<input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Hvor lenge må du vanligvis vente før du får en time hos fastlegen? | | | | | | |
| ⊥ | Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> 1 | I liten grad
<input type="checkbox"/> 2 | I noen grad
<input type="checkbox"/> 3 | I stor grad
<input type="checkbox"/> 4 | I svært stor grad
<input type="checkbox"/> 5 | |
| 6. Var denne ventetiden akseptabel? | | | | | | |

Vurdering av fastlegen

- | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad | |
| 7. Opplever du at fastlegen tar deg på alvor? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | ⊥ |
| 8. Opplever du at fastlegen har nok tid til deg? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 9. Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du forstår ham/henne? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 10. Opplever du at fastlegen er faglig dyktig? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 11. Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 12. Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 13. Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Ikke aktuelt
<input type="checkbox"/> 6 |
| 14. Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Organisering og øvrige ansatte

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
15. Opplever du at legekantoret er godt organisert?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
16. Opplever du at de øvrige ansatte er imøtekommende og dyktige?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	⊥
17. Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
18. Opplever du at du må vente på venterommet utover avtalt tidspunkt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
19. Foregår samtaler med fastlegen og øvrige ansatte på en måte som ivaretar ditt privatliv?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	⊥

Koordinering og samarbeid

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt/ vet ikke
20. Opplever du at fastlegen koordinerer ditt samlede helsetjenestetilbud på en god måte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21. Opplever du at fastlegen samarbeider bra med andre tjenester du har behov for?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Andre vurderinger

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
⊥					
22. Alt i alt, er du fornøyd med fastlegen din?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å <u>forstå</u> helseproblemene dine?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å <u>mestre</u> helseproblemene dine?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet hos fastlegen (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Her kan du skrive mer om dine erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret:

Vedlegg 2: Sjekkliste: Planlegging av lokale kvantitative brukerundersøkelser

Målet med denne tjenesten er å tilby en sjekkliste for prosjektleder eller tilsvarende rolle i planleggingen av lokale, kvantitative brukerundersøkelser.

Sjekklisten er avgrenset til undersøkelser i helsetjenesten som gjennomføres med kvalitetssikringsformål, ikke forskningsformål. Sjekklisten finnes også her:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-lokale-brukerundersokelser>

Vi presiserer at det ikke er meningen å tilby en fullstendig sjekkliste for alle mulige undersøkelsesopplegg i lokale undersøkelser, til det vil lokale preferanser og forhold variere for mye. På noen punkter gir vi imidlertid råd og anbefalinger, og disse er basert på erfaringer fra en rekke nasjonale og lokale brukererfaringsundersøkelser som Kunnskapssenteret har gjennomført, samt på metodeforskning som anses relevant på tvers av pasientpopulasjoner.

Sjekklisten er oppdelt i fire hovedbolker og inneholder en rekke underpunkter som det er viktig for prosjektleder å gå gjennom og avklare i planleggingen av undersøkelsen:

1. Formål, organisering og formalia
2. Utvalg
3. Spørreskjema
4. Gjennomføring av undersøkelsen

Detaljert oppskrift på gjennomføring av undersøkelser finnes for eksempel hos den danske enheten for brukerundersøkelser eller hos CAHPS i USA (se linker nedenfor).

<http://www.patientoplevelser.dk>

<https://www.cahps.ahrq.gov>

1. Formål, organisering og formalia

Er det tydelig definert hvorfor undersøkelsen skal gjennomføres? Begrunnelsene for lokale undersøkelser kan variere, men alle lokale undersøkelser bør definere dette eksplisitt i starten av planleggingsfasen. Et eksempel på en definisjon av formål finner man i de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene: "Formålet er å framskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer med helsetjenesten, som et ledd i å overvåke og forbedre helsetjenestens praksis". For at en lokal undersøkelse skal gi nyttig informasjon må man på forhånd være veldig tydelige på hva man ønsker å undersøke:

- Hvilke aspekter ved brukernes erfaringer ønsker man informasjon om?
- Er målgruppen for resultatene av undersøkelsen overordnet ledelse og/eller den enkelte ansatte?
- Skal resultatene fra undersøkelsen inngå i en overordnet prosess som sikter mot kvalitetsforbedring?
- Skal man sammenlikne seg med andre institusjoner?
- Skal man samle tidsserier som gjør det mulig å sammenlikne med seg selv over tid?
- Skal man sammenlikne på tvers av ulike diagnosegrupper?

Svar på slike spørsmål er spesifikke for hver enkelt undersøkelse, og vil innebære ulike føringer for den videre planleggingen. Men spørsmålene må besvares tidlig i planleggingsfasen av lokale brukerundersøkelser.

Er en kvantitativ brukererfaringsundersøkelse hensiktsmessig? Det er viktig å være klar over hva slags informasjon en spørreskjemaundersøkelse vil gi, samt fordelene og ulempene med slike undersøkelser. I en del tilfeller vil kvalitative undersøkelser være bedre tilpasset problemstillingen, det vil også normalt være mindre ressurskrevende. Kvantitative undersøkelser gir et øyeblikksbilde på hovedområder av brukererfaringer ved institusjonen/enheten, men er ikke egnet til å gå i dybden eller å finne forklaringer på resultatene. I noen tilfeller kan det være fordelaktig å supplere en kvantitativ måling med kvalitative tilnærminger, for eksempel fokusgruppeintervjuer med brukere for å identifisere mulige kvalitetsforbedringstiltak på områder som skårer dårlig i den kvantitative undersøkelsen. Råd om kvalitative undersøkelser finnes for eksempel hos den danske enheten for brukerundersøkelser:
<http://www.patientoplevelser>.

Er undersøkelsen tilstrekkelig forankret i ledelsen og godt organisert? Lederforankring med beslutning i ledermøte er viktig, herunder prosjektplan med dedikert prosjektleder, støtteressurser (adm, ikt, analyse) og vedtatt framdriftsplan (aktiviteter, ansvarlige, tidsfrister).

Har prosjektet avklart og ev. fått innvilget nødvendige tillatelser? Sjekklisten gjelder kvalitetssikring, og dersom slike undersøkelser oppretter personregistre må det søkes personvernombud (NSD eller eget) om tillatelse til gjennomføring. Dette er ikke nødvendig dersom undersøkelsen gjennomføres anonymt. Med personregister menes registre, fortegnelser mv. der personopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen.

Hvordan informere deltakerne og få samtykke? De som inviteres til å delta må gis god informasjon om undersøkelsen slik at de har et godt grunnlag for å bestemme seg for om de ønsker å delta. Informert samtykke innebærer en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra deltakerne. De som inviteres til å delta i undersøkelser som ikke er anonyme (dvs. at det opprettes et personregister), har lovbestemte krav ifht hva slags informasjon de skal ha før de ev. velger å delta. Mal for informasjonsskriv i slike undersøkelser finnes her:

http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/Veiledende_mal_for_informasjonsskriv.doc

Vi anbefaler å ta utgangspunkt i denne malen også når undersøkelsen skal gjennomføres anonymt, men selvsagt tilpasset innholdsmessig.

2. Utvalg

Er populasjonen for undersøkelsen tydelig definert? Med populasjon mener vi den institusjonen eller de personene som man ønsker å kunne si noe om. En lokal brukerundersøkelse vil naturlig nok sikte mot å si noe om en bestemt helseinstitusjon – en legevakt, en sykehusavdeling, en post el.l. på et gitt tidspunkt. Men ofte vil man av praktiske grunner måtte begrense utvalget noe. Et eksempel på en populasjonsdefinisjon er som følger: ”Pårørende til barn i alderen 0-16 år som er utskrevet fra somatiske barneavdelinger i Norge mellom 1.9.2005 – 24.11.2005. Poliklinikker og neonatalenheter er ekskludert, samt enheter fra barne(re)habilitering. Voksenposter-/avdelinger som behandler barn og psykiatrienheter er også ekskludert”.

Lengden på undersøkelsesperioden vil variere mellom undersøkelser, men for å få et godt bilde av brukererfaringene bør perioden være minimum 2 måneder.

Hvor stort bør utvalget være? Mange helseinstitusjoner er så små at man i praksis bør inkludere alle brukerne i en periode. I så fall må man forvente at resultatene vil fluktuere noe fra en undersøkelse til den neste fordi det er tilfeldig hvem som er brukere av tjenestene akkurat i denne perioden. Jo færre som svarer, jo større vil slike tilfeldige utslag virke inn på resultatene. For små institusjoner kan det også være aktuelt å vurdere å ha en kontinuerlig gjennomføring hvor alle brukerne bes om å svare på et skjema om sine erfaringer med institusjonen.

I de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene sikter man mot å få 100-200 svar fra hver institusjon (jo nærmere 200, jo bedre). Dette tallet reflekterer en balanse mellom på den ene siden å gjøre målingene så presise som mulig, og på den andre siden ønsket om å ha en nytteverdi som svarer til innsatsen. Vi vil også anbefale dette som en passende utvalgsstørrelse for lokale undersøkelser i mellomstore/store institusjoner. Dersom man allerede har gjennomført lokale undersøkelser, er det mulig å anslå hvor stor svarprosent man kan regne med å oppnå. Med en svarprosent på eksempelvis 50, vil man derfor måtte ha et utvalg på 200-400 personer (se punkt 4 ”Gjennomføring av undersøkelsen” for tips om hva man kan gjøre for å øke svarprosenten).

Hva slags prosedyrer kan man bruke for å ”trekke” utvalget? Utgangspunktet for

statistikk er at en helt tilfeldig stikkprøve vil være representativ for populasjonen. Gullstandarden for utvalgsundersøkelser er derfor at man trekker helt tilfeldig fra en komplett liste over alle personene som inngår i populasjonen.

Ofte er det ikke mulig eller hensiktsmessig å bruke en slik prosedyre i en lokal brukererfaringsundersøkelse;

- Det lokale pasientadministrative systemet kan medføre at det er praktisk vanskelig å lage en komplett liste over alle brukerne som grunnlag for trekking.
- Mange lokale brukerundersøkelser gjennomføres ved at spørreskjema deles ut på stedet. Det vil naturlig nok ikke være mulig å liste opp brukere som man ennå ikke har vært i kontakt med.
- Det kan også være at man av juridiske grunner ikke kan eller ønsker å bruke en slik liste (se også punkt 1 ”Formål, organisering og formalia”).
- Noen institusjoner kan ha et ønske om at *alle* brukere skal gi en tilbakemelding på sine opplevelser fordi dette i seg selv kan bidra til økt fokus på kvalitet i organisasjonen.
- Noen institusjoner er i tillegg så små at det ikke er hensiktsmessig å trekke i det hele tatt (se punktet ”Hvor stort bør utvalget være”).

Hvis man velger å trekke et utvalg i en lokal undersøkelse, kan en hensiktsmessig prosedyre være å rekruttere personer fortløpende i det de er i kontakt med institusjonen, for eksempel ved utskriving. For å sikre at utvalget ikke blir skjevt, bør man bruke et eller annet tilfeldig kriterium for å velge ut hvem som skal inviteres til å besvare undersøkelsen. Man må også være bevisst på at valg av inklusjonsperiode kan føre til skjevheter i utvalget. Hvis man eksempelvis har årstidsvariasjoner, bør man vurdere å ha flere inklusjonsperioder. Dersom man velger å ha en inklusjonsperiode på 2 måneder, kan man ta utgangspunkt i erfaringsdata om hvor mange brukere som er innom institusjonen i denne perioden. For små institusjoner kan det være hensiktsmessig å inkludere alle brukere helt til man når det på forhånd bestemte antallet, mens store institusjoner kan etablere en prosedyre hvor man velger hver n’te bruker ved utskriving. Dersom man eksempelvis har 4000 brukere i perioden, kan man velge hver tiende bruker. Uavhengig av hvordan man velger å gjøre dette, er det viktig å dokumentere den prosedyren som er brukt.

3. Spørreskjema

Skal vi utvikle et eget spørreskjema?

Generelt anbefaler vi å benytte eksisterende spørreskjemaer om brukererfaringer som er forskningsmessig kvalitetssikret i Norge (”validert”), forutsatt at det er hensiktsmessig for formålet med undersøkelsen. Dette er viktig for å sikre kvaliteten på skjemaet, for å unngå å bruke mye ressurser på utvikling og testing lokalt, samt for å ha større mulighet til å sammenligne resultater med andre. Kunnskapssenteret har utviklet og kvalitetssikret en rekke brukererfaringskjemaer, og disse kan fritt benyttes i lokale undersøkelser. Skjemaene kan lastes ned under

Verktøy/spørreskjemaer på nettsidene våre:

www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sporreskjemabanken/erfaringar-med-fastlegen-og-fastlegekontoret Det er også mulig å søke etter skjemaer i relevante forskingsmiljøer og databaser (for eksempel i <http://www.proqolid.org/>).

Det er selvsagt fullt mulig å legge til ekstra ”lokale” spørsmål i eksisterende skjemaer (for eksempel først eller sist i skjemaet), eller å velge ut enkeltdeler av skjemaet dersom undersøkelsen har et mer spesifikt formål. Et eksempel på sistnevnte kan være at man ønsker å måle kun brukernes erfaringer med organiseringen på avdelingen, i så fall er det viktig å inkludere alle enkeltspørsmål om organisering som henger sammen fra hovedskjemaet.

Hva hvis det ikke finnes et relevant og tilgjengelig skjema?

Dersom det ikke finnes et tilgjengelig, kvalitetssikret skjema som passer til formålet er det nødvendig å lage og teste noe selv. I så fall er det en fordel:

- At det er tydelig hva man ønsker å måle, at hovedområder i skjemaet begrunnes eksplisitt, og at man grupperer spørsmålene i spørreskjemaet etter hovedområder;
- At spørsmålene formuleres enkelt og entydig, at spørsmålene ikke krever uforholdsmessig mye tankearbeid, og at svarskalaen er tilpasset spørsmålene og de mulige svarene som kan gis. Gustav Haraldsens bok ”Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden” (Ad Notam Gyldendal 1999) inneholder mange gode råd om spørreskjemautforming. Se også punktet nedenfor om type spørsmål og svarkategorier.
- At en gruppe fra de ansatte går gjennom skjemaet og vurderer relevansen av spørsmålene;
- At spørreskjemautkastet testes ut på 5-10 brukere med fokus på om spørsmålene er relevante, om de forstås, om noe mangler og om svarverdiene passer. Brukerne kan fylle ut skjemaet først, dernest følges det opp med et strukturert intervju om relevans, om spørsmålenes forstås og om svarverdiene passer.
- At en person med kompetanse på spørreskjemametodikk er sentral i utvikling og testing av spørreskjemaet. Det er en fordel om dette er samme person som skal gjennomføre analysene.

Dersom man velger å bruke et validert spørreskjema som er laget for en litt annen pasientgruppe, vil det også være en fordel å teste skjemaet gjennom intervjuer (jfr. kulepunkt fem). Tilsvarende dersom man har laget et nytt skjema basert på elementer av andre skjemaer ev. også med lokale tilleggsspørsmål.

Hvilke type spørsmål og svarkategorier skal vi bruke?

I brukererfaringsskjemaer er det viktig å inkludere spørsmål som brukerne oppfatter som viktige, dvs. at brukere bør være en viktig kilde til spørsmålene. I tillegg er det viktig å stille konkrete spørsmål om hva som skjedde ved institusjonen; dette er mer anvendelig i kvalitetsarbeid enn generelle tilfredshetsspørsmål, og gir mer nyanserte

svar enn generelle spørsmål. Hoveddelen i brukererfarings skjemaer består derfor av spørsmål om konkrete erfaringer med helseinstitusjonen på viktige områder for brukerne, for eksempel spørsmål om informasjon, organisering og pleietjenesten.

Det er mest vanlig å bruke fempunkts svarskala i brukerundersøkelser. I de nasjonale undersøkelsene er følgende fempunkt svarskala mest benyttet: ”Ikke i det hele tatt”, ”I liten grad”, ”I noen grad”, ”I stor grad”, og ”I svært stor grad”. Kunnskapssenteret har god erfaring med denne skalaen, og kan anbefale denne til bruk lokalt. Dette forutsetter selvsagt at spørsmålsformuleringen tilpasses svarverdiene slik at de henger naturlig sammen.

Det er viktig å tenke gjennom behovet for bakgrunnsspørsmål. Slike spørsmål kan være negativt for respondentene dersom de opplever at anonymiteten blir truet. Dette er særlig viktig i en lokal undersøkelse fordi brukerne skal sende svaret til den samme institusjonen som de skal vurdere. Trusler mot anonymiteten kan føre til at brukerne oppgir å være mer positive enn de faktisk er, noe som i så fall gir en systematisk feil i målingen. Derfor bør bakgrunnsspørsmål begrunnes særskilt: hva skal spørsmålene konkret brukes til? Dersom de er av typen ”kjekt å ha” anbefaler vi å ikke inkludere spørsmålene. Dersom noen er av typen ”må ha” anbefaler vi å inndele spørsmålene i så grove kategorier at det ikke er mulig å bruke variablene til å identifisere enkeltpersoner indirekte.

Er det andre viktige momenter når det gjelder spørreskjemaet?

Det er viktig at spørreskjemaet gjør brukeren mest mulig motivert til å svare på undersøkelsen. Man bør velge et skjema som ser ”innbydende” og profesjonelt ut, og som gir svareren rask og god oversikt over hva skjemaet gjelder og hvordan det skal besvares.

Det kan også være en fordel å velge et åpningsspørsmål som antas å være viktig for brukerne eller som skaper litt ekstra interesse for undersøkelsen. Lokal kjennskap til brukergruppen kan gi nyttig innsikt ifht. åpningsspørsmål. Ev. bakgrunnsspørsmål kan plasseres til slutt i skjemaet.

Av hensyn til svarprosenten bør det ikke være for mange spørsmål i spørreskjemaet. Det er imidlertid vanskelig å gi et eksakt svar på skjemalengde eller antall spørsmål. Lokale forhold vil variere mye og dessuten er svarprosenten bare er ett av flere suksesskriterier. I de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene består skjemaene stort sett av under 50 spørsmål, og i mange lokale undersøkelser antar vi det vil være rimelig å ha et sted mellom 20 til 50 erfaringsspørsmål. Spørsmål av typen ”kjekt å ha” bør kuttes, slik at spørsmålene som stilles oppfattes som relevante for flest mulig av de som skal svare.

4. Gjennomføring av undersøkelsen

Hvordan informere om undersøkelsen? I undersøkelsesperioden bør det henge oppe informasjonsplakater om undersøkelsen på lett synlige steder på avdelingene som deltar. Ytterligere skriftlig informasjon om undersøkelsen bør være tilgjengelig på avdelingene for de brukerne som spør etter dette (for eksempel en informasjonsbrosjyre). Alle som inviteres til å delta tilbys et informasjonsbrev om undersøkelsen som forklarer formålet med undersøkelsen, at det er frivillig å delta, at svarene behandles konfidensielt, hvordan den skal gjennomføres mv (se punkt 1 om formalia). I postale undersøkelser vedlegges et informasjonsbrev sammen med spørreskjemaet. Dersom det er praktisk mulig anbefaler vi at hver bruker som blir invitert til å delta i en undersøkelse blir informert minst to ganger om undersøkelsen ved avdelingen, for eksempel ved ankomst og ved hjemreise. Dette er viktig for svarprosenten.

Hvordan skal spørsmålene i spørreskjemaet gis til brukerne? Det er mange muligheter, alt fra utlevering av skjema til brukerne mens de er på avdelingen, utsending av skjema i posten, intervju (ansikt til ansikt, telefon) og elektronisk utsending. Valget gjøres lokalt ut fra en vurdering av flere faktorer, spesielt økonomi, praktisk gjennomførbarhet, metodeforhold, og juridiske og tekniske spørsmål. Det vanligste i brukererfaringsundersøkelser er: i) utdeling av spørreskjemaer mens brukerne er på avdelingen (for eksempel ifbm utskrivning), eller ii) postalt spørreskjema som sendes hjem til brukerne i etterkant av oppholdet/konsultasjonen.

Hvor skal spørsmålene besvares? Spørsmålene kan besvares enten mens brukerne er på avdelingen eller hjemme. Generelt er det best om brukerne besvarer spørsmålene hjemme, for eksempel 1-4 uker etter oppholdet/konsultasjonen. Svar som er avgitt på avdelingen vil i større grad være påvirket av relasjonelle forhold mellom bruker og behandlende enhet, noe som øker faren for skjevhet i undersøkelsen ("for positivt"). Kortsiktige behandlingsekvenser, for eksempel smerter etter kirurgiske inngrep, vil også kunne gjøre at svar på avdelingen gir et feil bilde av brukernes erfaringer med ulike aspekter av oppholdet. En mulighet er at skjemaene deles ut ved avdelingen, men at brukerne får beskjed om å fylle ut skjemaet hjemme. For enkelte grupper kan det allikevel være nødvendig å fylle ut skjemaet på avdelingen, for eksempel innenfor avhengighetsbehandling.

Hvordan skal svarene samles inn? I de fleste tilfeller følger dette av hvordan spørsmålene gis til brukerne. Dersom man for eksempel sender postalt spørreskjema hjem til brukerne vil det være nærliggende å be brukerne returnere skjemaet i posten. Dersom skjemaet leveres ut på avdelingen kan ferdigutfylt skjema enten leveres til en kontaktperson på avdelingen før brukeren reiser hjem (dersom skjemaet skal besvares på avdelingen), eller brukeren kan ta skjemaet med hjem og returnere det i posten (viktig med ferdigfrankert konvolutt).

Hva slags system for datainnsamling skal etableres herunder mottak og registrering av svar? Som et minimum må alle svar samles ett sted og registreres i et dataprogram (excel, SPSS el.), med individer i rader, variabler i kolonner og verdier i celler. Mindre undersøkelser vil normalt punche svarene, mens det i store

undersøkelser kan være aktuelt å scanne svarene. Det er viktig å bestemme dataprogram- og innhold i planleggingsfasen, og etablere administrative rutiner inkl. avsetting av ressurser til å gjøre administrative oppgaver (se også punkt 1 "Formål, organisering og formalia"). Dersom man velger å benytte purringer for å få flere svar (se neste punkt), er det nødvendig å etablere et register på individnivå som gjør at purringer kun går til ikke-svarere. Dette vil i så fall medføre at undersøkelsen ikke lenger er anonym, og slike personregistre må meldes til NSD eller eget personvernombud. Manglende anonymitet kan medføre at brukere ikke "tør å være ærlige", det betyr at det bør foreligge særskilte grunner for å gjennomføre undersøkelsen ikke-anonymt. Det er også viktig å sikre seg at man ikke sender skjemaer til avdøde brukere, samt at faglig ansvarlig vurderer om enkelte brukere ikke bør få tilsendt skjema av "særlige menneskelige grunner".

Hvordan sikre høyest mulig svarprosent? Normalt vil telefonintervjuer, ansikt til ansikt intervjuer og andre mer personlige innsamlingsmåter gi høyest svarprosent. Dette er imidlertid svært ressurskrevende sammenlignet med selvutfylling av skjemaer. Noen tiltak som kan bidra til å øke svarprosenten i postale undersøkelser er som følger: purre på ikke-svarere, kort spørreskjema, inkludere ferdigfrankert returkonvolutt, inkludere pengegave el. (må vurdere etisk), brukervennlig skjema, tydeliggjøre og markedsføre hvorfor deltakelse er viktig. Når det gjelder utlevering på avdeling er dette et tiltak som i seg selv er positivt for svarprosenten, men som nevnt anbefaler vi generelt at brukerne besvarer skjemaet hjemme. Informasjon om undersøkelsen til brukerne er også viktig for svarprosenten, se eget punkt med anbefalinger vedr. informasjon ovenfor.

Hvordan skal dataene kvalitetssikres og analyseres? Det er en fordel at en person med kvantitativ analysekompetanse kvalitetssikrer og analyserer data. Alternativt bør dataprogrammet inneholde makroer/syntaxer som automatisk genererer resultattabeller og figurer. Det er viktig å vurdere hvilke analyser som skal gjøres i planleggingen av undersøkelsen, dette vil bl.a. legge føringer på utvalgsstørrelse. Det er også viktig å avklare hvilket analyseprogram som skal benyttes, om det er det samme som registreringsverktøyet (jfr. punkt om system for datainnsamling), hvilke(n) person(er) som er ansvarlige for analysen, og hvordan resultatene skal formidles og følges opp internt. I noen sammenhenger vil det også være gunstig å gjøre enkle frafallsanalyser som kan bidra til å sannsynliggjøre at utvalget er representativt, for eksempel ved å sammenlikne kjønns- og aldersfordeling i utvalget og i populasjonen. I så fall må man sørge for at man har slik informasjon. Tilleggsstudier knyttet til de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene viser at utvalg kan være rimelig representative selv med 40 % svarandel.

Vedlegg 3: Referansegruppe

Tabell 5: Oversikt over deltakere i referansegruppen i prosjektet

Navn	Stilling	Arbeidssted
Anne Grimstvedt Kvalvik/ Erik Sverrbo	Seniorrådgiver	Helse Vest RHF
Bjørnar Nyen	Seniorrådgiver/ Kommuneoverlege	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/ Porsgrunn kommune
Frøydis Gullbrå	Kommuneoverlege	Modalen kommune
Guri Rørtveit	Forskningsleder	Allmennt medisinsk forskningsenhet Bergen - Uni Helse
Inger Lyngstad	Lege	Ringerike medisinske senter
Jan Magne Linnsund	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
Kirsti Malterud	Lege/Seniorforsker	Fjellsiden legesenter/Allmennt medisinsk forskningsenhet Bergen - Uni Helse
Knut Midthaug		Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Mette Kammen	Generalsekretær	Mental helse
Sirin Johansen	Lege	Nordbyen legesenter
Steinar Hunskaar	Forskningsleder	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Uni Helse

Vedlegg 4: Resultater fra storskalaundersøkelsen

Vi viser her de nasjonale resultatene fra storskalaundersøkelsen. Resultatene er ikke vektet fordi vi manglet data om ikke-svarere. Vi viser først skårene på indikatorene som er beregnet på en skala fra 0 til 100 hvor 100 angir best mulige resultat.

Deretter presenterer vi resultatene på enkeltspørsmål. Disse er i hovedsak besvart på en skala fra 1 til 5 hvor 5 er best og en høy gjennomsnittsskåre indikerer positiv vurdering. Unntakene er markert i tabellen.

INDIKATORER

Tabell 6: Antall svar, gjennomsnittsskåre og standardavvik på indikatorene. Skåre 0-100 hvor 100 er best.

	Antall svar	Gjennomsnitt	Standardavvik
Legen	2170	79	17,8
Kontoret	2314	79	18,8
Mestring	2325	66	21,6
Samhandling	1649	74	21,3
Tilgjengelighet	2354	63	20,6
Pasientsikkerhet	2327	90	19,8

ENKELTSPØRSMÅL

Tabell 7 viser antall svar, gjennomsnittsskåre og prosentvis fordeling i svarkategorier for alle spørsmål i spørreskjemaet. For de fleste spørsmålene er svarkategoriene fra 1-5 Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad. Unntakene er merket i tabellen og gjelder følgende spørsmål:

- Spørsmål 2, svarkategorier 1 -2: Ja og Nei.
- Spørsmål 3, svarkategorier 1-4: Samme dag, Neste dag, Etter 2 dager, Etter mer enn 2 dager
- Spørsmål 5, svarkategorier 1-5: 0-1 dag, 2-3 dager, 4-7 dager, 8-14 dager, Mer enn to uker

- Spørsmål 28, svarkategorier 1-5: Utmerket, Meget god, God, Nokså god, Dårlig
- Spørsmål 29, svarkategorier 1-4: Ja ett, Ja to, Ja tre eller flere, Nei. I framstillingen er dette omkodet slik at Nei har verdien 0 og skalaen har verdiene 0,1,2,3 eller fler.
- Spørsmål 30, svarkategorier 1-3: Pasienten selv, Pårørende til barn under 16 år, Pårørende til andre

Tabell 7: Antall svar, gjennomsnittsskåre og prosentvis fordeling i svarkategorier for alle spørsmål i spørreskjemaet.

Spm nr		Antall svar	Snitt	1	2	3	4	5
				Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Tilgjengelighet								
1 ⁵	Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon?	2325	2,2	33,0	32,5	22,5	8,3	3,7
2 ⁵	Er du fornøyd med legekantorets tilgjengelighet på internett eller SMS?	1232	1,2	82,2 ⁶	17,8			
3 ⁵	Sist du hadde behov for en time hos legen raskt, når fikk du time?	1981	2,0	48,8 ⁷	20,5	12,2	18,5	
4	Var denne ventetiden akseptabel?	1964	3,8	6,9	9,9	16,4	28,0	8,8
5 ⁵	Hvor lenge må du vanligvis vente før du får en time hos fastlegen?	2146	3,1	11,1 ⁸	18,9	26,3	21,1	13,0
6	Er denne ventetiden akseptabel?	2117	3,4	9,0	12,4	29,1	30,8	18,8
Vurdering av fastlegen								
7	Opplever du at fastlegen tar deg på alvor?	2354	4,2	1,4	2,3	10,4	40,4	45,4
8	Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?	2350	4,0	2,1	4,6	18,0	43,9	31,4
9	Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du forstår ham eller henne?	2352	4,3	0,6	1,7	8,7	43,2	45,9
10	Opplever du at fastlegen er faglig dyktig?	2342	4,2	0,3	2,0	11,9	49,6	36,3
11	Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon?	2341	4,1	0,9	3,8	14,7	45,0	35,6
12	Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?	2333	4,1	0,9	2,9	15,7	47,7	32,8
13	Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine?	2162	4,1	1,3	3,7	16,3	42,7	36,0
14	Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner?	1994	3,6	3,4	11,1	26,0	38,5	21,0

⁵ Spørsmålet er formulert slik at en lav skåre gir en positiv vurdering

⁶ Spørsmål 2 har svarskala 1) Ja, 2) Nei.

⁷ Spørsmål 3 har svarskala 1) Samme dag, 2) Neste dag, 3) Etter 2 dager, 4) Etter mer enn 2 dager

⁸ Spørsmål 5 har svarskala 1) 0-1 dag, 2) 2-3 dager, 3) 4-7 dager, 4) 8-14 dager, 5) Mer enn to uker

Spm nr		Antall svar	Snitt	1	2	3	4	5
				Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Organisering og øvrige ansatte								
15	Opplever du at legekantoret er godt organisert?	2343	3,9	1,7	3,6	19,9	54,5	20,4
16	Opplever du at de øvrige ansatte er imøtekommende og dyktige?	2347	4,0	0,8	2,9	16,9	50,8	28,6
17	Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?	2307	2,9	0,9	2,5	10,8	42,4	43,5
18 ⁵	Opplever du at du må vente på venterommet utover avtalt tidspunkt?	2351	2,9	5,5	31,7	37,6	15,7	9,5
19	Foregår samtaler med fastlegen og øvrig personale på en måte som ivaretar ditt privatliv?	2303	4,0	4,4	2,7	10,4	49,8	32,7
Koordinering og samarbeid								
20	Opplever du at fastlegen koordinerer ditt samlede helsetilbud på en god måte?	1843	4,0	1,2	5,0	17,5	48,2	28,1
21	Opplever du at fastlegen samarbeider bra med andre tjenester du har behov for?	1745	4,0	1,7	5,3	17,1	45,3	30,5
Andre vurderinger								
22	Alt i alt, er du fornøyd med fastlegen din?	2347	4,2	1,2	2,9	11,9	39,0	45,0
23	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?	2321	2,7	2,1	7,0	25,8	46,0	19,1
24	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å mestre helseproblemene dine?	2313	3,1	2,4	8,1	29,5	42,5	17,5
25	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?	2304	3,5	3,5	9,9	31,6	38,5	16,1
26 ⁵	Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet hos fastlegen (etter det du selv kan bedømme)?	2327	1,4	72,9	17,7	6,0	2,3	1,1
27	Vil du anbefale fastlegen din til venner eller familie?	2188	4,2	3,7	4,5	13,7	34,6	43,5
Bakgrunnsopplysninger								
28 ²	Stort sett hvordan vil du si at din helse er..?	2359	2,8	10,6 ⁹	28,3	34,0	21,1	6,0
29	Har du et varig helseproblem?	2338	1,1	32,0 ¹⁰	34,9	20,0	13,0	
30	Hvem har fylt ut spørreskjemaet?	2354	1,1	88,2 ¹¹	10,3	1,5		

9 Spørsmål 28 har svarskala 1) Utmerket, 2) Meget god, 3) God, 4) Nokså god, 5) Dårlig.

10 I spørreskjemaet har spørsmål 29 svarskala 1) Ja ett, 2) Ja to, 3) Ja tre eller flere, 4) Nei. I denne tabellen er Nei-kategorien omkodet til 0. slik at framstillingen viser inndelingen 0, 1, 2, og 3 eller flere.

11 Spørsmål 30 har svarskala 1) Pasienten selv, 2) Pårørende til barn under 16 år, 3) Pårørende til andre

Vedlegg 5: Spørreskjema benyttet i storskalaundersøkelsen

Dine erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret

Vi ber om at du i dette skjemaet vurderer den fastlegen du har nå (se informasjonsbrevet).

Tilgjengelighet

1. Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke*

⊥

2. Er du fornøyd med legekantorets tilgjengelighet på internett/SMS? (Bestilling av time, fornyelse av resepter)

- Ja
- Nei
- Vet ikke*

3. Sist du hadde behov for en time hos fastlegen din raskt, når fikk du time?

- Samme dag
- Neste dag
- Etter 2 dager
- Etter mer enn 2 dager
- Ikke aktuelt* → **gå til spørsmål 5**

4. Var denne ventetiden akseptabel?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

⊥

Spørsmål 5 og 6 gjelder kun timeavtaler som ikke haster (se bort fra timer med raskt behov for hjelp).

5. Hvor lenge må du vanligvis vente før du får en time hos fastlegen?

- 0-1 dag
- 2-3 dager
- 4-7 dager
- 8-14 dager
- Mer enn to uker
- Ikke aktuelt* → **gå til spørsmål 7**

6. Er denne ventetiden akseptabel?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

⊥

Vurdering av fastlegen

7. Opplever du at fastlegen tar deg på alvor?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

8. Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

9. Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du forstår ham/henne?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

⊥

10. Opplever du at fastlegen er faglig dyktig?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

⊥

11. Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

12. Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

13. Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad
 Ikke aktuelt

14. Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad
 Ikke aktuelt

⊥

15. Opplever du at legekantoret er godt organisert?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

16. Opplever du at de øvrige ansatte er imøtekommende og dyktige?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

⊥

17. Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad
 Ikke aktuelt

18. Opplever du at du må vente på venterommet utover avtalt tidspunkt?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

19. Foregår samtaler med fastlegen og øvrige ansatte på en måte som ivaretar ditt privatliv?

- Ikke i det hele tatt
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

⊥

Koordinering og samarbeid

20. Opplever du at fastlegen koordinerer ditt samlede helsetjenestetilbud på en god måte?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Ikke aktuelt

21. Opplever du at fastlegen samarbeider bra med andre tjenester du har behov for?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Ikke aktuelt/vet ikke

⊥

Andre vurderinger

22. Alt i alt, er du fornøyd med fastlegen din?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

23. Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

24. Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å mestre helseproblemene dine?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

⊥

25. Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

26. Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet hos fastlegen (etter det du selv kan bedømme)?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

27. Vil du anbefale fastlegen din til venner/familie?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke

⊥

Bakgrunnsopplysninger

28. Stort sett, vil du si at din helse er...

- Utmerket
- Meget god
- God
- Nokså god
- Dårlig

⊥

29. Har du et varig helseproblem?

(Med varig menes helseproblem som har vart minst seks måneder eller nyere helseproblem som du regner med vil bli varig.)

- Ja, ett
- Ja, to
- Ja, tre eller flere
- Nei

30. Hvem har fylt ut spørreskjemaet?

- Pasienten selv
- Pårørende til barn under 16 år
- Pårørende til andre



Referanser

1. Sosial- og helsedepartementet. Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen). Ot.prp 99 (1998-99).
2. HELFO. Søk etter fastleger. Tilgjengelig fra: <https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/fastlegesokikkepalogget.do>
3. Helsedirektoratet. Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/refusjonsordninger/tall-og-analyser/Documents/hovedtallsrapport-2010.pdf>
4. Helsedirektoratet. Fastlegestatistikken 2013. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/refusjonsordninger/tall-og-analyser/fastlege/Sider/fastlegestatistikken-2013.aspx>
5. Grytten J, Skau I, Sørensen RJ, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Sandvika: 2003
6. Danielsen K, Iversen H, Bjaertnes OA. Pasienterfaringer med allmennleger - en kartlegging av relevante måleinstrumenter. Oslo: 2009
7. Bjaertnes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Family Practice* 2011;28(3):342-349.
8. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis. *TidsskrNor Laegeforen* 2000;120(21):2503-2506.
9. Lurås H. The association between patient shortage and patient satisfaction with general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007;25(3):133-139.
10. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice* 2001;18:410-418.
11. Haugum M, Bjertnæs ØA, Iversen HH, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i 10 land: norske resultater i 2012 og utvikling siden 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11-2012).
12. Holmboe O, Bjaertnes OA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Rapport fra kunnskapssenteret nr 24 - 2009).

13. Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjettet for 2011. St. prp 1 (2010-2011).
14. Norsk forening for allmennmedisin. KUPs syn på spørreundersøkelser ved allmennlegekontorer (Brev til Kunnskapscenteret). 2010.
15. Bjertnaes O, Garratt A, Nessa J. The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services. *FamPract* 2007;24(4):336-342.
16. Bjertnaes OA, Garratt A, Ruud T, Hunskaar S. The General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ): validity and reliability following the inclusion of new accessibility items. *Fam Pract* 2010;27(5):513-519.
17. Garratt A, Bjertnaes O, Barlinn J. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. *Acta Paediatr* 2007;96(2):246-252.
18. Garratt A, Bjertnaes O, Krogstad U, Gulbrandsen P. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *QualSaf Health Care* 2005;14(6):433-437.
19. Garratt A, Bjertnaes OA, Holmboe O, Hanssen-Bauer K. Parent Experiences Questionnaire for Child and Adolescent Mental Health Services (PEQ-CAMHS): reliability and validity following a national survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011;5(18).
20. Garratt A, Bjorngaard JH, Dahle KA, Bjertnaes OA, Saunes IS, Ruud T. The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *NordJPsychiatry* 2006;60(2):89-96.
21. Garratt A, Danielsen K, Bjertnaes O, Ruud T. PasOpp - en metode for å måle brukererfaringer i psykisk helsevern [PIPEQ--a method for measurement of user satisfaction in mental health services]. *TidsskrNor Laegeforen* 2006;126(11):1478-1480.
22. Garratt AM, Danielsen K, Forland O, Hunskaar S. The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): data quality, reliability, and validity. *Scand J Prim Health Care* 2010;28(2):95-101.
23. Iversen HH, Holmboe O, Bjertnaes OA. The Cancer Patient Experiences Questionnaire (CPEQ): reliability and construct validity following a national survey to assess hospital cancer care from the patient perspective. *BMJ Open* 2012;2(5).
24. Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes O, Bjornsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *ScandJPublic Health* 2007;35(5):540-547.
25. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004;16(6):453-463.
26. Skudal KE, Garratt AM, Eriksson B, Leinonen T, Simonsen J, Bjertnaes OA. The Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ): cross-national comparison of data quality, internal consistency and validity in four Nordic countries. *BMJ Open* 2012;2(3).

27. Chisholm A, Askham J. What do you think of your doctor? A review of questionnaires for gathering patients' feedback on their doctor. Oxford: Picker Institute Europe; 2006
28. Evans RG, Edwards A, Evans S, Elwyn B, Elwyn G. Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. *Family Practice* 2007;24:117-127.
29. Lester H, Roland M. Performance measurement in primary care. I: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, red. Performance Measurement for Health System Improvement; Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. s. 371-405.
30. Ottosson J-O, (red). Patient-läkarrelationen; Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur i samarbete med SBU; 1999. (SBU:s publikationsserie nummer 144).
31. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen: University Medical Centre; 2000.
32. Campbell J, Smith P, Nissen S, Bower P, Elliott M, Roland M. The GP patient survey for use in primary care in the national health service in the UK- development and psychometric characteristics. *BMC Family Practice* 2009;10(57).
33. CAHPS. Adult Primary Care Questionnaire. Tilgjengelig fra: <https://www.cahps.ahrq.gov/surveys-guidance/cg/instructions/12monthsurvey.html>
34. Ramsey J, Campbell JL, Schotera S, Greena J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 2000;17(5):372-379.
35. Institutet för kvalitetsindikatorer. Tilgjengelig fra: <http://www.indikator.org/>
36. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison. *Family Practice* 1999;16(1):4-11.
37. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2008;26(3):174-180.
38. Mercer SW, Howie JG. CQI-2--a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. *Br J Gen Pract* 2006;56(525):262-268.
39. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(4):319-328.
40. Oltedal S, Garratt A. Videreutvikling av spørreskjema for å måle pasienterfaringer blant inneliggende somatiske pasienter. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. (PasOpp-rapport nr 2-2006).
41. HELFO. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. 2011

42. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3. New York: Mc-Graw Hill; 1994.
43. Sosial- og helsedirektoratet. -og bedre skal det bli! : en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
44. Dahle KA, Helgeland J, Garratt A. Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. (PasOpp-Rapport Nr 3-2008).
45. Groven G, Holmboe O, Helgeland J, Bjertnæs ØA, Iversen HH. Brukererfaringer med poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. Nasjonale resultater i 2007 og utvikling fra 2004 . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. (PasOpp-rapport nr 5-2008).
46. Goetz C, Coste J, Lemetayer F, Rat AC, Montel S, Recchia S, et al. Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurement scales. J Clin Epidemiol 2013;66(7):710-718.
47. Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. On the sins of short-form development. Psychol Assess 2000;12(1):102-111.
48. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. 2001. (Health TechnolAssess).
49. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. 2002. (Health TechnolAssess).
50. Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, Konsmo T, Nyen B, Udness E, et al. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. (Notat).
51. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister: Planlegging av lokale, kvantitative brukerundersøkelser. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/attachment/190927?ts=149618c96fo>
52. Nyen B. Forbedringsarbeid og statistisk prosesskontroll (SPC). Versjon 2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/attachment/167533?ts=14853ccbd3f&download=true>
53. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Veiledning for legevakter som vil gjennomføre en brukerundersøkelse. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/attachment/190936?ts=14965e330d7>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Rapport: ISBN 978-82-8121-936-6 ISSN 1890-1565 (PasOpp-rapport)

Rapport om brukeropplevd kvalitet

 **kunnskapssenteret**
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Undersøkelser av brukeropplevd kvalitet

I de senere årene er det lagt større vekt på synspunktene til brukere og pårørende og på at de ulike delene av tjenesten skal være godt samordnet. Undersøkelsene om brukeropplevd kvalitet beskriver erfaringene til dem som ser tjenestene fra innsiden. Det er laget spørreskjemaer tilpasset ulike områder innenfor helsetjenesten. Spørsmålene handler om opplevelser, faktiske hendelser og tilfredshet med tjenestene. Publikasjoner innen dette området inngår i serien PasOpp-rapporter, utledet av Pasientopplevelser.

Denne rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utviklet en metode for å måle pasientenes erfaringer med fastleger og fastlegekontorer. Rapporten beskriver utviklingen av metoden og gir råd om gjennomføring av lokale undersøkelser. Arbeidet var bestilt av Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Uni Research i Bergen.