

Pasienterfaringer med allmennleger.


En kartlegging av relevante måleinstrumenter.

Notat fra Kunnskapssenteret
november 2009

 **kunnskapssenteret**
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Bakgrunn: Pasienters erfaringer og tilfredshet er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten. Formålet med denne litteraturgjennomgangen har vært å finne relevante og validerte måleinstrument som måler pasienter og /eller pårørendes erfaringer med allmennleger. **Metode:** Søkestrategien ble satt sammen av søkeord relatert til pasienterfaringer, allmennlegetjenesten, spørreskjema og måleinstrument. Vi søkte i databasene CINAHL, EMBASE, MEDLINE(R) og PsycINFO. **Resultat:** Vi identifiserte 15 validerte måleinstrumenter, men seks av disse ble ekskludert fordi de ikke var relevante for vårt formål. Blant de gjenværende ni måleinstrumentene er to, PEQ og EUROPEP, validert og brukt i Norge, og er derfor av særskilt interesse. Vi identifiserte også en systematisk litteraturgjennomgang av relevante måleinstrumenter. Litteraturgjennomgangen viste at de fleste instrumenter har et forbedringspotensial, og at det er behov for å vektlegge tydeligere hva formålet er med å måle og formidle pasienters vurderinger av allmennleger. **Konklusjon:** Vår kartlegging viser at det er et godt grunnlag for å utvikle eller videreutvikle en metode for å måle pasienters

(fortsetter på baksiden)



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN: 978-82-8121-305-0

november 2009



 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) erfaringer med allmennleger i Norge. Det ene instrumentet som er validert i Norge, EUROPEP, er et praktisk startpunkt fordi det er oversatt og validert i en rekke land.

Tittel	Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Kirsten Danielsen, <i>forsker (prosjektleder)</i> , Hilde Hestad Iversen, Øyvind Andresen Bjertnæs
ISBN	978-82-8121-305-0
Notat	metodeutvikling
Prosjektnummer	329
Antall sider	28
Oppdragsgiver	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Sitering	Danielsen K, Iversen HH, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter. Notat, november 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

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. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, november 2009

Oppsummering

Pasienters erfaringer og tilfredshet er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten. Formålet med denne litteraturgjennomgangen har vært å finne relevante og validerte måleinstrument som måler pasient- og /eller pårørendeerfaringer med allmennleger. Søkestrategien ble satt sammen av søkeord relatert til pasienterfaringer, allmennlegetjenesten, spørreskjema og måleinstrument. Vi søkte i databasene CINAHL, EMBASE, MEDLINE(R) og PsycINFO.

Vi identifiserte 15 validerte måleinstrumenter, men seks av disse ble ekskludert fordi de ikke var relevante for vårt formål. To av de ni gjenværende måleinstrumentene, The patient experience questionnaire (PEQ) og EUROPEP, var validert og brukt i Norge og var av særskilt interesse. Vi identifiserte også en systematisk litteraturgjennomgang av relevante måleinstrumenter. Litteraturgjennomgangen viste at de fleste instrumenter har et forbedringspotensial, og at det er behov for tydeligere vektlegging av formålet med å måle og formidle pasienters vurderinger av allmennleger.

Vår kartlegging viser at det er et godt grunnlag for å utvikle eller videreutvikle en metode for å måle pasienters erfaringer med allmennleger i Norge. Det ene instrumentet som er validert i Norge, EUROPEP, er et naturlig startpunkt fordi det er oversatt og validert i en rekke land.

Summary

Patients' experiences and satisfaction is an important part of the quality of health services. The purpose of this literature review has been to find relevant and validated instruments to measure the patients' and / or guardians' experiences with general practitioners. The search strategy was composed of keywords related to patient experiences, general practitioner services, questionnaire and instrument. We searched in the databases CINAHL, EMBASE, MEDLINE (R) and PsycINFO.

We identified 15 validated instruments, but six of these were excluded because they were not relevant for our purposes. Two of the nine remaining instruments, The patient experience questionnaire (PEQ) and EUROPEP, were validated and used in Norway, and were therefore of particular interest. We also identified a systematic literature review of relevant instruments. The literature review showed that most instruments have a potential for improvement, and that there is a need for clearer emphasis on the purpose of the measurement and communication of patients' assessments of general practitioners.

Our review shows that there is a good basis to develop or further develop a method for measuring patients' experiences of general practitioners in Norway. One of the instruments that are validated in Norway, EUROPEP, is a natural starting point because it has been translated and validated in a number of countries.

Innhold

OPPSUMMERING	2
SUMMARY	3
1. INNLEDNING	5
Bakgrunn og formål	5
Utvikling og validering av spørreskjema	6
Oppbygging av notatet	7
2. ALLMENNLEGETJENESTEN I NORGE	8
Organisering av allmennlegetjenesten	8
Pasienterfaringer før og etter fastlegeordningen	8
3. METODE	10
Søkestrategi	10
Inklusjonskriterier	10
Beskrivelse av spørreskjema	11
4. RESULTATER	12
Skjema validert i Norge: EUROPEP	12
Skjema validert i Norge: The Patient Experience Questionnaire (PEQ)	15
Systematisk litteraturgjennomgang: Evans et al. 2007	16
Andre instrumenter	20
REFERANSER	24

1. Innledning

BAKGRUNN OG FORMÅL

Pasienters erfaringer og tilfredshet er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten (1,2). Viktigheten av systematisk kartlegging og bruk av pasienters erfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring, styring og sykehusvalg framheves både i Nasjonal helseplan (3) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (4). I Norge kartlegges brukererfaringer systematisk gjennom lokale eller nasjonale undersøkelser (5). Disse undersøkelsene danner blant annet grunnlaget for kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (6).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har tidligere utviklet en rekke spørreskjema om brukererfaringer til bruk i spesialisthelsetjenesten, både for somatiske sykehus og i psykisk helsevern (7-13). De siste årene har primærhelsetjenesten vært et viktig satsningsområde, i første omgang legevaktjenesten (14,15). Denne satsningen startet i 2006 da Kunnskapssenteret gjennomførte en litteraturgjennomgang hvor målet var å identifisere validerte måleinstrumenter i legevaktjenesten. Etter at denne litteraturgjennomgangen var avsluttet inngikk Kunnskapssenteret et samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen om å utvikle et spørreskjema for å måle pasienters og pårørendes tilfredshet med legevaktjenesten, og i 2008 var spørreskjemaet klart (14,15).

Foreliggende kartlegging av instrumenter for måling av pasienterfaringer med allmennleger er initiert av Kunnskapssenteret. Formålet har vært å undersøke hva som finnes av validerte og relevante instrumenter for å måle pasienterfaringer med allmennleger. Med relevante instrumenter menes i denne sammenheng instrumenter som er validert i Norge, instrumenter som er validert internasjonalt eller systematiske litteraturgjennomganger om måleinstrumenter på dette området. Utvikling og validering av spørreskjemaer er en svært omfattende prosess, og det er derfor viktig at man i forkant identifiserer og vurderer allerede eksisterende, validerte spørreskjemaer.

UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA

Utvikling og validering av spørreskjemaer for å måle brukererfaringer er en omfattende prosess. Emner og spørsmål med potensiell relevans for den aktuelle brukergruppen må identifiseres, og spørsmål og skalaer må konstrueres og testes (16). Innholdet i et måleinstrument kan bestemmes fra litteraturgjennomgang, teori og kvalitative intervjuer med brukere eller helsepersonell. Vanligvis baseres innholdet i et spørreskjema på en kombinasjon av disse metodene. For å øke innholdsvaliditeten er det nødvendig at brukernes synspunkter blir tatt hensyn til når man lager spørsmålene til et spørreskjema (17). Når spørsmålene er laget, må svarskalaen bestemmes. Det vanligste er å bruke en skala med fem beskrivende svarverdier, som for eksempel en Likert – skala. Når svarskalaen er konstruert, blir spørreskjemaet vanligvis testet på et lite, representativt utvalg av brukere for å se om det er spørsmål som er uklare eller tvetydige (16).

Før et spørreskjema kan anbefales for bruk er det nødvendig å gjøre tester av skjemaets reliabilitet og validitet. Datakvaliteten, svarskalaene og spørreskjemaets ulike dimensjoner/underliggende strukturer bør testes samtidig. Når det gjelder enkeltspørsmål er det viktig å se på frafall på enkeltspørsmål (missing data) og svarfrekvens. Spørsmål med stor andel manglende svar bør tas ut av spørreskjemaet. Spørsmål som er skjevfordelt mot enten det mest positive eller det mest negative svaralternativet (floor and ceiling) bør også tas ut av spørreskjemaet fordi de ikke skiller godt nok mellom positive og negative brukererfaringer (16).

De som utvikler spørsmål har ofte hypoteser basert på egne erfaringer og teorier om hva slags spørsmål som bør være med i spørreskjemaet, men spørsmål kan også utvelges empirisk ved hjelp av statistiske teknikker som faktoranalyse og principal component analysis (PCA). Sistnevnte teknikk vurderer den underliggende strukturen for spørsmålene og lager grupper, eller dimensjoner, av spørsmål som måler omtrent det samme. Den interne konsistensen for disse dimensjonene blir vanligvis sjekket ved enkeltspørsmål-skala-korrelasjon (18).

Reliabilitet har å gjøre med intern konsistens, det vil altså si styrken på relasjonen mellom et spørsmål og resten av dimensjonen. Cronbachs alfa måler korrelasjonen mellom alle spørsmålene i en dimensjon, og bør resultere i et reliabilitetsestimat som er over 0,7. Jo høyere alfa-verdien er, jo sterkere er korrelasjonen mellom spørsmålene i dimensjonen (18,17). Spørreskjema som ikke kun består av enkeltspørsmål må bruke test-retest for å måle spørreskjemaets reliabilitet. Dette er en metode som tar hensyn til endringer over tid og er et konkret mål på om et spørreskjema gir liknende resultater ved gjentatt bruk. Ved å gjøre en test-retest kan man se om resultatskårene for det samme spørreskjemaet er omtrent de samme på to tidspunkt. Det finnes ikke klare regler på hvor lang tid det skal gå mellom første og andre utsendelse av spørreskjema til en gruppe brukere. Likevel er det enighet om at det ikke bør være så kort tid at brukerne tydelig kan huske hva de svarte første

gangen de fylte ut spørreskjemaet, men heller ikke så lang tid at brukerens helsetilstand eller erfaringsgrunnlag kan ha endret seg vesentlig. I praksis vil det gå minst to uker mellom første og andre gang en bruker får et spørreskjema i en postal spørreundersøkelse.

Både kvalitative og kvantitative metoder kan brukes for å måle et spørreskjemas validitet. Er spørreskjemaet valid betyr det at det måler hva det er laget for å måle. Validiteten kan imidlertid ikke fastsettes ved en enkelt analyse, men er noe som bør måles i forbindelse med bruken av spørreskjemaet. Nye spørreskjemaer, spørreskjemaer som har blitt endret og spørreskjemaer brukt i nye settinger må alltid validitetstestes (16).

OPPBYGGING AV NOTATET

I kapittel 1 beskrive prosjektets bakgrunn og formål. Kapittel 2 gir en oversikt over organiseringen av allmennlegetjenesten i Norge. Kapittel 3 er metodekapittel, hvor søkestrategi, inklusjonskriterier og kriterier for vurdering av spørreskjema er beskrevet. I kapittel 4 ser vi på resultater fra litteratursøket og beskriver hovedresultatene i kartleggingen.

2. Allmennlegetjenesten i Norge

ORGANISERING AV ALLMENNLEGETJENESTEN

En fastlege defineres som en allmennlege som driver en praksis der det foreligger en formell avtale om et lege - pasientforhold som gir pasienten rett til tjenester hos denne legen (19). En allmennlege er en lege som utøver allmennmedisin i første linje, og som i tillegg formidler og koordinerer tjenester som pasienten trenger innen ulike deler av helsetjenesten (20). I 2007 var det 4396 fastleger ansatt i kommunehelsetjenesten, og i 2008 hadde antallet økt til 4533 (21,22). Statistikkgrunnlaget for allmennlegetjenesten er imidlertid mangelfullt og det arbeides med å etablere bedre systemer for data fra allmennlegetjenesten (21).

I 1984 ble det gjennomført en viktig reform da Lov om helsetjenesten i kommunene ble vedtatt. Loven resulterte i at det statlige distriktslegevesenet ble avviklet, og kommunene overtok ansvaret for å tilby innbyggerne allmennmedisinske og samfunnsmedisinske tjenester. Norge fikk med dette en primærhelsetjeneste som var mer desentralisert enn noe annet land det var naturlig å sammenligne med (20). Når det gjelder organiseringen av allmennlegetjenesten er det fire hovedformer for økonomisk tilknytning den enkelte lege kan ha til kommunene. Alternativene er driftsavtale med kommunen, fast lønn, turnuskandidat og lege uten avtale (23).

Det har ifølge Helsedirektoratets Nøkkeltallsrapport for 2008 vært en stagnasjon i rekrutteringen av leger til kommunehelsetjenesten siden 2001 og legetjenestene i kommunene er under press. Det er mangelfull rekruttering av fastleger til utkantstrøk, og gjennomsnittsalderen blant fastlegene øker. En evaluering av fastlegereformen fra 2006 (20) konkluderer imidlertid med at etter innføringen av denne ordningen har legedekningen bedret seg betraktelig og stabiliteten blant fastlegene har vært høy.

PASIENTERFARINGER FØR OG ETTER FASTLEGEORDNINGEN

I forbindelse med fastlegereformen i 2001 ble det i de påfølgende år gjennomført undersøkelser for å evaluere reformen. En undersøkelse gjennomført av Statistisk Sentralbyrå (SSB) på begynnelsen av 2000-tallet bygger på data fra et

temaroterende levekårspanel (24). Dataene er basert på årlige intervjuer med et representativt utvalg nordmenn. Respondentene ble bedt om å ta stilling til spørsmål om fastlegeordningen i praksis hadde ført til bedre kontinuitet i lege/pasientforholdet, om tilgjengeligheten til tjenestene hadde blitt bedre og om ordningen førte til at man brukte legetjenesten på en annen måte enn før (24).

En annen undersøkelse der målet var å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærhelsetjenesten før og etter fastlegeordningen ble gjort ved å sammenligne spørreskjemadata fra år 2000 med data fra 2003.

Resultatene fra denne undersøkelsen viste en signifikant økning i andelen som svarte at de var trygge på å få legehjelp om de skulle trenge det. Det var samtidig en nedgang i andelen som rapporterte vanskeligheter med å få tak i legen på telefon. Det var også en økning i pasienttilfredshet når det gjaldt samhandlingen mellom legen og pasienten (25).

I 2006 kom den første store evaluering av fastlegeordningen. Dette var en forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen, hvor et stort antall forskere var involvert og som resulterte i en rekke forskningsrapporter (20). De temaene evalueringen undersøkte var legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet. Oppsummert viste evalueringen at legedekningen er bedret og at stabiliteten blant fastlegene er høy. Videre viser resultatene at tilgjengeligheten har økt, men at pasientene er mindre tilfredse med ventetid og telefontilgjengelighet enn med de fleste andre aspekter ved fastlegeordningen (20). Ifølge rapporten er de fleste pasienter svært tilfredse med forholdet til fastlegen sin, og både leger og pasienter setter pris på den kontinuiteten ordningen har medført (20).

3. Metode

SØKESTRATEGI

Søkestrategien er utviklet for å finne referanser til artikler om utvikling og validering av spørreskjema som handler om pasienters erfaringer med fastleger. Søkestrategien er satt sammen av søkeord relatert til pasienterfaringer, allmennlegetjenesten, spørreskjema og måleinstrument. Dette ga følgende søkestrategi:

(patient satisfaction or patient experiences) and (General practice or family practice or primary practice or primary care or primary health care or Physicians, Family or GP or primary healthcare or general practitioner\$ or family practitioner\$) and (questionnaire\$ or survey\$ or instrument\$ or tool\$ or measure\$)

Det ble søkt i databasene CINAHL (1982-2009), EMBASE (1980-2009), MEDLINE(R) (1966-2009) og PsycINFO (1967-2009). Referansene vi fikk ved de fire søkene ble samlet i én database i Reference Manager. Tittel og sammendrag ble gått igjennom for alle referansene i databasen med utgangspunkt i bestemte inklusjonskriterier.

INKLUSJONSKRITERIER

Vi inkluderte artikler publisert i vitenskaplige tidsskrift. Artikkene måtte omhandle instrumenter som måler pasienters eller pårørendes vurderinger av en enkelt allmennlege. Det må altså være en direkte kontakt mellom pasient/pårørende og legen, og ikke bare en vurdering på organisatorisk nivå. Samtidig satte vi som krav at skjemaet måtte omhandle både interaksjonselementet med allmennlegen og organiseringen rundt for å kunne være relevant i en norsk kontekst.

I tillegg inkluderte vi artikler som:

- omhandler instrumenter for å måle pasienterfaringer med allmennleger som er validert i Norge, eller
- omhandler instrumenter for å måle pasienterfaringer som er validert internasjonalt, eller

- består av systematiske litteraturgjennomganger om instrumenter for å måle pasienterfaringer med allmennleger

Artikler som var relevante som bakgrunnsinformasjon, samt artikler som refererte til undersøkelser hvor et av de inkluderte spørreskjemaene ble brukt, ble tatt med. Både pårørende- og pasienterfaringsundersøkelser ble inkludert. Inklusjonen ble avgrenset til engelskspråklig og skandinavisk dokumentasjon.

Artikler som ikke inneholdt noen form for empirisk evaluering av mål på reliabilitet eller validitet ble ekskludert.

BESKRIVELSE AV SPØRRESKJEMA

Grunnet det skisserte formålet med denne kartleggingen er validerte norske instrumenter og systematiske litteraturgjennomganger hovedprioritet og vil bli detaljert beskrevet. For disse presenteres blant annet følgende:

- formål med studien
- kontekst rundt datainnsamlingen
- hvilke datainnsamlingsmetode som er benyttet
- spørreskjemaets innhold
- utvikling og evaluering av spørreskjemaet

Andre instrumenter som inkluderes vil bli mer summarisk beskrevet.

4. Resultater

Søkestrategiene vi brukte i Ovid MEDLINE(R), CINAHL, EMBASE og PsycINFO resulterte i rundt 4000 referanser. Av disse var det to spørreskjemaer som var validert i Norge, én litteraturgjennomgang av måleinstrumenter på dette området, og 13 instrumenter som var validert internasjonalt.

Vi ekskluderte seks av de internasjonalt validerte instrumentene. Et instrument ble ekskludert fordi det kun omhandlet spørsmål om interaksjon mellom pasient og allmennlegen, og ikke organisatoriske forhold (26). Et annet (27) ble ekskludert fordi det kun er beregnet på familiemedisinklinikker, som har et annet innhold enn fastlegetjenesten i Norge. Et tredje skjema ble ekskludert fordi det kun gjaldt leger generelt, og ikke spesielt leger i primærhelsetjenesten (28). Et fjerde skjema ble ekskludert fordi det fantes en nyere, europeisk versjon som var mer relevant for norske forhold (29). Det femte instrumentet (30) ble ekskludert fordi det gjaldt leger generelt, og fordi det primære formålet ikke var å utvikle og validere et spørreskjema. Sistnevnte årsak var også grunnen til at vi ekskluderte det sjette instrumentet (31).

Nedenfor beskriver vi først de to skjemaene som er validert i Norge, deretter den systematiske litteraturgjennomgangen, og til slutt viser vi en oversikt over de syv inkluderte skjemaene som er validert i internasjonale studier.

SKJEMA VALIDERT I NORGE: EUROPEP

Formål

Spørreskjemaet er beregnet på pasienter med erfaring fra allmennlegetjenesten (ikke generelle holdninger og meninger). Måleinstrumentet EUROPEP er utviklet for å gjøre det mulig å sammenligne allmennlegetjenesten i Europa (32). Skjemaet er oversatt til 15 språk. Instrumentet skal gjøre det mulig å identifisere karakteristika ved allmennleger og allmennlegetjenesten, i tillegg til pasientenes evaluering av tilgjengelighet på primærhelsetjenesten. Spørreskjemaet skal være et middel til å fange opp forbedringsområder. Det overordnede målet er at det skal vurdere kvaliteten og gi relevante tilbakemeldinger på ulike nivåer.

Beskrivelse

Spørreskjemaet ble utviklet i perioden 1995 til 1999. Forskere fra åtte europeiske land var involvert i utviklingsprosessen. Det ble gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang for å identifisere relevante tema for pasienter i kontakt med primærhelsetjenesten. Det ble gjort en studie i åtte land for å identifisere temaer som er viktige for pasienter i møtet med allmennlegetjenesten. Det ble også gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang på dette feltet.

Utvelgelsen av spørsmål til en foreløpig versjon av spørreskjemaet ble gjort på en systematisk måte, ved å bruke undersøkelser fra de åtte landene på hva som var pasientenes prioriteringer i møtet med allmennlegetjenesten. En gruppe bestående av forskere utformet deretter spesifikke spørsmål og sendte dem til medlemmene av EUROPEPs arbeidsgruppe. En liste med spørsmål fra rundt 50 publiserte spørreskjema var med på å understøtte denne prosessen. Forskere gikk igjennom kommentarer fra arbeidsgruppen og utviklet et spørreskjema som ble testet i en liten, kvalitativ studie. Skjemaet besto av 48 spørsmål, og det ble testet ved intervjuer på 14 pasienter, rekruttert fra et legesenter i Leicester, England. Deretter ble det gjennomført en postal undersøkelse blant 239 pasienter fra fem land (Danmark, England, Nederland, Norge og Tyskland).

Etter at det var gjort analyser av dataene og etter diskusjoner i EUROPEPs arbeidsgruppe, ble det utarbeidet en ny versjon av spørreskjemaet som besto av 44 spørsmål. Denne versjonen ble utarbeidet ved at man oversatte den engelske versjonen (kilden) til ulike språk og så tilbake igjen til engelsk (forward and backward translation). Deretter ble de oversatte versjonene av spørreskjemaet pilotert blant 1008 pasienter i åtte land (Danmark, England, Finland, Nederland, Norge, Portugal, Sverige og Tyskland). I denne undersøkelsen ble pasienter fra 18 år og oppover inkludert. Pasientene ble gitt et spørreskjema da de besøkte allmennlegen. De fylte ut spørreskjemaet hjemme og sendte det anonymt i en vedlagt konvolutt til forskningsinstituttet. I hvert land ble 200 pasienter fra 4 eller 5 legekontor inkludert, med unntak av Norge, som inkluderte 250 pasienter. Det ble også gjennomført telefonintervjuer blant 10-25 pasienter fra ni land etter at de hadde svart på spørreskjemaet, for å undersøke om spørsmålene og instruksjonene i skjemaet var riktig oppfattet.

Det endelige spørreskjemaet består av 23 spørsmål der pasienten evaluerer aspekter ved allmennlegetjenesten på en fempunktts Likert-skala, som går fra "Poor" til "Excellent". Det er laget en revidert 2006-EUROPEP-versjon med samme innhold og antall spørsmål, men med noen omformuleringer av spørsmålene (33).

Pasienter

Det ble gjennomført en pilotundersøkelse med pasienter fra 16 europeiske land med den endelige versjonen av spørreskjemaet på 23 spørsmål for å teste skjemaets psykometriske egenskaper (32,34-35). De ulike landene representerte stor variasjon

når det gjaldt organisering av helsetjenesten. Utvalgte legepraksiser ble stratifisert etter størrelse og grad av urbanisering innen hvert land for å på best mulig måte gi et godt bilde av det enkelte lands situasjon. Utvalget besto av pasienter som nylig hadde vært i kontakt med allmennlegen sin. Målet var å få med 1080 pasienter fra hvert land. Antall pasienter som ble inkludert fra hver legepraksis varierte fra 45 til 80, avhengig av forventet svarprosent. Pasienter ble inkludert hvis de var atten år eller eldre. I alt ble 23 893 pasienter fra 16 europeiske land inkludert i undersøkelsen.

Legen delte fortløpende ut spørreskjema til pasientene som skulle inkluderes i undersøkelsen. Pasientene ble bedt om å svare på skjemaet hjemme og sende det tilbake i en ferdigfrankert konvolutt (med unntak av i Israel, der pasientene fylte ut skjemaet på legekontoret). I 12 av landene ble det sendt puring til pasienter som ikke hadde svart etter tre uker. I de resterende landene ble det ikke sendt puring fordi dette ikke lot seg gjøre. Svarprosenten varierte fra 28 til 48, med unntak av i Finland, der svarprosenten var 14. Svarprosenten på hvert enkelt spørsmål varierte fra 73 til 98 prosent. Utvalgsstørrelsen i hvert land lå rundt det ønskede antallet på 1080, med unntak av for Belgia (Vallonia) (990), Frankrike (473), Portugal (450) og Spania (316). Gjennomsnittlig svarprosent i de 12 landene som sendte én puring var 78.9%.

Det internasjonalt validerte skjemaet (32) har etter utviklingsprosessen blitt brukt i en rekke undersøkelser, blant annet i en internasjonal undersøkelse der disse landene deltok: Belgia (delt i Flandern og Vallonia), Danmark, England, Nederland, Norge, Spania, Slovenia og Sveits.

Reliabilitet

Intern konsistens reliabilitet for de to dimensjonene var god:

reliabilitetskoeffisienten var på 0,96 for "Clinical behaviour" (spørsmål 1-16), og 0,87 for "Organisation of care" (spørsmål 17-23). Det var liten variasjon mellom landene. Reliabiliteten for dimensjonen "Organisation of care" var imidlertid noe lavere i Spania, Tyskland og Østerrike (fra 0,82-0,84) og moderat i Slovakia og Sveits (henholdsvis 0,76 og 0,73).

Validitet

Spørreskjemaet ble utviklet i mange faser og inkluderte pasienter og eksperter fra mange ulike land for å sikre innholdsvaliditeten. Vi identifiserte to landspesifikke valideringsstudier publisert i vitenskapelige tidsskrifter som var gjennomført i etterkant av hovedprosjektet, i Italia (36) og i Danmark (37). Den italienske studien ble gjennomført på i underkant av 1 000 pasienter hos italienske allmennleger, og fant god dokumentasjon av datakvalitet, reliabilitet og begrepsvaliditet (36). Den danske studien ble gjennomført blant 83 480 danske pasienter hos 703 danske allmennleger (n=56 594), og fant problemer både med takeffekter, reliabilitet og faktorstruktur (37).

SKJEMA VALIDERT I NORGE: THE PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE (PEQ)

Formål

Formålet var å utvikle et spørreskjema som måler pasienters erfaringer med det enkelte besøk hos allmennlegen. Det kan brukes for å måle virksomheten til den enkelte lege eller en gruppe av leger (38). Ifølge forfatterne av artikkelen er dette det første instrumentet som helt og holdent er utviklet i Skandinavia og som også knytter seg opp mot enkeltkonsultasjoner i primærhelsetjenesten.

Beskrivelse

Spørreskjemaet ble utviklet med utgangspunkt i kvalitativ metode gjennom fokusgrupper med pasienter og uttalelser fra en ekspertgruppe.

Skjemaet ble utviklet i primærhelsetjenesten i Norge i tre faser. Den første fasen besto av fokusgruppeintervjuer med pasienter for å identifisere viktige aspekter av pasienterfaringer med allmennlegetjenesten. Fase to var en spørreundersøkelse hvor det ble brukt et førsteutkast av et spørreskjema bestående av 110 spørsmål. Skjemaet ble laget ut fra det som kom fram i fokusgruppene med pasienter. Skjemaet ble også gjennomgått av en ekspertgruppe bestående av personer med erfaring fra primærhelsetjenesten, sosiologi, psykologi og psykometrisk vitenskap. Før pilotundersøkelsen ble spørreskjemaet også testet ved intervjuer med 20 pasienter fra primærhelsetjenesten.

I alt ble 660 pasienter inkludert i pilotundersøkelsen. Det ble rekruttert allmennleger fra ulike deler av landet for å sikre at både urbane og rurale strøk ble representert. Pasienter som var til konsultasjon i løpet av bestemte dager ble rekruttert til å delta i undersøkelsen. Etter at undersøkelsen var gjennomført ble det gjort statistiske analyser av datamaterialet. Resultater fra analysene er ikke presentert i artikkelen. Ut fra analysene og uttalelser fra allmennleger som deltok i utviklingsprosessen, ble spørreskjemaet redusert til 25 spørsmål.

I fase tre ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant 1092 pasienter, og spørreskjemaet med 25 spørsmål ble brukt. Det ble rekruttert 34 tilfeldig valgte, frivillige allmennleger. De fleste av legene kjente ikke artikkelforfatterne fra før. For å dekke kulturelle og medisinske forskjeller, ble det rekruttert leger fra urbane og rurale strøk, kvinner og menn, ulike aldersgrupper og leger både med og uten norsk som morsmål. Hver av legene fikk 50 spørreskjema hver og ble så bedt om å inkludere minimum 40 etterfølgende pasienter. Det var ingen aldersgrense knyttet til deltakelse i undersøkelsen, men for barn ble pårørende som fulgte barnet til legen bedt om å svare. Pasienter som ikke kunne norsk ble ekskludert fra undersøkelsen. Pasientene fylte ut det anonyme spørreskjemaet på venterommet rett etter

konsultasjonen, eller de fylte det ut hjemme og sendte det til førsteforfatteren av artikkelen.

Spørreskjemaet ble levert til 1431 pasienter og 1092 (76%) av disse svarte.

Den endelige versjonen av spørreskjemaet består av 18 spørsmål fordelt på følgende fem dimensjoner: "communication", "emotions", "short-term outcome", "barriers" og "relations with the auxiliary staff". Det er brukt en fempunkts svarskala for fire av dimensjonene/indeksene, mens for "emotions"-indeksen er det brukt syv svarkategorier.

Pasienter

Spørreskjemaet ble utviklet og testet med to fokusgrupper av pasienter, testing av førsteutkast av spørreskjema med en liten gruppe pasienter, en pilotundersøkelse og en hovedundersøkelse.

I alt besvarte 1092 (76%) av 1431 pasienter spørreskjemaet. Gjennomsnittsalderen på respondentene var 47 år (SD=20). 744 (67%) av de som svarte var kvinner, 618 (57%) var gift eller samboende, 285 (26%) hadde høyere utdanning, 312 (29%) hadde vært hos en kvinnelig lege og 823 (75%) hadde vært hos fastlegen sin.

Reliabilitet

Cronbachs alfa ble brukt som et mål på intern konsistens-reliabilitet. Skalaen "Communication" hadde en alfa på 0,90, "Emotions" 0,82, "Outcome" 0,80, "Barriers" 0,77 og "Auxiliary staff" 0,54. Spørsmål – egen skala-korrelasjon varierte fra 0,69 og 0,86. Den totale reliabiliteten for alle de 18 spørsmålene var 0,82. Inter-item korrelasjonen var høyere innad i hver faktor (0,5-0,7) enn mellom faktorene (0,05-0,46).

Validitet

Construct validity ble vurdert ved interskala korrelasjoner. I tillegg ble det sett på sammenhengen mellom skalaskårene og validerings spørsmål, inkludert pasientenes tilfredshet. Resultatene gikk i den retningen hypotesene postulerte, noe som støttet begrepsvaliditeten.

SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG: EVANS ET AL. 2007

Formål

Evans et al. (39) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang der målet var å identifisere og evaluere eksisterende måleinstrumenter utviklet for å måle pasientenes erfaringer med en enkelt praktiserende lege og for å gi tilbakemeldinger om ytelser på individnivå. Gjennomgangen fokuserer på utviklingen av

måleinstrumentene, instrumentenes validitet og reliabilitet, samt potensialet for å kunne identifisere individuelle legers utførelse.

Inklusjon

Inklusjon i litteraturgjennomgangen forutsatte at måleinstrumentene var publisert i vitenskapelige tidsskrifter og at de oppfylte følgende kriterier: (i) utfylles av pasienter; (ii) praktiserende leger vurderes; (iii) vurderinger av individuelle leger med henblikk på feedback i forhold til utførelse; og (iv) har vært anvendt for å gi feedback i forhold til individuell utførelse. Måleinstrumentene ble ekskludert gitt at følgende var evident; (i) utfylles av kollegaer, observatører eller tredjeparter; (ii) medisinstudenter, sykepleiere eller andre ansatte som ikke er leger vurderes; (iii) vurderinger er kun gjort på organisatorisk nivå; og (iv) har ikke vært anvendt for å gi feedback i forhold til individuell utførelse.

Resultater

Av 3476 identifiserte artikler ble 119 vurdert i fulltekst, 55 av disse ble ekskludert grunnet manglende beskrivelser av måleinstrumentene. Tjuefem instrumenter ble identifisert i de resterende, og gjennomgang av henvisninger identifiserte ytterligere ni instrumenter. Totalt ble derfor 34 vurdert. Elleve av disse ble ekskludert grunnet manglende beskrivelse av individuell feedback som et eksplisitt formål, ett manglet informasjon om psykometriske egenskaper og 16 hadde ikke blitt brukt med henblikk på å gi individuelle tilbakemeldinger.

Seks måleinstrumenter tilfredstilte alle inklusjonskriteriene: Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ) (40-42) the Chronically Ill Patients Evaluate General Practice (CEP) (43), the General Practice Assessment Questionnaire (GPAS, nå GPAQ) (44), the Patients Evaluate General/ Family Practice (EUROPEP) (32), Improving Practice Questionnaire (IPQ) (45) og the Provider-Specific Survey (PSS) (31,46).

Evans et al (39) fremhever at det er vanskelig å skjelle målet for tilbakemeldingene utover et mer generelt ønske om å måle "forbedring" knyttet til de ulike dimensjonene som blir vurdert. Ingen formidler at de intenderer å bruke vurderingene til summative evalueringer av den enkelte lege knyttet til en definert standard; oftest er det underforstått at det er det formative som er vektlagt. CEP og IPQ (47-49) har nylig blitt brukt for å gi individuelle vurderinger, men hvordan denne prosessen er gjennomført er ikke spesifisert. Den implisitte antakelsen synes å være at normative sammenligninger motivere fagfolk til endring, da det antas at de er følsomme for pasientens synspunkter. Få studier adresserer dette temaet, men de foreliggende viser at reaksjoner på tilbakemeldinger er negative (47). Klinikere kan være i forsvar og vise motstand, ett unntak er når tilbakemeldingen gis tidlig i legeutdanningen (50,51). Studiene indikerer at setting og tilbakemeldingsprosess er avgjørende for å oppnå effektiv endring. Alle de seks måleinstrumentene synes å ha

potensial for å identifisere leger hvis utførelse er utilfredsstillende, men foreløpig er det kun PSS som eksplisitt har forsøkt å håndtere lave skårer (31).

Fem av de seks måleinstrumenter er utviklet og evaluert i europeisk primærhelsetjeneste, det siste instrumentet er fra USA og har vært brukt i praksisbasert primær- og spesialisthelsetjeneste. Alle måleinstrumentene, med unntak av CSQ (40), inkluderer evalueringer både på organisasjons- og individnivå. Selv om skillet mellom nivåene er forsøkt fremhevet i skjemaene, er det usikkert om dette er tydelig for pasientene og eventuelt medfører bias. En annen potensielle kilde til bias er ulike metoder for gjennomføring av datainnsamlingen, hvilket kan medføre ulike former for evaluering, som igjen kan vanskeliggjøre fortolkning av funnene, eventuell benchmarking, og komparative tilbakemeldinger.

Studiene gir lite informasjon om hvordan pasientens scorer korrelerer med andre vurderinger av den enkelte lege, hvilket antyder et behov for en mer eksplisitt fokus på begrepsvaliditet. En studie viste en beskjeden korrelasjon mellom DISQ skårer og ekspertvurderinger av leger under utdanning (52), en annen fant ingen sammenheng mellom CSQ og utførelse (53). Dette indikerer et åpenbart behov for videre forskning om dataene skal brukes til virksomhetsstyring eller vurdering av den enkelte leges egnethet.

Alle de nevnte måleinstrumentene kombinerer derfor vurderinger på både organisatorisk og individuelt nivå, men mangler standardiserte tilnærminger med henblikk på implementering. Evans et al. (2007) fremhever at informasjon vedrørende begrepsvaliditet eller korrelasjon med andre egenskaper er begrenset. Formål og metode knyttet til individuell feedback er ikke tydelig spesifisert, og per i dag ser det ut til at tilbakemeldingene møter motstand blant fagpersonene, noe som igjen påvirker effekten av forbedringsarbeidet.

Diskusjon

Evans et al. (2007) konkluderer med at gjennomgangen viste behov for tydeligere vektlegging av formålet med å formidle pasienters vurderinger av en enkelt lege. Hvis resultatene skal brukes summativt mhp beslutningstaking, må grunnlaget til instrumentene være mer robust og mer forskning på begrepsvaliditet må fremmes. Hvis hensikten er formativ, må det vektlegges en mer vitenskapelig grunnlagsforståelse av effekten av tilbakemeldinger og hvordan de best kan brukes. Kun to av de fem instrumentene dokumenterte effekt av tilbakemelding på praktiserende lege.

Hvordan spesifikke og formative tilbakemeldinger til klinikere skal formidles er uklart, derfor er det et stort behov for mer forskning mht prosesser som fremmer effektiv tilbakemelding. Alternativt kan målet være summative, men dette vil kreve en stor forbedring ved validering av instrumenter. Ved vurdering av en enkelt lege er det viktig å ha kunnskap om hvordan pasientenes vurderinger korrelerer med andre

aspekter av individuelle prestasjoner, og hvordan leger kan lære å forbedre sin praksis. Det er også behov for å vite mer om hvordan vurderingene skal brukes, hvem som skal gi tilbakemelding og hvilke prosesser som fungerer best.

ANDRE INSTRUMENTER

I tabellen nedenfor beskriver vi nærmere andre instrumenter som ble inkludert i litteraturgjennomgangen, med fokus på formål, setting, datainnsamling, innhold, utvikling og evaluering.

Hovedforfatter/ instrument	Informasjon om instrument og datainnsamling
Baker, Richard (40-42). The Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ)	<p>År og land: 1990. England</p> <p>Formål: Måle pasienters erfaringer med allmennlegetjenesten.</p> <p>Setting og datainnsamling: Pilotundersøkelse: Skjemaet ble gitt til pasientene ved ankomst hos legen, med instruksjon om at det fylles ut etter konsultasjonen. Svarprosent på 75 (239). Pasienter under 16 år ble ekskludert, det samme gjorde pasienter som var for syke til å svare på skjemaet, pasienter som ikke var i stand til å lese spørreskjemaet, eller som allerede hadde fylt ut et skjema.</p> <p>Innhold: Skjemaet består av 18 utsagn. Det er brukt en fempunkts Likert svarskala, der pasienten sier seg enig eller uenig i utsagn om legen og konsultasjonen.</p> <p>Utvikling og evaluering: Skjemaet bygger på litteraturgjennomgang av eksisterende spørreskjema og undersøkelser som måler pasienterfaringer med allmennlegetjenesten. Det var også diskusjoner og tilbakemeldinger fra allmennleger og pasienter på den foreløpige versjonen på utsagn som ble vurdert med i skjemaet. Det er brukt statistiske metoder for å finne ut hvordan spørsmål/utsagn grupperer seg, samt pilotundersøkelse for å teste skjemaet. Faktoranalyser resulterte i følgende fire faktorer: "Depth of relationship" (5 spørsmål), "General satisfaction" (3 spørsmål), "Perceived time" (3 spørsmål) og "Professional care" (7 spørsmål).</p>
Grogan Sarah (54). The Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)	<p>År og land: 1995/England</p> <p>Formål: Formålet å utvikle et reliabelt og valid spørreskjema for å måle erfaringer med allmennlegetjenesten i Storbritannia.</p> <p>Setting og datainnsamling: Brukes i postale undersøkelser. Pilotundersøkelse: Skjema med 148 spørsmål sendt ut til 2778 pasienter over 16 år. 1193 (43%) pasienter svarte. I alt var der det 61,1% kvinner blant respondentene, og gjennomsnittsalderen på de som svarte var 52,1 år.</p> <p>Innhold: Skjemaet består av 40 enkeltspørsmål og følgende fem indekser: "Access", "Appointments", "Doctors", "Facilities" og "Nurses".</p> <p>Utvikling og evaluering: Åpne spørsmål til pasienter om deres erfaringer med legetjenesten danner grunnlaget for spørreskjemaet. Faktoranalyser resulterte i fem faktorer. Cronachs alfa for hele skjemaet var 0,96. Alfakoeffisienter for de fem faktorene varierte fra 0,73-0,95. Face validity ble ifølge forfatterne sikret ved at spørsmålene/indeksene ble betraktet som relevante å ha med i måleinstrumentet. Innholdsvaliditeten ble ivaretatt ved å sjekke om skjemaet inneholdt de viktigste elementer for pasienttilfredshet. Begrepsvaliditet ble målt ved Pearsons korrelasjonskoeffisient. Regresjonsanalyser viste at skalaene forklarte 71% av variasjonen i pasienttilfredsheten. For å sjekke om skjemaet kunne skille mellom ulike pasientgrupper, ble det gjort sammenligninger mellom ulike svarergrupper på spørsmålenes gjennomsnittsscorer.</p>
Flocke SA (55).	<p>År og land: 1997/USA</p>

<p>The Components of Primary Care Index (CPCI)</p>	<p>Formål: Måle pasienterfaringer med allmennleger. Det var også et mål om å rapportere sammenhengen mellom disse aspektene og pasienterfaringer. Spørreskjemaet fokuserer på prosessaspektene knyttet til primærhelsetjenesten/pasientens oppfatning av pasient-lege-forholdet.</p> <p>Setting og datainnsamling: Fylles ut av pasienten rett etter konsultasjonen.</p> <p>Pilotundersøkelse: Tre forskjellige områder ble brukt for å teste foreløpige versjoner av skjemaet. I alt besvarte 43 pasienter som hadde vært hos allmennlegen skjemaet. Hovedundersøkelse: Del av en tverrsnitts-/multidimensjonal studie blant pasienter fra 138 allmennleger. Utvalget besto av alle pasientene som var til konsultasjon hos én av de 138 legene i løpet av to utvalgte dager. Datainnsamling fra oktober 1994 til august 1995. Både voksne og barn ble inkludert. Pårørende svarte for pasienter yngre enn 14 år. I alt svarte 3284 (74%) pasienter og pårørende på spørreskjemaet, men analysene ble gjort på svarene fra de 2899 som hadde besvart størstedelen av spørreskjemaet.</p> <p>Innhold: Skjemaet består av 20 spørsmål fordelt på følgende fire indekser: "Accumulated Knowledge of patient", "Coordination of Care", "Interpersonal communication" og "Patient preference for their regular physician". Det er brukt fempunkts Likert-skala.</p> <p>Utvikling og evaluering: Skjemaet er i stor grad basert på The Institute of Medicine (IOM) definisjon fra 1994 av primærhelsetjenesten, og fremtredende forskeres arbeid innenfor primærhelsetjenesten. Pasienterfaringer ble målt ved å bruke The Medical Outcome Study 9-item visit rating form (56). Det ble gjennomført en litteraturgjennomgang for å finne relevante tema. Innholdsvaliditeten ble sikret ved at personell fra primærhelsetjenesten ble bedt om å evaluere syv på forhånd definerte komponenter relevante for primærhelsetjenesten. De syv delene bygger på The Institute of Medicine (IOM) definisjon fra 1994 av primærhelsetjenesten. Endringer ble gjort på grunnlag av diskusjoner i gruppen og spesielle kommentarer. Korrelasjon ble brukt for å evaluere forbindelsen mellom skalascore og pasienttilfredshet, som for eksempel varighet på konsultasjonen og styrken på pasient-lege-forholdet. Faktoranalyser resulterte i fire faktorer. Interne konsistens reliabilitet ble testet ved Cronbachs alfa og varierte mellom 0,68 og 0,79 for de fire faktorene.</p>
<p>Wensing Michel (43,57). The Chronically Ill Patients Evaluate General Practice (CEP)</p>	<p>År og land: 1998, Nederland.</p> <p>Formål: Måle pasienterfaringer med allmennleger i Nederland.</p> <p>Setting og datainnsamling: Pilotundersøkelse: Seks allmennleger og 249 pasienter deltok, andre versjon av skjemaet ble testet blant åtte allmennleger og 671 pasienter. Siste versjon av skjemaet ble testet av 28 allmennleger på 762 pasienter med ulike kroniske sykdommer. Etter utviklingen av skjemaet deltok 60 allmennleger i en intervensjonsstudie blant pasienter i Nederland hvor formålet var å vurdere effekten av feedback fra pasientene til allmennlegene. . Legene ble trukket fra et utvalg på 700 allmennleger og stratifisert etter urbaniseringsrad for å gi et riktig bilde av landet. Skjemaet ble delt ut til pasienten hos legen eller sendt skjemaet hjem vedkommende etter legekonsultasjonen.</p> <p>Innhold: 51 spørsmål fordelt på følgende ni indekser: "Availability for emergencies" (3 spørsmål), "Continuity" (4 spørsmål), "Cooperation" (4 spørsmål), "Information and advice" (6 spørsmål), "Organisation of appointment" (9 spørsmål), "Premises" (3 spørsmål), "Medical care" (6 spørsmål), "Relation and communication" (10 spørsmål) og "Support" (6 spørsmål). Det er brukt en sekspunkts svarskaala.</p>

	<p>Utvikling og validering: Temaene i spørreskjemaet ble utledet fra systematisk litteraturgjennomgang og kvalitative intervjuer i fokusgrupper bestående av allmennleger og pasienter med kroniske sykdommer. Det ble også gjennomført pilotundersøkelser. Det er også en del for bakgrunnsspørsmål om pasienten. Det foreligger ingen detaljerte data om resultater fra reliabilitets- eller validitetstesting.</p>
Steven ID (58). A patient determined general practice questionnaire	<p>År og land: 1999, Australia</p> <p>Formål: Målet var å utvikle og utforske bruken av et spørreskjema for å måle pasienterfaringer med allmennlegetjenesten i Australia, og å undersøke hvilke pasient- og legekarakteristika som påvirket resultatene fra undersøkelsen</p> <p>Setting og datainnsamling: Det ble gjennomført en undersøkelse med pasienter fra 133 allmennlegepraksiser i Australia. I alt svarte 12 605 pasienter på spørreskjemaet.</p> <p>Innhold: Skjemaet inneholder 39 spørsmål, fordelt på følgende tre områder: "Interaction", "Technical" og "Accessibility".</p> <p>Utvikling og evaluering: Spørreskjemaet bygger på arbeid i 20 fokusgrupper for å identifisere relevante spørsmål. Dette resulterte i at 39 spørsmål ble inkludert i skjemaet. Disse spørsmålene ble vurdert av deltakere ved 133 allmennlegepraksiser i Australia. Det ble gjennomført faktoranalyser, som resulterte i tre faktorer, som forklarte 44,4% av variansen.</p>
Ramsay Jean (44, 59,60). The General Practice Assessment Survey (GPAS)	<p>År og land: 2001, England.</p> <p>Formål: Instrument for å måle ulike aspekter ved allmennlegetjenesten i England.</p> <p>Setting og datainnsamling: Tohundre etterfølgende pasienter som hadde vært i kontakt med allmennlegen i en av 55 legepraksiser i London ble invitert til å delta i undersøkelsen. 11 000 pasienter ble trukket ut til å delta, og 7247 (66%) av dem svarte. For barn under 12 år var det pårørende som ble bedt om å svare. Spørreskjemaet ble fylt ut på venteværelset. 77 pasienter deltok i en test-retest en ukes tids etter at de svarte på skjemaet første gang. Dette skjemaet ble sendt i posten.</p> <p>Innhold: Skjemaet inneholder 53 spørsmål.</p> <p>Utvikling og evaluering: Skjemaet er basert på et amerikansk validert instrument (29), men er videreutviklet og tilpasset bruk i Storbritannia. Det britiske skjemaet testet datakvalitet og psykometriske egenskaper og identifiserte følgende syv indekser med god reliabilitet og validitet: Tilgjengelighet (8 spørsmål), Tekniske aspekter (5 spørsmål), Kommunikasjon (4 spørsmål), Mellommenneskelige forhold (3 spørsmål), Tillit (4 spørsmål), Kunnskap om pasienten (3 spørsmål) og Pleietjenesten (3 spørsmål).</p>
Greco Michael (45). The Improving Practice Questionnaire (IPQ)	<p>År og land: 2003, England</p> <p>Formål: Målet var å vurdere generelle tema som tilgjengelighet, tilgang på informasjon, forebyggende virksomhet og helsefremmende tiltak, i tillegg til pasientenes erfaringer med legens mellommenneskelige ferdigheter under konsultasjonen.</p> <p>Setting og datainnsamling: Undersøkelse gjennomført i perioden november 1999 til desember 2001 blant 361 allmennlegepraksiser over hele Storbritannia. I alt svarte 55 687 pasienter på skjemaet.</p> <p>Innhold: Skjemaet består av 27 spørsmål og det er brukt fempunktets svarskala. I likhet med det opprinnelige skjemaet dette instrumentet bygger på, the Practice Accreditation and Improvement Survey, PAIS (61), er også IPQ laget for å måle pasienters erfaringer etter konsultasjonen, men før pasienten forlater legekantoret. Skjemaet består av spørsmål om organisatoriske og individuelle konsultasjonsspesifikke evalueringer.</p>

	<p>Utvikling og evaluering: Det foreligger ingen detaljert beskrivelse av spørreskjema utviklingen. Skjemaet bygger som nevnt på et annet skjema (PAIS) (61) som har vært brukt innen allmennlegetjenesten i Australia. Intern konsistens reliabilitet ble testet ved korrelasjoner mellom de 26 IPQ-spørsmålene og spørsmålet om generell tilfredshet (Q27): $r=0,78$. Når det gjelder construct validity sammenligner forfatterne IPQ-spørsmålene med et generelt tilfredshetsspørsmål (Q27), og rapporterer Pearson-moment correlation: $r=0,78$ og $p<0,001$. De nevner videre overførbarhet og hevder at IPQ differensierer mellom ulike undergrupper innen undersøkelsens populasjon. Faktoranalyser resulterte i følgende to faktorer: "Clinician's interpersonal skills and perceived capability" og "Access to the practice and privacy of the practice environment".</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Referanser

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-8.
2. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers 23-2006. Paris: OECD, 2006.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010): særtrykk av St.prp nr 1(2006-2007) kapittel 6. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
4. Sosial- og helsedirektoratet. -og bedre skal det bli!: en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
5. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://www.pasopp.no>.
6. Helsedirektoratet. Fritt sykehusvalg Norge. <http://www.frittsykehusvalg.no/start/>
7. Garratt A, Danielsen K, Bjertnaes OA et al. PIPEQ-a method for measurement of user satisfaction in mental health services. Tidsskr Nor Laegeforen 2006;126:1478-80.
8. Garratt A, Bjorngaard JH, Dahle KA et al. The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. Nord J Psychiatry 2006;60:89-96.
9. Garratt AM, Bjertnaes OA, Barlinn J. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. Acta Paediatr 2007;96:246-52.
10. Garratt AM, Bjaertnes OA, Krogstad U et al. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. Qual Saf Health Care 2005;14:433-37.
11. Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes O et al. The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. Scand J Public Health 2007;35:540-47.
12. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B et al. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004;16:453-63.

13. Bjertnaes OA, Garratt A, Nessa J. The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): Reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services. *Fam Pract* 2007;24:336-42.
14. Danielsen K, Førland O, Garratt A. Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. (PasOpp-rapport nr. 7 – 2008.)
15. Garratt AM, Danielsen K, Førland O, Hunskaar S. The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): data quality, reliability and validity (submitted 2009).
16. Garratt AM, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patient-assessed health outcome measure for diabetes: a structured review. *Diabetes Medicine* 2002;19:1-11.
17. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998;2:14.
18. Garratt A, Schmidt L, Macintosh A et al. Quality of life measurement: bibliography study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002;324:1417-19.
19. Lunde ES. Hva slags problemer går vi til fastlegen med? Samfunnsspeilet nr. 3, 2007. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/200703/visramme.html>.
20. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2006.
21. Nøkkeltall for helsesektoren 2008. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
22. Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/helsetjko/>.
23. Gabrielsen B. Hos legen. Primærhelsetjenesten 1986-2005. Historisk helsestatistikk. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/00/sa94/del-vi-1b.pdf>
24. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordningen – brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2005.
25. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærhelsetjenesten før og etter fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124:655-8.
26. Bowman MA, Herndon A, Sharp PC et al. Assessment of the patient-doctor interaction scale for measuring patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 1992;19:75-80.
27. Garcia-Pena MC, Hernandez-Leyva B, Anzures-Carro R et al. Development and validation of an inventory to measure satisfaction of users of family medicine clinics in Mexico. *Psychol Rep* 1999;84:677-85.
28. Zebiene E, Razgauskas E, Basys V et al. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Health Care* 2004;16:83-9.

29. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR et al. The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Med Care* 1998;36:728-39.
30. Hays RD, Chong K, Brown J et al. Patient reports and ratings of individual physicians: an evaluation of the DoctorGuide and Consumer Assessment of Health Plans Study provider-level surveys. *Am J Med Qual* 2000;18:0-6.
31. Nelson EC, Gentry MA, Mook KH et al. How many patients are needed to provide reliable evaluations of individual clinicians? *Med Care* 2004;42:259-66.
32. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. The Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care. The EUROPEP group, 2000.
33. Wensing M, Baker R, Vedsted P et al. Revised EUROPEP instrument and user manual. Centre for quality of care research, 2006.
34. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
35. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14:111-8.
36. Milano M, Mola E, Collecchia G et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen Pract* 2007;13:92-4.
37. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 174-80.
38. 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. *Fam Pract* 2001;18:410-8.
39. Evans RG, Edwards A, Evans S et al. Assessing the practising physician using patient surveys: A systematic review of instruments and feedback methods. *Fam Pract* 2007;117-27.
40. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 487-90.
41. Baker R. The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. *Fam Pract* 1991;8:171-7.
42. Baker R, Whitfield M. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Qual Health Care* 1992;1:104-9.
43. Wensing M, Grol R, Van Weel C et al. Quality assessment using patients' evaluations of care. *Eur J Gen Pract* 1998;4:155-8.
44. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S et al. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract* 2000;17:372-9.

45. Greco M, Powell R, Sweeney K. The Improving Practice Questionnaire (IPQ): a practical tool for general practices seeking patient views. *Educ Prim Care* 2003;14:440-8.
46. Epstein KR, Laine C, Farber N et al. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual* 1996;11:73-80.
47. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? *Patient Educ Couns* 2003;51:149-53.
48. Greco M, Cavanagh M, Brownlea A et al. Validation studies of the Doctors' Interpersonal Skills Questionnaire. *Educ Gen Pract* 1999;10:256-264.
49. Greco M, Spike N, Powell R et al. Assessing communication skills of GP registrars: A comparison of patient and GP examiner ratings. *Med Educ* 2002;36:366-76.
50. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: Results of a longitudinal study. *Med Educ* 2001;35:748-56.
51. Greco M, Francis W, Buckley J et al. Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Fam Pract* 1998;15:51-7.
52. McKinstry B, Walker J, Blaney D et al. Do patients and expert doctors agree on the assessment of consultation skills? A comparison of two patient consultation assessment scales with the video component of the MRCGP. *Fam Pract* 2004;21:75-80.
53. Stewart M, Brown J, Weston W (eds.). *Patient-Centred Medicine: Transforming the Clinical Method*, 2nd edn. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.
54. Grogan S, Conner M, Willits D et al. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract* 1995;45:525-9.
55. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract* 1997;45:64-74.
56. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH et al. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1993;270:835-40.
57. Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Qual Health Care* 2001;10:224-8.
58. Steven ID, Thomas SA, Eckerman E et al. A patient determined general practice satisfaction questionnaire. *Aust Fam Physician* 1999;28:342-8.
59. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2001;10:90-5.

60. Bower P, Mead N, Roland M. What dimensions underlie patient responses to the General Practice Assessment Survey? A factor analytic study. *Fam Pract.* 2002 Oct;19(5):489-95.

61. Greco M, Sweeney K, Brownlea A et al. The practice accreditation and improvement survey (PAIS): what patients think. *Aust Fam Physician* 2001;30:1096-100.