

BRUKEROPPLEVD KVALITET

2018

PasOpp-rapport 2018: 1

Brukererfaringer med fastlegetjenesten
Sammenstilling og analyse av tilgjengelige datakilder

PasOpp-rapport 2018:1

**Brukererfaringer med
fastlegetjenesten.**

**Sammenstilling og analyse av
tilgjengelige datakilder**

Forfattere:

Hilde Hestad Iversen

Øyvind Andresen Bjertnæs

Olaf Holmboe

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Forskning og analyse av helsetjenesten, Område for helsetjenester
Tittel	Brukererfaringer med fastlegetjenesten. Sammenstilling og analyse av tilgjengelige datakilder
English title	Patient experiences with general practitioners. An analysis based on available data sources.
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Hilde Hestad Iversen, prosjektleder, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Øyvind Andresen Bjertnæs, <i>forskningsleder, Folkehelseinstituttet</i> Olaf Holmboe, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i>
ISSN	1890-1565
Rapport	2018:1
Publikasjonstype	PasOpp-rapport
Antall sider	66 inklusiv vedlegg
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).
Emneord(MeSH)	General practitioners, survey, patient experiences, health care surveys, questionnaires, Norway
Sitering	Iversen HH, Bjertnæs ØA, Holmboe O. Brukererfaringer med fastlegetjenesten. Sammenstilling og analyse av tilgjengelige datakilder. [Patient experiences with general practitioners. An analysis based on available data sources.] PasOpp-rapport 2018:1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Innhold

INNHold	5
HOVEDBUdSKAP	7
SAMMENDRAG	8
Innledning	8
Metode	9
Resultater	9
Diskusjon	11
FORORD	13
INNLEDNING	14
Bakgrunn	14
DataKildene	15
METODE	16
Kunnskapscenterets undersøkelse om pasienterfaringer med fastleger i 2014	16
Innbyggerundersøkelsen 2017	17
Levekårsundersøkelsen om helse 2015	18
Commonwealth Fund-undersøkelsene i 2016 og 2017	18
Presentasjon av resultatene	20
RESULTATER FRA STORSKALAUNDERSØKELSEN OM PASIENTERFARINGER MED FASTLEGER 2014	22
Kjennetegn ved svarerne	22
Resultater på indikatorer og enkeltspørsmål	23
Bivariate analyser	24
Multivariate analyser	28
RESULTATER FRA INNBYGGERUNDERSØKELSEN I 2017	30
Bakgrunnsdata om svarerne i fastlegedelen	30
Resultater på enkeltspørsmål	31
Bivariate resultater	31
Multivariate resultater	32
RESULTATER FRA LEVEKÅRSUNDERSØKELSEN OM HELSE 2015	33
Kjennetegn ved svarerne	33
Resultater på enkeltspørsmål	34
Bivariate resultater	34

Multivariate resultater	35
RESULTATER FRA COMMONWEALTH FUND-UNDERSØKELSEN I 2016	37
Kjennetegn ved svarerne	37
Resultater på enkeltspørsmål og en indikator	38
Bivariate analyser	41
Multivariate analyser	46
RESULTATER FRA COMMONWEALTH FUND-UNDERSØKELSEN I 2017	48
Kjennetegn ved svarerne	48
Resultater på enkeltspørsmål	49
Bivariate analyser	51
Multivariate analyser	56
DISKUSJON	58
Hovedfunn	58
Metodiske vurderinger	59
Fremtidige målinger	60
REFERANSER	62
VEDLEGG	65

Hovedbudskap

Folkehelseinstituttet fikk i 2017 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å sammenstille resultater fra eksisterende studier som handler om brukererfaringer med fastlegen. Datakildene som brukes i denne rapporten er en nasjonal undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2014, Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse i 2015, Direktoratet for forvaltning og ikts innbyggerundersøkelse fra 2017 og Commonwealth Fund-undersøkelsene i 2016 og 2017.

Det er vanskelig å oppsummere hovedfunn ettersom innsamlingsmetoder, spørsmål og svarkategorier i stor grad varierer mellom undersøkelsene. Det er også variasjon i kvaliteten på målingene, og flere av undersøkelsene kan ikke generaliseres ut over utvalget som har svart. I gjennomgang og analyse av datamaterialene observerte vi store forskjeller i svarprosent, tiltak for å kompensere for frafall, skjevheter og andeler manglende svar. Implikasjonene på resultatene kan være store, og påvirke muligheten for å kunne konkludere og generalisere ut fra datamaterialene.

Analysene viser at brukerne mener at fastlegetjenesten fungerer bra på noen områder, f.eks. når det gjelder kommunikasjon og relasjonelle aspekter. Samtidig er det andre områder som skårer dårligere, som tilgjengelighet og organisering. Bakgrunnsvariablene vi har utforsket som mulige forklaringsvariabler forklarer samlet sett lite av variasjonen i brukererfaringer, men resultatene viser likevel at enkelte pasientgrupper har dårligere erfaringer med tjenestene enn andre. Egenvurdert helse, alder og om man er født i Norge ser ut til å ha størst betydning. Tendensen er gjennomgående at jo dårligere egenvurdert helse, desto dårligere erfaringer. Økende alder og det å være født i Norge har en positiv innvirkning på vurderingene.

Framtidige målinger bør baseres på instrumenter med dokumentert psykometrisk kvalitet, herunder innholdsvaliditet, reliabilitet og begrepsvaliditet. Vi anbefaler derfor at framtidige nasjonale brukererfaringsundersøkelser anvender det validerte spørreskjemaet til Folkehelseinstituttet og standardopplegget for datainnsamling som Folkehelseinstituttet har utviklet. Ved endringer i fastlegeorganiseringen bør skjemaet gjennomgås kritisk når det gjelder relevans av temaer og eventuelt nye temaer som bør inngå. For å sikre representativiteten bør utvalget trekkes tilfeldig og frafallsvektning må inngå. Valg av modell for datainnsamling avhenger av ressurstilgang og formålet med målingen.

Sammendrag

Innledning

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i juni 2017 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å sammenstille resultater om pasienters erfaringer med fastlegen fra fire foreliggende datakilder.

Det tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har tidligere utviklet en metode for å måle pasienters erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret. Arbeidet var en bestilling fra Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet ved Uni Research i Bergen. Kunnskapssenteret ble innlemmet i Folkehelseinstituttet den 1. januar 2016. I denne rapporten brukes datasettet fra en nasjonal undersøkelse i 2014, som var en viktig del av et forskningsprosjekt for å utvikle og validere måleinstrumenter for måling av brukererfaringer med fastlegetjenesten.

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører årlige levekårsundersøkelser. Livekårsundersøkelsen om helse er en tverrsnittsundersøkelse, som gjennomføres i tillegg til den årlige levekårsundersøkelsen. I denne rapporten bruker vi data fra Livekårsundersøkelsen om helse 2015.

Det tredje datasettet som brukes i denne rapporten er hentet fra innbyggerundersøkelsen i 2017. Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) gjennomførte innbyggerundersøkelser i 2015 og 2017. Undersøkelsene består av en innbyggerdel og en brukerdel, her bruker vi resultater fra brukerdelen om vurdering av fastlegen.

Den amerikanske stiftelsen The Commonwealth Fund (CMWF), en stiftelse i USA, har et internasjonalt program «International Health Policy» som gjennom et treårig mønster gjennomfører årlige helsesystemundersøkelser i elleve land. Undersøkelsen gjennomføres i ulike populasjoner; allmennleger, eldre/sykere voksne og den generelle voksne befolkningen. Norge har deltatt hvert år siden 2009 og i denne rapporten brukes datamateriale fra undersøkelsene i 2016 og 2017.

Metode

Resultatene fra de fire foreliggende datakildene beskrives deskriptivt og brytes ned på ulike bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanning, egenvurdert helse, geografi og landbakgrunn. I bivariate og multivariate analyser utforskes betydningen av ulike forklaringsvariabler som kan bidra til å forstå noe av variasjonen i svarene på spørsmål om den faste legen og det faste legekontoret.

Levekårsundersøkelsen om helse, undersøkelsene fra CMWF og storskalaundersøkelsen fra Kunnskapssenteret er alle basert på tilfeldig trekking av utvalget, men kun de to førstnevnte benyttet frafallsvekter for å rette opp skjevheter. Skjemaet som er brukt i Kunnskapssenterets nasjonale undersøkelse har dokumentert psykometrisk kvalitet.

Resultater

Kunnskapssenterets undersøkelse i 2014

I undersøkelsen ble det rapportert på seks indikatorer. Vurderingene av fastlegen og legekontorets øvrige ansatte fikk høyeste skårer, henholdsvis 77 og 76 på en skala fra 0 til 100 der 100 er best. Legens samhandling med andre tjenester fikk også gode vurderinger, mens mestring og tilgjengelighet fikk noe dårligere skårer (66 og 65).

Vi så i tillegg på noen enkeltspørsmål som ikke inngikk i indikatorene. Mer enn hver tredje mente at det var vanskelig å komme i kontakt med legekontoret på telefon. Ved behov for å få en time raskt svarte 31 prosent at forrige gang de hadde behov for dette måtte de vente mer enn to dager, mens 38 prosent svarte at de vanligvis må vente mer enn en uke for å få en time når behovet ikke er akutt. Totalt oppga 84 prosent av pasientene at de i stor eller i svært stor grad var fornøyd med fastlegen.

Bakgrunnsvariablene forklarte samlet sett lite av variasjonen i brukererfaringer, men egenvurdert helse hadde størst innvirkning; jo dårligere helse, desto lavere skårer. Utdanning var signifikant assosiert med brukererfaringer, men mønsteret er ikke entydig. Pasienter som ikke er født i Norge rapporterte dårligere erfaringer enn de som er født i Norge, og spesielt når det gjelder tilgjengelighet. Fylke er i denne rapporten omkodet til Statistisk sentralbyrås standard for inndeling i landsdeler, et regionalt nivå mellom fylke og hele landet. Vi fant noen få regionale forskjeller, spesielt bemerkes at Vestlandet skåret noe dårligere enn Østlandet ellers, og at Nord-Norge hadde langt dårligere skår på tilgjengelighet enn Østlandet ellers.

Innbyggerundersøkelsen i 2017

I innbyggerundersøkelsen valgte vi å se på spørsmål om tilgjengelighet, vurdering av fastlegen og generell tilfredshet. Dette er spørsmål som er relevante for flesteparten av svarerne. Andelen som svarte en av de to mest positive svarkategoriene varierte fra 60 prosent for ventetid på time til 84 prosent for evne til å lytte.

Resultater fra multivariate analyser viste at økende alder hadde en positiv påvirkning på vurdering av ventetid, evne til å lytte og generell tilfredshet. Innsamlingsmetode påvirket svar på spørsmål om evne til å lytte; svarere på papirskjema var mer positive enn elektroniske svarere.

Levekårsundersøkelsen i 2015

Tre erfaringsspørsmål inngikk som avhengige variabler i våre analyser av Levekårsundersøkelsen. Over 90 prosent av svarerne var helt eller litt enige i at fastlegen tar dem på alvor og henviser videre ved behov, mens rundt 75 prosent svarte de to mest positive svaralternativene på spørsmål om tid hos legen. Når pasientene hadde erfaringer fra både fastlege og henholdsvis psykolog og psykiater, sammenlignet vi resultatene. På spørsmålet om å bli tatt på alvor brukte 78 prosent det beste svaralternativet ved vurdering av fastlegen, mens 81 prosent brukte samme svaralternativ ved vurdering av psykolog. Tilsvarende resultat for vurdering av fastlege og psykiater var henholdsvis 66 prosent og 77 prosent.

Egenvurdert helse og alder påvirket resultatene for alle erfaringsspørsmålene i multivariate analyser. Svarere fra Europa utenfor EU-EØS-området hadde dårligere skårer enn svarere fra Norge på to av tre spørsmål (tatt på alvor, henvist videre). Gruppen Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania (utenom Australia og NZ) hadde dårligere skårer enn de som er født i Norge på ett av tre spørsmål (tatt på alvor).

CMWF-undersøkelsen i 2016

I CMWF-undersøkelsen i 2016 mente 69 prosent at kvaliteten på legehjelpen det siste året var utmerket eller svært god. Litt over halvparten oppga at de alltid får svar samme dag når de kontakter legekantoret sitt i åpningstiden. Omtrent hver femte mente at den faste legen/legekantoret sjelden eller aldri, eller av og til, involverer dem så mye som de ønsker, tar seg god nok tid eller kjenner deres sykehistorie. Omlag hver fjerde svarte at de sjelden eller aldri får hjelp med å koordinere/arrangere behandling fra andre. Manglende informasjon fra spesialist til fastlege var oppgitt som et større problem enn fra fastlege til spesialist. Få snakker med legen om alkoholbruk, flere om fysisk aktivitet, bekymringer/stress og kosthold.

I multivariate analyser av 2016-materialet var egenvurdert helse den viktigste forklaringsfaktoren: tendensen var gjennomgående at jo dårligere egenvurdert helse de har, desto dårligere er deres erfaringer. Økende alder hadde positiv påvirkning på brukernes vurdering av fastlegen. Å være født i Norge hadde betydning (var signifikant) for om legen kjenner pasientenes sykdomshistorie og involverer dem i beslutninger. De som ikke var født i Norge hadde dårligere skårer. Samlet forklarte bakgrunnsvariablene forholdsvis lite av variasjonen i erfaringene.

Tilsvarende undersøkelser ble gjennomført i 2010 og 2013. Tidligere publiserte rapporter viste en negativ utvikling fra 2010 og 2013 til i 2016 når det gjaldt å bli involvert i beslutninger om behandling. Den samme negative trenden var det for vurderingene av hvorvidt legen forklarer ting på en forståelig måte. I denne rapporten så vi også på endringer over tid på indeksen

«Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell». Resultatene viste at skåren på indeksen var signifikant lavere i 2016 enn i 2013.

Rapporten fra 2016-undersøkelsen viste at norske svarere hadde noe dårligere erfaringer med sin faste lege enn svarere i andre land på områder som handlet om kommunikasjon, brukerinvolvering og tid brukt i konsultasjon. Andelen av svarere i Norge som opplevde kvaliteten på legehjelpen de siste tolv måneder som utmerket var imidlertid høyere enn snittet for de andre landene samlet.

CMWF-undersøkelsen i 2017

Knapt halvparten av svarerne oppga i 2017 at de alltid får svar samme dag når de kontakter legeskjemaet. På spørsmålet om man oppmuntres til å stille spørsmål svarte 59 prosent sjelden, eller aldri eller av og til. Hver femte brukte de samme svarkategoriene på spørsmålene om man blir involvert så mye som ønskelig eller om legen kjenner informasjon om sykehistorie. Hver fjerde oppga at legen/andre sjelden eller aldri hjelper med å koordinere eller arrangere behandling fra andre. Manglende informasjon fra spesialist til fastlege ble også i 2017-undersøkelsen vurdert som et større problem enn andre veien. Majoriteten mente at fastlegen var oppdatert om helsehjelp fra sykehuset.

I 2017-materialet påvirket egenvurdert helse alle brukererfæringsvariablene unntatt én. Utdanning var assosiert med to av spørsmålene om brukererfæringer. Betydningen av å være født i Norge var signifikant for erfaringer om hvorvidt legen henholdsvis oppmuntrer til å stille spørsmål og forklarer godt. De som ikke var født i Norge hadde dårligere skårer. Landsdel påvirket i liten grad vurderingene, men Vestlandet skåret signifikant dårligere enn Østlandet ellers på to av seks spørsmål. Samlet hadde bakgrunnsvariablene heller ingen stor betydning for svarene til aldersgruppen 65+.

Den tidligere publiserte rapporten fra undersøkelsen viste at norske svarere hadde dårligere erfaringer med sin faste lege enn svarere i andre land på områder som handlet om kommunikasjon, brukermedvirkning og tid brukt i konsultasjon. På spørsmålet om time samme dag hos fastlegen skåret også Norge dårligere enn de andre landene. Norge kom også noe dårligere ut enn snittet av de andre landene på informasjonsutveksling og koordinering mellom tjenester. Andelen svarere i Norge som opplevde kvaliteten som utmerket, var imidlertid høyere enn snittet for de andre landene samlet.

Diskusjon

Formålet med denne rapporten var å samle resultater fra eksisterende studier som handler om brukererfæringer med fastlegen. I tillegg til kort å presentere og kommentere deskriptive resultater har vi utforsket betydningen av mulige forklaringsvariabler. Avslutningsvis har vi kommentert metodiske vurderinger og mulige tilnærminger ved fremtidige målinger.

Samlet sett peker datamaterialene på enkelte områder med gode erfaringer og andre med dårligere erfaringer. Bakgrunnsvariablene vi har utforsket som mulige forklaringsvariabler har samlet sett ikke stor betydning for variasjonen vi har funnet i svarene. De viser likevel at enkelte pasientgrupper har dårligere erfaringer med tjenestene enn andre. Egenvurdert helse, alder og om man er født i Norge ser ut til å ha størst betydning.

I gjennomgang og analyse av datamaterialene observerte vi store forskjeller i svarprosent, tiltak for å kompensere for frafall, skjevheter og andeler manglende svar. Implikasjonene dette har på resultatene kan være store, og påvirke muligheten for å kunne konkludere og generalisere ut fra datamaterialene.

For å sikre representativiteten bør nasjonale brukererfaringsundersøkelser være basert på tilfeldig trekking av utvalget, og vekting av svarerutvalget for å kompensere for frafall. Videre bør nasjonale målinger av brukererfaringer baseres på instrumenter med dokumentert psykometrisk kvalitet, herunder innholdsvaliditet, reliabilitet og begrepsvaliditet.

Vi anbefaler at framtidige nasjonale brukererfaringsundersøkelser anvender det validerte spørreskjemaet til Folkehelseinstituttet og standardopplegget for datainnsamling som Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2014. Invitasjon bør sendes hjem til pasientene. Utvalget bør trekkes tilfeldig og frafallsvekting må inngå. Valg av modell avhenger av ressurstilgang og formålet med det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet. Validering av spørreskjema er en kontinuerlig prosess, og spesielt ved endringer i fastlegeorganiseringen bør skjemaet gjennomgås kritisk når det gjelder relevans av temaer og eventuelt nye temaer som bør inngå.

Undersøkelsene bør også ses i sammenheng med OECDs framtidige survey blant kroniske pasientgrupper, slik at disse initiativene supplerer hverandre. Derfor bør framtidige nasjonale undersøkelser koordineres med utviklings- og pilotarbeidet til OECD.

Forord

Folkehelseinstituttet fikk i juni 2017 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å sammenstille resultater om pasienters erfaringer med fastlegen fra fire foreliggende datakilder.

I denne rapporten brukes datasettet fra undersøkelsen som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2014. I tillegg brukes Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse om helse fra 2015, brukerdelen i innbyggerundersøkelsen Direktoratet for forvaltning og ikt gjennomførte i 2017 og datasettene fra Commonwealth Funds helsesystemundersøkelser i 2016 og 2017.

I tillegg til kort å presentere og kommentere deskriptive resultater utforsker vi betydningen av mulige forklaringsvariabler som kan bidra til å forstå noe av variasjonen i pasienterfaringer med fastlegen. Dette kan gi et nyttig grunnlag ved vurderingen av nye undersøkelser og valg av tilnærming for datainnsamling i framtidige nasjonale brukererfaringundersøkelser.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Hilde Hestad Iversen, prosjektleder, seniorforsker, Folkehelseinstituttet
- Øyvind Andresen Bjertnæs, forskningsleder, Folkehelseinstituttet
- Olaf Holmboe, forsker, Folkehelseinstituttet

Innledning

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i juni 2017 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å sammenstille resultater om pasienters erfaringer med fastlegen fra fire ulike foreliggende datakilder. Formålet med denne sammenstillingen er å samle resultater fra eksisterende studier som handler om brukererfaringer med fastlegen. I tillegg til kort å presentere og kommentere deskriptive resultater vil vi utforske betydningen av mulige forklaringsvariabler som kan bidra til å forstå noe av variasjonen i erfaringene.

Undersøkelsene har ikke direkte sammenlignbare spørsmål, og de metodiske tilnærmingene er i mange henseender nokså ulike. Likevel mener vi at en sammenfatning av resultatene og analyser av mulige forklaringsvariabler kan bidra med ny kunnskap på området. Dette vil igjen kunne gi et nyttig grunnlag ved vurderingen av nye undersøkelser og valg av tilnærming for datainnsamling.

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Det overordnede målet var å øke kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å bedre kontinuiteten og tilgjengeligheten til tjenesten.

Fastlegen har også ansvar for koordinering av pasientens helsetjenester (1).

Fastlegeordningen er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene (2). I 2016 var antall fastlegepraksiser/hjemler 4668, gjennomsnittlig listelengde var 1120 og 98 prosent av befolkningen hadde plass på liste hos en fastlege (3). Gjennomsnittlig antall innbyggere på listene går langsomt nedover siden toppen i 2005 på ca. 1200.

Av flere årsaker har det flere steder blitt mer krevende å rekruttere fastleger.

Arbeidsmengden for den enkelte fastlegen har økt, det har også forventningene til hva helse- og omsorgstjenestene skal tilby (4). I tillegg til demografisk, teknologisk og medisinsk utvikling, har også samhandlingsreformen og håndteringen av utskrivningsklare pasienter gitt kommunene et større pasientansvar. HOD har bedt Helsedirektoratet (Hdir) kartlegge hvilke oppgaver fastlegene bruker tid på slik at HOD har grunnlag for å se på fastlegenes prioriteringer. I tillegg har departementet satt ned et utvalg som skal se på de totale prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegene og deres rolle. Regjeringen har gjeninnført en tilskuddsordning som gjør det mulig for kommuner å søke om midler til rekruttering av fastleger. For å videreutvikle fastlegeordningen slik at den kan møte fremtidens behov for medisinsk kompetanse i kommunen, større faglig bredde i tjenesten, flere innbyggere med både kroniske sykdommer og sammensatte behov, piloteres primærhelseteam fra 2018. I slike team kan fastlegen arbeide sammen med bl.a. sykepleiere og helsesekretærer.

Datakildene

I denne rapporten brukes fire datakilder fra fem ulike datasett:

Kunnskapssenterets undersøkelse om pasienterfaringer med fastleger i 2014

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har tidligere utviklet en metode for å måle pasienters erfaringer med fastleger og fastlegekontorer (5,6). Kunnskapssenteret ble innlemmet i FHI 01.01.2016. Utviklingsarbeidet var en bestilling fra Allmennt medisinsk forskningsenhet ved Uni Research i Bergen, og fulgte Kunnskapssenterets standardprosedyrer for utvikling og validering av spørreskjemaer. Den endelige testingen av skjemaet ble gjennomført i en større undersøkelse med et landsrepresentativt utvalg av 500 fastleger og 4857 pasienter. Det er resultater fra storskalaundersøkelsen som presenteres i denne rapporten.

Innbyggerundersøkelsen 2017

Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) har de siste årene gjennomført flere innbyggerundersøkelser. Undersøkelsene består av en innbyggerdel og en brukerdel, og datasettet som vektlegges i denne rapporten er hentet fra brukerdelen som omhandler vurdering av fastlegen fra 2017-undersøkelsen (7).

Levekårsundersøkelsen om helse i 2015

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører levekårsundersøkelser, inkludert tverrsnittundersøkelsen Levekårsundersøkelsen om helse. Datasettet som brukes i denne rapporten er Levekårsundersøkelsen om helse 2015, som også inkluderer spørsmål om brukererfaringer med fastlegen (8).

Commonwealth Fund-undersøkelsene i 2016 og 2017

The Commonwealth Fund (CMWF), en stiftelse i USA, har et internasjonalt program «International Health Policy» som i et treårig mønster gjennomfører årlige helsesystemundersøkelser i en rekke land. Undersøkelsen gjennomføres i ulike populasjoner; allmennleger, eldre/sykere voksne og den generelle voksne befolkningen. Norge har deltatt hvert år siden 2009 (9-16). I denne rapporten presenteres og analyseres resultater som omhandler den faste legen og legekantoret fra de to siste undersøkelsene i 2016 og 2017; i henholdsvis den generelle voksne befolkningen og blant aldersgruppen 65 år og eldre.

Metode

Kunnskapssenterets undersøkelse om pasienterfaringer med fastleger i 2014

Undersøkelsen var en del av et utviklingsprosjekt med mål om å utvikle en metode for å måle pasienters erfaringer med fastleger og fastlegekontorer. Arbeidet er beskrevet i en egen rapport (5).

Faktoranalysen resulterte i tre faktorer som kan brukes som kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer. Dette er vurderinger av legen, vurderinger av øvrige ansatte og organiseringen av kontoret samt tilgjengelighet definert som akseptabilitet av ventetid for å få en time hos legen. I tillegg til disse tre konstruerte vi to indikatorer basert på teoretiske vurderinger. Den første var samhandling og består av to spørsmål som ikke ble med i faktoranalysen fordi de ikke var relevante for en stor del av svarerne. Den andre teoretisk konstruerte indikatoren har vi kalt mestring. Den består av tre spørsmål som ble utelatt fra faktoranalysen fordi de handler om utbytte og ikke om pasienterfaringer. Spørsmålene som inngår i indikatorene er vist i et vedlegg til denne rapporten. Den psykometriske testingen er dokumentert i en vitenskapelig artikkel (6).

Undersøkelsen omfattet en storskalaundersøkelse hvor nær 5000 pasienter fordelt på 500 fastleger ved 239 legekontorer over hele landet ble inkludert. Deltakerne ble valgt ut etter en trefasemodell. Først ble legekontorer stratifisert etter størrelse og kommunetype basert på sentralitet og næringsstruktur. Deretter ble inntil 4 leger pr kontor valgt ut til å være med i undersøkelsen. Til slutt trakk vi 10 pasienter fra hver av disse legenes pasientlister, uavhengig av pasientens alder. Pasientene måtte ha hatt minst én konsultasjon med fastlegen i løpet av de siste 12 månedene før uttrekket.

Pasientene fikk tilsendt et spørreskjema i posten sammen med et brev som forklarte hensikten med undersøkelsen, en svarkonvolutt og mulighet for å svare elektronisk. Følgelbrevet inneholdt navnet til pasientens fastlege for å tydeliggjøre hvem som skulle evalueres i tilfeller hvor pasienten har hatt kontakt med flere leger. For pasienter under 16 år og andre som hadde problemer med å fylle ut et spørreskjema ble foresatte/pårørende oppfordret til å fylle ut skjemaet på pasientens vegne. Vi sendte en purring til dem som ikke hadde besvart undersøkelsen innen 3 uker.

Etter at utsendelsen av spørreskjemaer var ferdig ble kontaktinformasjonen slettet og vi fikk overført bakgrunnsopplysninger om pasienten. Dette gjaldt pasientens alder, kjønn,

utdanningsnivå, antall konsultasjoner og diagnoser siste 12 måneder, hvor lenge pasienten hadde vært på denne fastlegens liste samt pasientens og dennes foreldres fødeland. Disse opplysningene ble hentet fra fastlegeregisteret, KUHR og SSB. Et korrigert bruttoutvalg ga 4857 deltakere hvorav 2377 besvarte undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 49.

Resultatene fra dette datasettet er uvektet fordi vi ikke fikk tillatelse til å innhente bakgrunnsinformasjon om ikke-svarerne. Det ble imidlertid gjennomført en frafallsundersøkelse blant et tilfeldig utvalg ikke-svarere pr telefon. Undersøkelsen er nærmere beskrevet i utviklingsrapporten (5). Hensikten var å undersøke om det var systematiske forskjeller i pasienterfaringer mellom svarere og ikke-svarerne. Sekundært var det en målsetting å finne ut hva som kjennetegnet ikke-svarerne og hvorfor de unnlot å svare. Resultatene tydet på forholdsvis 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).

Innbyggerundersøkelsen 2017

Beskrivelsen i denne delen er basert på dokumentasjonsrapport fra Kantar TNS (7).

Innbyggerundersøkelsen 2017 ble gjennomført av Kantar TNS, på vegne av Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). Målgruppen for undersøkelsen var den norske befolkningen i alderen 18 år eller eldre. Utvalget ble trukket fra Folkeregisteret. Difi forhåndsdefinerte at 70 prosent av utvalget skulle kontaktes digitalt og 30 prosent via posten. Det digitale utvalget ble trukket fra Difis kontakt- og reservasjonsregister. Innsamlingen ble foretatt ved hjelp av selvutfyllingsskjema, nærmere bestemt papirskjema i det postale utvalget og elektronisk skjema i det digitale utvalget.

Bruttoutvalget i innbyggerundersøkelsen var 44 785 personer. Av disse svarte 8 361, noe som gir en svarprosent på 19,6. Materialet er vektet etter alder, kjønn og bosted.

I denne rapporten benyttes materialet fra brukerdelen om fastlegetjenesten. Brukerdelen er avgrenset til personer med erfaring fra 22 offentlige tjenester det siste året (selvrapportert). Utvalget ble selektert fra hoveddelen av innbyggerundersøkelsen etter bestemte kriterier (ikke tilfeldig utvalg), blant annet skulle ingen personer motta brukerskjema for mer enn fire tjenester.

I innbyggerundersøkelsen var det totalt 7127 personer som oppga å ha brukt fastlegetjenesten det siste året. Av disse mottok 1591 personer skjemaet om fastlegetjenesten (22,3 prosent). 802 personer besvarte skjemaet, noe som gir en svarprosent på 53. Av svarerne fylte 451 personer ut papirskjemaet (svarprosent 75) og 351 det digitale skjemaet (svarprosent 39). Materialet fra brukerdelen er ikke vektet.

Spørreskjemaet inneholdt en rekke ulike spørsmål om temaer som tilgjengelighet, tjenester på nett, informasjon, relasjon til fastlegen, tilfredshet med ulike aspekter ved fastlegen, klagebehandling mm.

Datainnsamlingen foregikk fra 13. september 2016 til 16. mars 2017.

Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Beskrivelsen i denne delen er basert på dokumentasjonsrapport fra Statistisk sentralbyrå (8).

Levekårsundersøkelsen om helse 2015 ble gjennomført av SSB blant et utvalg personer i alderen 16 år og eldre, trukket fra SSBs befolkningsregister. SSB samlet inn data ved hjelp av telefonintervjuer.

Spørreskjemaet inneholdt en rekke ulike temaer om helse og helsetjenester, herunder spørsmål om bruk og vurdering av enkelttjenester. Det ble stilt flere spørsmål om fastleger/allmennleger, blant annet tre erfaringsspørsmål som inngår som avhengige variabler i denne rapporten.

Datainnsamlingen foregikk fra 10. august til 30. desember 2015. Før undersøkelsen startet ble det sendt ut informasjonsbrev om undersøkelsen til utvalget. Utvalget ble først forsøkt rekruttert på telefon, og de neste ukene ble det sendt ut både sms og gjort sporadiske oppringninger i flere omganger for å rekruttere til intervju.

Av de 14 000 i bruttoutvalget svarte 8164 på intervjuet. Korrigert for avgang var svarprosenten på 59. Dataene er korrigert for ulik trekkesannsynlighet og for frafall, og er vektet etter kjønn, alder, utdanning og regioner.

Commonwealth Fund-undersøkelsene i 2016 og 2017

Norge har deltatt i Commonwealth Fund (CMWF)-undersøkelsene årlig siden 2009 (9-16). Både i undersøkelsen blant den generelle, voksne befolkningen og blant eldre/sykere voksne er spørsmål om erfaringer med den faste legen inkludert. I denne rapporten ser vi på resultatene fra de siste to undersøkelsene, det vil si fra henholdsvis 2016 og 2017, men vi vil avslutningsvis også se litt på endringer over tid.

Spørreskjemaene er utviklet primært for USA, og det kan være grunn til å diskutere skjemaets relevans for de andre deltakerlandene.

Commonwealth Funds befolkningsundersøkelse i 2016

I 2016-undersøkelsen vurderte den generelle voksne befolkningen (18 år eller eldre) hvor godt helsetjenestene i de respektive deltakerlandene fungerte (15). Tilsvarende

undersøkelsen ble gjennomført i 2010 og 2013. Landene som deltok var Australia, Canada, Frankrike, Nederland, New Zealand, Norge, Storbritannia, Sveits, Sverige, Tyskland og USA. En mer detaljert beskrivelse av datainnsamling, metode og utvalg finnes i rapporten fra 2016-undersøkelsen (15).

Undersøkelsen ble gjennomført med telefonintervjuer i alle deltakerlandene. Utvalget ble trukket ved bruk av Bisnode, et selskap som tilbyr søke- og katalogtjenester gjennom internett, telefoni og post. Kunnskapscenteret i FHI finansierte undersøkelsen, og var ansvarlig for datainnsamling og rapportering i Norge. Norstat gjennomførte datainnsamlingen for FHI. Utvalget ble trukket slik at det gjenspeilet befolkningstetthet i Norge, steder som har høy befolkningstetthet fikk derfor større utvalg. Telefonintervjuene ble gjennomført fra 1. mars til 22. juni 2016 i de elleve landene. I Norge var undersøkelsesperioden 17. mars til 22. mai 2016. Social Science Research Solutions (SSRS) koordinerte datainnsamlingen på tvers av deltakerlandene. Svarprosenten i Norge ble beregnet til 11.

Spørreskjemaet var utviklet av CMWF og bygde på undersøkelsene i 2010 og 2013. Hovedtemaene var tilgang til tjenester og primærhelsetjenesten, bruk av spesialister, erfaringer med helsehjelp på sykehus eller akuttmottak, dekning av utgifter til helsehjelp, kostnader og legeregninger, bruk av reseptbelagte legemidler, medisinske feil, helsestatus og helsehjelp til kronisk syke, sosial kontekst og livsstilsfaktorer, overordnet syn på helsetjenesten og bakgrunnsspørsmål.

I denne rapporten vektlegges resultatene for Norge, men det kommenteres kort hvordan Norge har kommet ut sammenlignet med de andre landene på spørsmålene som handler om den faste legen eller legekantoret. Her refereres det til tidligere publiserte rapporter.

Det norske materialet ble vektet etter region, alder, kjønn og utdanningsnivå. Informasjon for justeringen ble hentet fra Statistisk sentralbyrå.

Commonwealth Funds undersøkelse i aldersgruppen 65 år og eldre i 2017

I 2017-undersøkelsen vurderte den voksne befolkningen i aldersgruppen 65 år og eldre hvor godt helsetjenestene i de respektive deltakerlandene fungerer. I 2014-undersøkelsen ble den voksne befolkningen i aldersgruppen 55 år og eldre intervjuet (13). I 2011 var målgruppen alle voksne (18 år eller eldre) med svekket helse (10). Australia, Canada, Frankrike, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia, Tyskland og USA har deltatt i undersøkelsene alle tre årene. For mer detaljerte opplysninger om datainnsamling, metode og utvalg, se rapporten fra 2017-undersøkelsen (16).

I likhet med i befolkningsundersøkelsen i 2016 ble det gjennomført telefonintervjuer i alle landene, med unntak av Sveits som i tillegg tilbød online svarmulighet. FHI finansierte undersøkelsen i Norge, og var ansvarlig for datainnsamling og rapportering. Utvalget ble også her trukket ved bruk av Bisnode. Norstat gjennomførte den norske delen av datainnsamlingen. Telefonintervjuene ble gjort fra 3. mars til 16. mai 2017 i de ulike

landene, og mellom 20. mars og 11. mai i Norge. SSRS koordinert datainnsamlingen på tvers av deltakerlandene. Svarprosenten i Norge var beregnet til 17.

Spørreskjemaet var utviklet av CMWF og hovedtemaene var tilgang til helsetjenester, erfaringer med fastlegen og reseptbelagte legemidler, koordinering av tjenester og erfaringer med spesialister, bruk av reseptbelagte midler, erfaring med helsehjelp på sykehus og operasjon, dagliglivets aktiviteter, omsorgsbistand og uformell omsorg, kronisk sykdom og tjenester, helsefremmende tiltak, ønsker for omsorg ved livets slutt, dekning av utgifter til helsehjelp og bakgrunnsspørsmål.

Det norske materialet ble vektet etter kjønn, alder, bosted, utdanningsnivå. I Norge ble det i tillegg vektet for sannsynligheten for å nå personer med mer enn et telefonnummer.

I denne rapporten vektlegges resultatene for Norge, men det kommenteres kort hvordan Norge har kommet ut sammenlignet med de andre landene på spørsmålene som handler om den faste legen eller legekantoret. Undersøkelsen i 2017 har fellestrekk med undersøkelsene i 2014 og 2011, men grunnet ulikheter i konstruksjon av utvalg og metodiske valg knyttet til datainnsamling ble det i rapporteringen fra 2017-undersøkelsen valgt å ikke sammenligne resultatene over tid (16). Sammenligninger mellom ulike år vil derfor ikke vektlegges i denne rapporten heller.

Presentasjon av resultatene

I denne rapporten presenterer vi resultatene fra de fem datasettene i separate kapitler. Innledningsvis i hver av delene ser vi på kjennetegn ved svarerne, og kommenterer eller presenterer deskriptive resultater fra undersøkelsen. De deskriptive resultatene er vektet gitt at vektevariabler foreligger. Mange av de deskriptive resultatene er tidligere presentert i egne rapporter. Hovedformålet er ikke å presentere disse på nytt, men å sammenfatte og kommentere for å sikre et grunnlag for å forstå de videre analysene.

Vi undersøker videre bivariate sammenhenger mellom svar på spørsmålene og bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, helse, geografi og om fødelandet er Norge. Siden flere av utvalgene inkluderte forholdsvis få svarere ble variabelen fylke omkodet til Statistisk sentralbyrås standard for inndeling i landsdeler, et regionalt nivå mellom fylke og hele landet (17). Forskjeller i gjennomsnittene til ulike grupper, for eksempel ulike aldersgrupper, blir testet statistisk ved bruk av variansanalyse (enveis ANOVA med Bonferroni-korreksjon ved sammenligning av flere enn to grupper), forskjellen i gjennomsnittsskårene til menn og kvinner og de som er født i Norge/ikke født i Norge er testet med independent samples t -test. Når samvariasjon mellom to kategoriske variabler skal utforskes, for eksempel mellom ja/nei-spørsmål og ulike aldersgrupper, brukes kjikvadrattesten. Hensikten med disse testene er å undersøke hvor sannsynlig det er at forskjellen er reell, eller om den er utslag av tilfeldig variasjon.

Enkelte spørsmål hadde store andeler manglende svar, oftest fordi respondenten ikke hadde grunnlag for å vurdere spørsmålet. For datamaterialene med små utvalg medførte dette for få observasjoner i flere undergrupper til å gjennomføre bivariate og multivariate analyser.

Regresjonsanalyse (lineær) blir deretter brukt for å analysere sammenhengen mellom svar (responsvariabler) og flere variabler som kjennetegner svareren (forklaringsvariabler). Kun variabler som hadde en signifikant påvirkning i bivariate analyser inkluderes i de multivariate modellene. Fordelene med en multivariat modell er at analysene med flere responsvariabler gir et mer dekkende bilde, beskrivelsene av årsakssammenhengene blir mer presise og troverdige, og forklaringsvariablenes relative betydning belyses. p-verdien viser sannsynligheten for at resultatene skyldes tilfeldige feil. Vi har valgt et signifikansnivå på 5 prosent, noe som vil si at en p-verdi under 0,05 er statistisk signifikant.

De fleste svarene på spørsmål fremstilles enkeltvis, men statistiske analyser viser at enkelte av disse kan presenteres som en indeks eller indikator. Indekser er grupper av spørsmål med felles tema og indre konsistens statistisk sett. Indekser er mer reliable enn enkeltspørsmål og muliggjør også å presentere mer sammenfattede og robuste resultater. Sammensetting av enkeltspørsmål til indekser er basert på faktoranalyse og reliabilitetsanalyse, men må selvsagt også gi mening rent teoretisk. Resultater fra blant annet storskalaundersøkelsen om brukererfaringer med fastlegen presenteres som indekser. I tillegg rapporterer vi resultatene for en indeks vi har kalt «Erfaringer med den faste legen eller annet helsepersonell» fra CMWF-undersøkelsen i 2013 og 2016. Vi presenterer også endringer over tid for sistnevnte indeks.

Resultater fra storskalaundersøkelsen om pasienterfaringer med fastleger 2014

Kjennetegn ved svarerne

Tabell 1 viser kjennetegn ved dem som svarte på storskalaundersøkelsen. Vi ser at utvalget som har svart består av 76 prosent kvinner. Det er en viss stabilitet i tilknytning til legen i og med at 55 prosent av svarerne hadde hatt denne fastlegen i mer enn seks år. I alt to av tre svarere oppgir å ha minst ett varig helseproblem, og nær halvparten har hatt fem eller flere konsultasjoner hos fastlegen det siste året.

Tabell 1. Beskrivelse av svarerne. Antall svar og prosentandel i hver svarkategori.

Spørsmål/svarkategorier	Antall svar	Prosentandel
Kjønn		
Mann	558	23,6
Kvinne	1809	76,4
Alder		
0 - 5 år	106	4,5
6 - 15 år	153	6,5
16 - 19 år	66	2,8
20 - 29 år	143	6,0
30 - 49 år	565	23,9
50 - 66 år	701	29,6
67 - 79 år	476	20,1
80 - 89 år	133	5,6
Over 90 år	24	1,0
Stort sett, vil du si at din helse er...?		
Utmerket	250	10,6
Meget god	668	28,3
God	801	34,0
Nokså god	498	21,1
Dårlig	142	6,0
Utdanningsnivå		
Ingen	11	0,7
Grunnskole	547	26,2
Videregående	914	43,9
Høgskole/universitet lavere grad	477	22,9
Høgskole/universitet høyere grad	137	6,6
Født i Norge		
Nei	225	9,6
Ja	2126	90,4
Landsdel		
Oslo og Akershus	457	19,2

Hedmark og Oppland	210	8,8
Østlandet ellers	510	21,5
Agder og Rogaland	382	16,1
Vestlandet	396	16,7
Trøndelag	154	6,5
Nord-Norge	268	11,3
Har du et varig helseproblem?		
Nei	749	32,0
Ja, ett	817	34,9
Ja, to	468	20,0
Ja, tre eller flere	304	13,0
Antall konsultasjoner hos fastlegen siste 12 måneder		
1 – 2	751	31,6
3 – 4	493	20,7
5 eller flere	1133	47,7
Antall år på denne fastlegens liste		
0 – 5 år	1058	44,7
6 – 12 år	637	26,9
13 år eller mer	672	28,4
Hvem fylte ut skjemaet?		
Pasienten selv	2077	88,2
Pårørende til barn under 16 år	242	10,3
Pårørende til andre	35	1,5

Resultater på indikatorer og enkeltspørsmål

Pasienterfaringsindikatorerne er nærmere beskrevet i metodekapitlet, og noen av resultatene finnes også i andre publikasjoner (5,6). Spørsmålene som inngår i indikatorerne er vist i vedlegg til denne rapporten. Svarene er gitt på en svarskala fra «Ikke i det hele tatt» = 1 til «I svært stor grad» = 5. Skårene er omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best. Pasientene ga gjennomgående gode vurderinger av fastlegen og øvrige ansatte ved legekantoret, skårene var henholdsvis 77 og 76 (Tabell 2). Også vurdering av legens samhandling med andre tjenester får gode resultater, mens mestring og tilgjengelighet får noe dårligere skårer. Resultatene er ikke vektet.

Tabell 2: Resultater på indikatorerne, antall, minimum, maksimum, gjennomsnitt og standardavvik.

Indikatorer	Antall svar	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standardavvik
Fastlegen	2353	0	100	77,4	17,6
Øvrige ansatte	2354	0	100	76,3	17,8
Samhandling	1981	0	100	74,4	21,2
Mestring	2325	0	100	65,9	21,6
Tilgjengelighet	2261	0	100	64,8	27,8

Tabell 3 viser resultater for andre erfaringsspørsmål som ikke inngikk i indikatorerne. Mer enn hver tredje svarer oppga at det var vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon. Tilgjengelighet målt i antall dager til man får en time viser en del variasjon. Ved behov for å få en time raskt oppga 31 prosent av svarerne at de må vente mer enn to dager, og 38 prosent oppga at de vanligvis må vente mer enn en uke for å få en time når behovet ikke er akutt. I alt 84 prosent av svarerne oppga at de i stor eller svært stor grad

var fornøyd med fastlegen sin, og knapt 9 av 10 har i liten grad eller ikke i det hele tatt opplevd feilbehandling hos fastlegen.

Tabell 3: Prosentandeler pr svarkategori for andre enkeltspørsmål i undersøkelsen. Antall svar og prosentandel i hver svarkategori.

Spørsmål	Antall svar	Svarkategori	Prosentandel
Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon?	2325	Ikke i det hele tatt	33,0
		I liten grad	32,5
		I noen grad	22,5
		I stor grad	8,3
		I svært stor grad	3,7
Sist du hadde behov for en time hos legen raskt, når fikk du time?	1981	Samme dag	48,8
		Neste dag	20,5
		Etter 2 dager	12,2
		Etter mer enn 2 dager	18,5
Hvor lenge må du vanligvis vente før du får en time hos fastlegen?	2146	0-1 dag	12,3
		2-3 dager	20,9
		4-7 dager	29,1
		8-14 dager	23,3
		Mer enn to uker	14,4
Alt i alt, er du fornøyd med fastlegen din?	2347	Ikke i det hele tatt	1,2
		I liten grad	2,9
		I noen grad	11,9
		I stor grad	39,0
		I svært stor grad	45,0
Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet hos fastlegen (etter det du selv kan bedømme)?	2327	Ikke i det hele tatt	72,9
		I liten grad	17,7
		I noen grad	6,0
		I stor grad	2,3
		I svært stor grad	1,1

Bivariate analyser

I denne delen ser vi på sammenhengen mellom indikatorene og bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, egenvurdert helse, landsdel og om man er født i Norge.

I tabell 4 ser vi at alder, utdanning, egenvurdert helse og om man er født i Norge har signifikant sammenheng med vurdering av fastlegen. Det er en tendens til at svarere i de to høyest aldersgruppene har lavere skårer enn svarere i de andre aldersgruppene. Bonferroni-korreksjonen viste at pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning på 1-4 år har signifikant høyere skårer enn svarere med utdanning på grunnskole eller videregående nivå. I tråd med litteraturen om brukererfaringer ga pasienter med best egenvurdert helse også best vurderinger. Personer født i Norge rapporterte bedre erfaringer enn de som ikke er født i Norge.

Vurdering av øvrige ansatte varierer signifikant med alder, landsdel og om man er født i Norge. Tendensen er ikke entydig, men generelt ser vi at med økende alder blir vurderingene mer positive. Pasienter i Trøndelag har signifikant lavere skårer enn pasienter fra henholdsvis Hedmark og Oppland og Østlandet ellers. Skårene til svarere født i Norge er signifikant høyere enn til de som ikke er født i Norge.

Svar på indikatoren samhandling varierer med utdanning, egenvurdert helse og om pasienten er født i Norge. Pasienter som er registrert med ingen utdanning har 13 poeng lavere skår enn de med høyskole- eller universitetsutdanning på 1-4 år. For denne variabelen er det også slik at jo bedre egenvurdert helse pasienten har, desto høyere er skåren. Gjennomsnittsskåren er signifikant lavere for de som ikke er født i Norge.

Mestring er kun signifikant assosiert med egenvurdert helse, med samme tendens som for de øvrig indikatorene.

Alle bakgrunnsvariablene er signifikant assosiert med gjennomsnittsskåren på indikatoren tilgjengelighet. Menn gir signifikant bedre vurderinger enn kvinner. Svarere der pasienten er 0-5 år har signifikant høyere skår enn i gruppen 67-79 år og 80-89 år. De som er født i Norge har signifikant høyere skårer enn de som ikke er født i Norge. Pasienter med høyere utdanning og bedre egenvurdert helse har bedre erfaringer enn de med lavere utdanning og dårligere helse. På indikatoren tilgjengelighet har også pasienter i Trøndelag signifikant lavere skår enn pasienter fra henholdsvis Hedmark og Oppland og Østlandet ellers.

Tabell 4: Pasientenes vurdering av fastlegen, øvrige ansatte, samhandling, mestring og tilgjengelighet etter bakgrunnsvariabler om svarerne.

Spørsmål/svarkategorier	Fastlegen		Øvrige ansatte		Samhandling		Mestring		Tilgjengelighet	
	Gjennom- snitt	p ^a	Gjennom- snitt	p ^a	Gjennom- snitt	p ^a	Gjennom- snitt	p ^a	Gjennom- snitt	p ^a
Kjønn		0,649		0,159		0,756		0,529		0,001
Mann	77,7		77,3		74,7		66,4		68,3	
Kvinne	77,3		76,1		74,3		65,8		63,8	
Alder		0,041		0,000		0,800		0,696		0,005
0-5	80,1		72,2		75,1		69,7		72,5	
6-15	79,2		76,3		73,4		65,6		68,3	
16-19	78,3		72,4		75,5		64,2		70,4	
20-29	77,6		71,2		72,0		65,9		63,9	
30-49	77,2		72,8		73,7		65,9		63,5	
50-66	78,4		78,9		75,6		66,3		66,1	
67-79	75,7		78,7		74,4		65,3		62,4	
80-89	74,2		79,3		73,9		65,5		60,5	
90+	73,8		83,3		72,2		61,1		62,5	
Utdanning		0,000		0,096		0,032		0,588		0,000
Ingen	66,2		78,4		63,8		56,8		42,0	
Grunnskole	75,3		77,7		73,3		65,6		60,3	
Videregående	76,5		76,9		74,3		65,8		65,0	
Høyskole eller universitet 1-4 år	79,9		74,8		76,9		66,3		67,0	
Høyskole eller universitet mer enn 4 år	79,2		76,7		72,0		64,4		68,3	
Egenvurdert helse		0,000		0,083		0,000		0,000		0,000
Utmerket	84,5		78,7		83,0		73,4		72,8	
Meget god	80,3		76,2		76,4		68,8		68,1	
God	76,0		76,1		72,8		64,8		63,3	
Nokså god	74,4		6,57		74,0		63,7		61,1	
Dårlig	69,0		73,5		66,6		53,2		58,2	
Landsdel		0,172		0,003		0,062		0,431		0,002
Oslo og Akershus	78,8		75,4		73,7		67,8		64,6	
Hedmark og Oppland	78,7		78,5		77,6		66,5		67,2	
Østlandet ellers	77,5		77,9		76,2		65,5		67,0	
Agder og Rogaland	77,1		76,2		73,3		65,7		66,1	
Vestlandet	76,1		75,9		74,2		64,9		64,5	
Trøndelag	77,7		71,4		71,3		66,6		63,8	

Nord-Norge	75,6		76,7		73,3		64,5		58,2
Født i Norge		0,000		0,000		0,002		0,238	0,000
Ja	77,8		76,9		74,8		66,0		65,9
Nei	72,8		71,4		70,1		64,2		54,9

^a: Forskjellen i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variablene kjønn og født i Norge som er testet med independent samples *t*-test.

Multivariate analyser

Tabell 5 viser resultater fra multivariate regresjonsanalyser for de fem indikatorene. Resultatene fra de bivariate analysene viste at alle de uavhengige variablene hadde signifikant assosiasjon med en eller flere av erfaringsspørsmålene, og alle er derfor inkludert i videre analyser. Vi ser at ved å legge alle bakgrunnsvariablene inn i en regresjon forklares lite av variasjonene i de avhengige variablene. Totalt forklart varians er mellom to til fem prosent.

Utdanning, egenvurdert helse og om man er født i Norge har en signifikant innvirkning på vurderingene av fastlegen (tabell 5). Alder, utdanning, egenvurdert helse og landsdel (Vestlandet vs Østlandet ellers og Trøndelag vs Østlandet ellers) påvirker erfaringer med øvrige ansatte. Samhandlingsindikatoren påvirkes av egenvurdert helse, landsdel (Østlandet ellers vs Oslo og Akershus, Agder og Rogaland, Vestlandet og Nord-Norge) og om man er født i Norge. Mestring påvirkes av alder, utdanning og egenvurdert helse. Indikatoren tilgjengelighet varierer signifikant med alle de uavhengige variablene med unntak av alder.

Tabell 5. Betydningen av bakgrunnsvariabler om svarerne for brukererfaringer med fastleger.

Spørsmål/svarkategorier	Fastlegen		Øvrige ansatte		Samhandling		Mestring		Tilgjengelighet	
	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p
Kjønn	-0,446	0,617	-0,628	0,480	-0,724	0,536	-1,239	0,259	-4,547	0,002
Alder	0,006	0,791	0,184	0,000	0,050	0,094	0,056	0,046	-0,020	0,589
Utdanning	1,058	0,019	-1,025	0,022	0,445	0,460	-1,123	0,042	2,329	0,001
Egenvurdert helse	-3,217	0,000	-1,676	0,000	-2,867	0,000	-4,346	0,000	-2,272	0,000
Landsdel (Østlandet ellers referansekategori)										
Oslo og Akershus	0,438	0,717	-1,428	0,236	-3,440	0,030	1,946	0,192	-2,696	0,171
Hedmark og Oppland	0,273	0,856	0,364	0,807	0,659	0,739	0,291	0,875	-0,339	0,889
Agder og Rogaland	-0,977	0,439	-1,043	0,406	-3,459	0,037	-0,896	0,565	-2,185	0,287
Vestlandet	-2,372	0,054	-2,590	0,034	-3,338	0,039	-1,269	0,402	-4,017	0,045
Trøndelag	0,048	0,978	-3,960	0,022	-4,112	0,071	1,500	0,482	-3,332	0,239
Nord-Norge	-1,804	0,193	-2,301	0,094	-4,121	0,024	-1,696	0,319	-9,554	0,000
Født i Norge	4,176	0,002	2,337	0,079	3,497	0,042	1,057	0,519	10,970	0,000
Forklart varians (R ²)	5%		4%		2%		4%		4%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Resultater fra Innbyggerundersøkelsen i 2017

Bakgrunnsdata om svarerne i fastlegedelen

I tabell 6 ser vi at 58 prosent av svarerne i fastlegedelen av Difis undersøkelse er kvinner, mot 47 prosent blant de som oppga å være brukere av fastlegetjenesten i første del av innbyggerundersøkelsen («bruttoutvalget»). På aldersvariabelen er det også store forskjeller mellom de to utvalgene: blant svarerne var 51 prosent 67 år eller eldre, mot 27 prosent i bruttoutvalget, og kun 13 prosent av svarerne var 49 år eller yngre, mot 43 prosent i bruttoutvalget. Det er ikke vektet for å kompensere for denne frafallsskjevheten. Det er verdt å bemerke at svarernes helsetilstand ikke er kjent ettersom skjemaet ikke inneholder spørsmål om egenvurdert helse.

Tabell 6. Bakgrunnsdata om svarerne (n=802) og brukerne totalt i Difis undersøkelse.

Spørsmål/svarkategorier	Antall svar	Difi, svarerne %	Difi, brukere %
Kjønn			
Mann	334	41,6	53,0
Kvinne	468	58,4	47,0
Alder			
18-24 år	11	1,4	7,7
25-34 år	36	4,5	11,5
35-49 år	60	7,5	23,3
50-66 år	283	35,3	30,5
67+ år	412	51,4	27,0
Alder SSB kategorisering			
18-24 år	11	1,4	-
25-44 år	64	8,0	-
45-66 år	315	39,3	-
67-79 år	294	36,7	-
80- år	118	14,7	-
Utdanning			
Grunnskole	195	24,3	-
Videregående skole	180	22,4	-
Yrkesutdanning fagskole	116	14,5	-
Universitet eller høyskole	273	34,0	-
Mangler	38	4,7	-
Sentralitet			
Minst sentrale kommuner	101	12,6	-
Mindre sentrale kommuner	47	5,9	-
Noe sentrale kommuner	197	24,6	-
Sentrale kommuner	455	56,7	-
Mangler	2	0,2	-
Innsamlingsmetode			

Papirskjema	444	55,4	-
Elektronisk skjema	358	44,6	-

Resultater på enkeltspørsmål

I tabell 7 ser vi på svarfordelingen på fem utvalgte spørsmål i undersøkelsen. Svarene er gitt på en skala fra -3 til +3, der +3 er best. Det er valgt spørsmål innenfor viktige tematiske områder, herunder tilgjengelighet, vurdering av fastlegen og generell tilfredshet. Det er valgt ut temaer/spørsmål som er relevante for flest mulig av svarerne, med minst mulig manglende svar (missing). Det er viktig å huske på at Difi-materialet ikke er vektet, noe som betyr at det ikke er mulig å generalisere fra svarerutvalget til populasjonen. Resultatene gjelder kun det utvalget som har svart.

Andelen som har svart en av de to mest positive svarkategoriene varierer fra 60 prosent (ventetid time) til 84 prosent (evne til å lytte). Tre prosent av svarerne har valgt å svare i en av de tre misfornøyd-kategoriene på spørsmålet om evne til å lytte, og tre prosent har gitt tilsvarende vurdering på spørsmålene om generell tilfredshet og faglig kompetanse.

Tabell 7. Brukererfaringer med fastleger på utvalgte spørsmål (n=802, %). Uvektet.

Svarkategorier	Åpningstider	Ventetid time	Evne til å lytte	Faglig kompetanse	Generell tilfredshet
Svært misfornøyd, -3	1,3	3,7	0,3	0,1	0,3
-2	1,9	3,7	0,9	0,9	0,6
-1	3,4	6,3	1,4	1,7	1,8
0	6,9	9,2	3,2	3,9	4,5
1	11,6	13,4	9,0	10,5	10,1
2	29,8	30,6	24,8	28,2	26,9
Svært fornøyd, 3	43,4	29,7	59,4	51,6	54,5
Vet ikke/ikke erfaring	1,7	3,5	1,0	3,0	1,4

Bivariate resultater

I tabell 8 har vi valgt ut tre av de fem spørsmålene for ytterligere analyse, ett spørsmål per område (tilgjengelighet, vurdering av fastlegen, generell tilfredshet).

Vi ser at alder, utdanning og innsamlingsmetode er signifikant assosiert med ett eller flere brukererfaringsspørsmål. Det er store forskjeller mellom aldersgrupper, spesielt de yngste sammenlignet med de eldste: fra over to poengs forskjell på spørsmål om ventetid på time på en skala fra 0 til 7 (tilsvarer rundt 28 poeng på en skala fra 0-100), til 0,73 poengs forskjell på evne til å lytte (tilsvarer rundt 10 poeng på en skala fra 0-100). Det er verdt å bemerke at gruppen 18-24 år kun består av 11 personer og at Difi-materialet har stor skjevhet på alder.

Tabell 8. Brukererfaringer med fastleger etter bakgrunnsvariabler om brukerne.

Spørsmål/svarkategorier	Ventetid time		Evne til å lytte		Generell tilfredshet	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Kjønn		0,376		0,074		0,388
Mann	5,4		6,3		6,2	
Kvinne	5,5		6,4		6,3	
Alder		0,000		0,002		0,000
18-24 år	3,8		5,7		5,5	
25-44 år	5,0		6,2		5,9	
45-66 år	5,2		6,2		6,2	
67-79 år	5,7		6,5		6,4	
80- år	5,8		6,5		6,4	
Utdanning		0,091		0,166		0,007
Grunnskole	5,7		6,5		6,5	
Videregående skole	5,4		6,3		6,2	
Yrkesutdanning fagskole	5,5		6,4		6,2	
Universitet eller høyskole	5,3		6,3		6,1	
Sentralitet		0,459		0,789		0,448
Minst sentrale kommuner	5,2		6,3		6,2	
Mindre sentrale kommuner	5,4		6,5		6,5	
Noe sentrale kommuner	5,4		6,4		6,2	
Sentrale kommuner	5,5		6,4		6,3	
Innsamlingsmetode		0,000		0,001		0,001
Papirskjema	5,6		6,5		6,4	
Elektronisk skjema	5,2		6,2		6,1	

^a: Forskjellen i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variablene kjønn og innsamlingsmetode som er testet med independent samples t-test.

Multivariate resultater

I tabell 9 har vi tatt med variabler som viste seg å være signifikant assosiert med de avhengige variablene i bivariate analyser. I multivariate analyser er alder signifikant assosiert med alle de tre spørsmålene om brukererfaringer med fastleger, mens innsamlingsmetode er assosiert med spørsmål om evne til å lytte (de som har svart på papirskjema er mer positive enn de som har svart elektronisk). Forklart varians er mellom 2-4 prosent.

Tabell 9. Betydningen av bakgrunnsvariabler for brukererfaringer med fastleger.

Spørsmål	Ventetid time		Evne til å lytte		Generell tilfredshet	
	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p
Alder	0,330	0,000	0,110	0,015	0,143	0,002
Utdanning	-0,012	0,884	-0,007	0,887	-0,086	0,115
Innsamlingsmetode	-0,217	0,108	-0,181	0,031	-0,106	0,218
Forklart varians (R ²)	4%		2%		3%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Resultater fra Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Kjennetegn ved svarerne

I tabell 10 ser vi fordelingen av bakgrunnsdata om svarerne i fastlegedelen (n=5967). Eventuelle skjevheter på kjønn, alder, utdanning og region er kompensert gjennom vektning av materialet. Vi ser at 77 prosent av svarerne rapporterte at de hadde svært god eller god helse, mens 8 prosent rapporterte om dårlig eller svært dårlig helse.

Tabell 10. Bakgrunnsdata om svarerne. Antall svar og prosentandel i hver svarkategori.

Spørsmål/svarkategorier	Antall svar	Prosentandel
Kjønn		
Mann	2775	46,5
Kvinne	3192	53,5
Alder		
15-24 år	783	13,1
25-44 år	1683	28,2
45-66 år	2264	37,9
67-79 år	933	15,6
80- år	304	5,1
Utdanning		
Grunnskole	1278	22,1
Videregående skole	2518	43,6
Universitet eller høyskole	1976	34,2
Mangler	195	3,3
Egenvurdert helse		
Svært god	1620	27,1
God	2957	49,6
Verken god eller dårlig	901	15,1
Dårlig	407	6,8
Svært dårlig	82	1,4
Fødeland		
Norge	5330	89,3
Norden utenom Norge	123	2,1
EU/EØS-området utenfor Norden	171	2,9
Europa utenfor EU/EØS-området	64	1,1
Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og NZ	246	4,1
USA, Canada, Australia, og New Zealand	27	0,5
Uoppgitt	6	0,1
Landsdel		

Akershus og Oslo	966	16,2
Hedmark og Oppland	599	10,0
Østlandet ellers	1184	19,8
Agder og Rogaland	879	14,7
Vestlandet	881	14,8
Trøndelag	590	9,9
Nord-Norge	868	14,5

Resultater på enkeltspørsmål

I tabell 11 ser vi at over 90 prosent av svarerne var helt eller litt enige i at fastlegen tar dem på alvor og henviser videre ved behov, mens rundt 75 prosent svarte de to mest positive svaralternativene på spørsmålet om tid hos legen. I tabell 12 ser vi svarfordelingene på spørsmålet om å ta pasienten på alvor, for pasienter som både har vært hos fastlege og psykolog siste året (n=340) og fastleger og psykiatere (n=94). Blant den gruppen som både hadde vært hos fastlege og psykolog svarte henholdsvis 78 prosent og 81 prosent det beste svaralternativet. Blant den gruppen som både hadde vært hos fastlege og psykiater svarte henholdsvis 66 prosent og 77 prosent det beste svaralternativet.

Tabell 11. Brukererfaringer med fastleger/allmennleger (n=5967, %). Vektet.

Svarkategorier	Tar pasienten på alvor	Gir meg ikke nok tid	Henvist videre ved behov
Helt enig	80,1	10,9	86,8
Litt enig	11,8	10,0	5,6
Verken enig eller uenig	2,8	3,9	3,6
Litt uenig	3,3	12,8	2,2
Helt uenig	2,0	62,3	1,8

Tabell 12. Brukererfaringer med fastleger/allmennleger, psykologer og psykiatere på spørsmål om å bli tatt på alvor (%). Matchet utvalg, uvektet.

Svarkategorier	Tar pasienten på alvor			
	Fastleger og psykologer (n=340)		Fastleger og psykiatere (n=94)	
	Fastleger	Psykologer	Fastleger	Psykiatere
Helt enig	78,2	81,1	66,0	76,6
Litt enig	12,6	10,4	18,1	14,9
Verken enig eller uenig	2,9	3,8	5,3	3,2
Litt uenig	4,1	3,0	4,3	1,1
Helt uenig	2,1	1,8	6,4	4,3

Bivariate resultater

I tabell 13 ser vi at alder, utdanning, egenvurdert helse og fødeland har signifikant sammenheng med ett eller flere brukererfaringsspørsmål. Forskjellene er i hovedsak små, bortsett fra når det gjelder sammenhengen mellom helse og tilstrekkelig tid: de som rapporterer svært god helse har 14 poeng høyere skår enn de som rapporterer svært dårlig helse, på en skala fra 0-100 der 100 er best. Det er verdt å merke seg at de som er

født i Europa utenfor EU/EØS-området (n=64) skårer 7-9 poeng lavere på de tre erfarings spørsmålene enn de som er født i Norge.

Tabell 13. Brukererfaringer med fastleger/allmennleger etter bakgrunnsvariabler om brukerne.

Spørsmål/svarkategorier	Tar pasienten på alvor		Gir meg ikke nok tid		Henvist videre ved behov	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Kjønn		0,329		0,103		0,474
Mann	91,7		77,8		93,4	
Kvinne	91,1		76,3		93,8	
Alder		0,001		0,074		0,000
15-24 år	89,1		77,1		90,0	
25-44 år	90,5		76,6		91,8	
45-66 år	92,2		76,6		95,3	
67-79 år	92,6		79,8		95,4	
80- år	92,4		74,0		94,9	
Utdanning		0,015		0,156		0,041
Grunnskole	90,2		75,6		92,7	
Videregående skole	91,4		77,1		93,7	
Universitet eller høyskole	92,3		78,0		94,5	
Egenvurdert helse		0,000		0,000		0,020
Svært god	93,1		80,8		94,0	
God	92,1		77,1		94,0	
Verken god eller dårlig	88,6		73,1		92,8	
Dårlig	86,5		72,3		91,1	
Svært dårlig	86,0		67,0		91,4	
Fødeland		0,000		0,092		0,002
Norge	91,9		77,4		94,0	
Norden utenom Norge	89,1		74,0		91,2	
EU/EØS-området utenfor Norden	89,1		73,4		91,2	
Europa utenfor EU/EØS-området	82,8		68,4		86,3	
Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og NZ	85,1		74,4		91,8	
USA, Canada, Australia og New Zealand	85,2		83,3		88,9	
Landsdel		0,433		0,454		0,250
Akershus og Oslo	91,4		75,7		93,6	
Hedmark og Oppland	92,6		78,4		94,9	
Østlandet ellers	90,8		77,6		94,4	
Agder og Rogaland	90,8		76,9		92,9	
Vestlandet	91,1		77,9		92,9	
Trøndelag	92,7		78,2		93,9	
Nord-Norge	91,5		75,3		93,2	

^a: Forskjellen i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variabelen kjønn som er testet med independent samples t-test.

Multivariate resultater

Tabell 14 inneholder regresjonsresultater for de tre erfarings spørsmålene, der vi har tatt med signifikante variabler fra de bivariate analysene i forrige avsnitt. Utdanning er ikke signifikant assosiert med brukererfaringer i multivariate analyser, mens alder og egenvurdert helse har signifikant innvirkning på alle tre erfarings spørsmålene. Vi ser at gruppen Europa utenfor EU-EØS-området har dårligere skårer enn Norge på to av tre

spørsmål (tatt på alvor, henvist videre), og at gruppen Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania (utenom Australia og NZ) har dårligere skår enn de som er født i Norge på ett av tre spørsmål (tatt på alvor). Forklart varians er mellom 1-2 prosent.

Tabell 14. Betydningen av bakgrunnsvariabler for brukererfaringer med fastleger/allmennleger.

Spørsmål/svarkategorier	Tar pasienten på alvor		Gir meg ikke nok tid		Henvist videre ved behov	
	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p
Alder	0,072	0,000	0,052	0,045	0,112	0,000
Utdanning	0,592	0,114	0,522	0,414	0,617	0,073
Egenvurdert helse	-2,379	0,000	-3,363	0,000	-1,163	0,000
Fødeland (Norge referansekategori)						
Norden utenom Norge	-3,184	0,113	-4,165	0,223	-2,614	0,159
EU/EØS-området utenfor Norden	-3,206	0,077	-1,194	0,700	-1,902	0,257
Europa utenfor EU/EØS-området	-7,435	0,005	-7,352	0,102	-6,982	0,004
Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og NZ	-5,865	0,000	-1,353	0,586	-0,597	0,657
USA, Canada, Australia og New Zealand	-4,473	0,280	3,926	0,578	-2,207	0,560
Forklart varians (R ²)	2%		1%		2%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Resultater fra Commonwealth Fundundersøkelsen i 2016

Kjennetegn ved svarerne

Tabell 15 viser kjennetegn ved svarerne i den generelle voksne befolkningen i Norge i undersøkelsen fra 2016. Vi spurte også om den enkelte har en fast lege vedkommende går til for å få legehjelp, og hvor lenge den enkelte har vært pasient hos denne legen eller legekantoret. Tabellen viser at kun tre prosent svarte at de ikke hadde en fast lege, og 75 prosent hadde vært pasient hos sin faste lege eller pasient på legekantoret i tre år eller mer.

Tabell 15. Beskrivelse av svarerne. Antall svar og prosentandel i hver svarkategori.

Spørsmål/svarkategorier	Antall svar	Prosentandel
Kjønn		
Mann	495	45,3
Kvinne	598	54,7
Alder (gjennomsnitt 55 år)		
18-24	71	6,5
25-34	110	10,1
35-49	210	19,3
50-64	335	30,7
65+	364	33,4
Stort sett, vil du si at din helse er...?		
Utmerket	202	18,6
Meget god	313	28,8
God	308	28,4
Nokså god	200	18,4
Dårlig	63	5,8
Hva er din høyeste fullførte skolegang?		
Grunnskole	88	8,2
Videregående skole	389	36,2
Universitet eller høgskole (1-4 år)	320	29,7
Universitet eller høgskole (mer enn 4 år, inkludert forskerutdanning)	279	25,9
Landsdel		
Oslo og Akershus	260	23,8
Hedmark og Oppland	83	7,6
Østlandet ellers	199	18,2
Agder og Rogaland	163	14,9
Vestlandet	189	17,3
Trøndelag	96	8,8
Nord-Norge	103	9,4
Født i Norge		
Ja	1019	93,4
Nei	72	6,6

Har du en fast lege du vanligvis går til for å få legehjelp?		
Ja, har en fastlege	1045	96,0
Ja, men har flere enn én lege	8	0,7
Nei	36	3,3
Hvor lenge har du vært pasient hos denne legen/pasient på dette legekontoret?		
Mindre enn 1 år	90	8,5
1 til mindre enn 3 år	175	16,5
3 til mindre enn 5 år	117	11,1
5 år eller mer	676	63,9

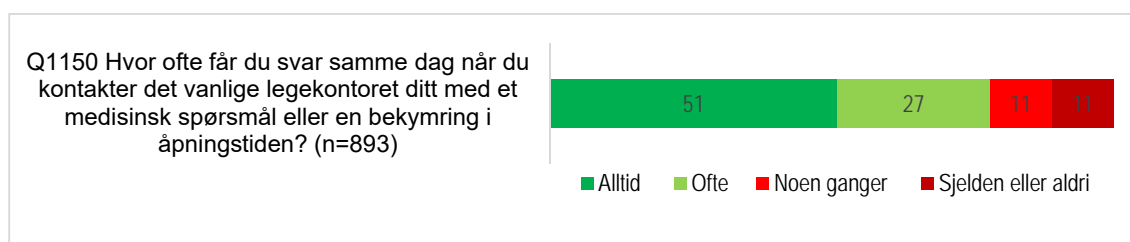
Resultater på enkeltspørsmål og en indikator

I denne delen presenteres deskriptive resultater for Norge på spørsmål som handler om den faste legen og det faste legekontoret. Det kommenteres avslutningsvis hvordan Norge har kommet ut sammenlignet med de ti andre landene som har deltatt i CMWF-undersøkelsene i 2010, 2013 og 2016 (9,12,15) på spørsmål om den faste legen/legekontoret. Alle resultatene som presenteres i denne delen er vektet etter region, alder, kjønn og utdanningsnivå.

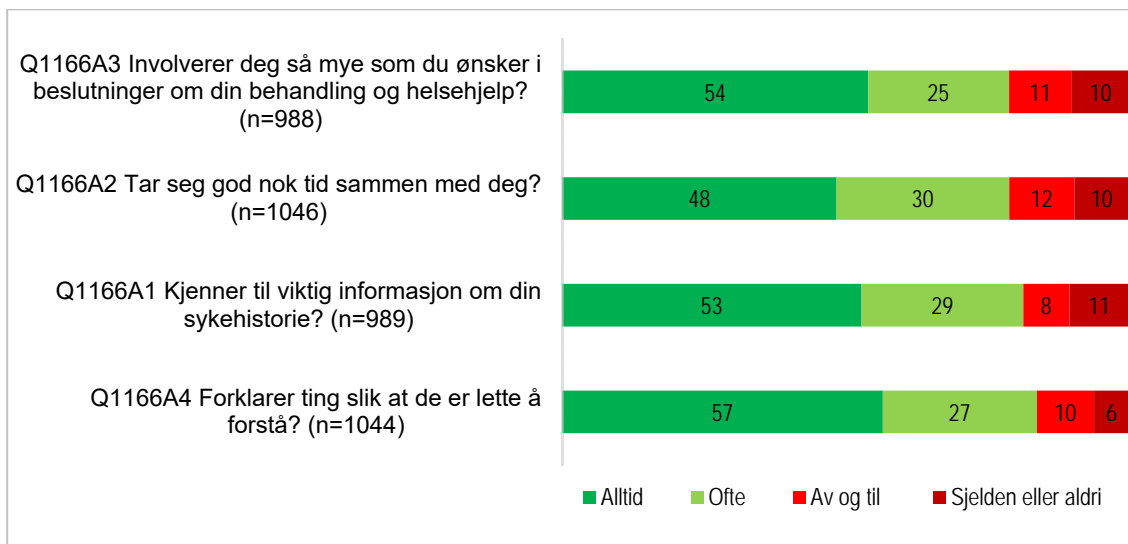
Noen spørsmål er kun stilt til et utvalg av svarerne på bakgrunn av svar på tidligere spørsmål i undersøkelsen. Dette gjelder for eksempel hjelp til å koordinere behandling, kontakt mellom den faste legen og henholdsvis spesialist og sykehus, og samtaler med legen om ulike livsstilstema. Følgelig har noen av disse spørsmålene få svar, noe som gir større statistisk usikkerhet. Resultat på spørsmål med få svarere må tolkes med ekstra varsomhet.

Svar på gradert skala presenteres i figurer som viser antall svar og prosentandeler i hver svarkategori. Spørsmål der svaralternativene er ja eller nei presenteres i en tabell.

Litt over halvparten av pasientene oppgir at de alltid får svar samme dag når de kontakter legekontoret i åpningstiden (figur 1). På spørsmålene om legen/ helsepersonell kjenner til viktig informasjon om sykehistorien til pasienten, tar seg god nok tid, involverer nok i beslutninger og forklarer ting slik at de er lette å forstå er det om lag hver femte som svarer i de to mest negative svarkategoriene (sjelden eller aldri eller av og til) (figur 2). Spørsmålene hadde følgende introduksjonstekst: «Når du trenger undersøkelse eller behandling, hvor ofte er det slik at legen din eller annet helsepersonell...».

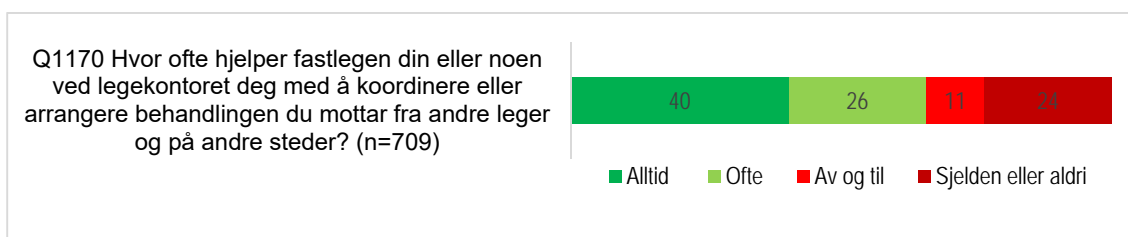


Figur 1. Resultater fra CMWF-2016 om tilgjengelighet. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.

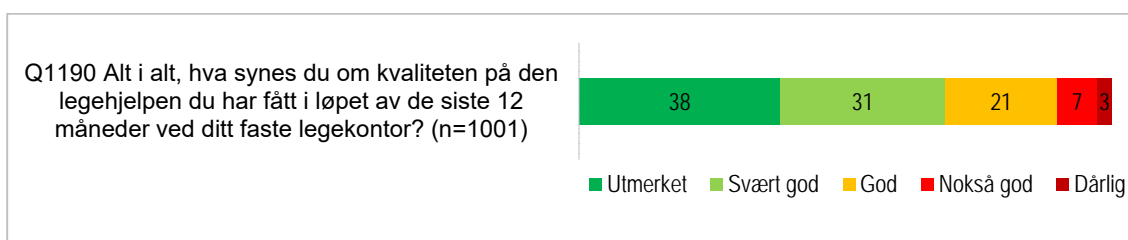


Figur 2. Resultater fra CMWF-2016 om ulike vurderinger av den faste legen/annet helsepersonell ved det faste legekantoret. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.

Vi ser i figur 3 at noe færre (n=709) opplever spørsmålet om hjelp med koordinering som relevant. Av de som har svart oppgir cirka hver femte at de sjelden eller aldri får slik hjelp. Figur 4 viser at 69 prosent opplever kvaliteten på legehjelpen det siste året som utmerket eller svært god.



Figur 3. Resultater fra CMWF-2016 om den faste legen/legekantoret hjelper med koordinering av behandling. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.



Figur 4. Resultater fra CMWF-2016. Vurdering av kvalitet på legehjelp ved det faste legekantoret. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.

Tabell 16 viser at om lag halvparten av svarerne har vurdert spørsmålene om informasjonsutveksling mellom spesialist og fastlege. Femten prosent har opplevd at spesialisten ikke hadde grunnleggende informasjon fra fastlegen, og 33 prosent at fastlegen ikke hadde grunnleggende informasjon fra spesialisten. En mye større andel (72 prosent) mente fastlegen virket informert og oppdatert om helsehjelp på sykehus. Få har

snakket med legen/annet helsepersonell om alkohol, flere om de andre livsstilstema som trening og fysisk aktivitet, ting som skaper bekymringer/stress, kosthold og røyking.

Tabell 16. Resultater fra CMWF-2016 om informasjonsutveksling mellom fastlege og henholdsvis spesialist og sykehus og samtaler om ulike livsstilstema. Antall svar og prosentandel ja.

Spørsmål	Antall svar	Prosentandel «ja»
I de seneste to årene, har du opplevd følgende når du har vært hos en legespesialist:		
Q1226A1 Spesialisten hadde ikke grunnleggende medisinsk informasjon eller prøveresultater fra fastlegen?	570	14,6
Q1226A2 Etter at du hadde vært hos spesialisten virket det <u>ikke</u> som om fastlegen hadde informasjon og var oppdatert på behandlingen du fikk hos spesialisten?	534	32,6
Q1345 Etter at du dro fra sykehuset, virket din fastlege informert og oppdatert om helsehjelpen du hadde fått på sykehuset?	188	71,9
I løpet av de 2 siste årene har du snakket med legen din eller annet helsepersonell på ditt vanlige legekantor om.....		
Q1856A1 Sunt kosthold og sunne spisevaner?	1065	27,3
Q1856A2 Trening og fysisk aktivitet	1063	38,0
Q1856A3 Risikoen med røyking og måter å slutte på?	215	26,2
Q1856A4 Alkoholforbruk	1061	9,2
Q1856A5 Ting som bekymrer deg eller skaper stress	1065	28,3

Resultatene i Norge sammenlignet med andre land og utvikling over tid

Norske pasienter rapporterte noe dårligere erfaringer med sin faste lege enn snittet av pasienter i de andre landene som deltar i CMW¹ (15). Andelen i Norge som svarte at den faste legen alltid kjenner til viktig informasjon om sykehistorie, tar seg god nok tid, involverer så mye som ønskelig i beslutninger og forklarer ting på en lettfattelig måte var signifikant lavere enn andelen som svarte alltid i de andre landene. Det var en negativ utvikling fra målingene i 2010 og 2013 til målingen i 2016 når det gjaldt å bli involvert i beslutninger om behandling (9,12,15). Den samme negative trenden var det for vurderingene om hvorvidt den faste legen forklarer ting på en forståelig måte. Andelen svarere i Norge som opplevde kvaliteten som utmerket, var imidlertid høyere enn snittet for de andre landene samlet.

I tabellen nedenfor viser vi endringer i svarene til den norske befolkningen fra 2013 til 2016 på en indeks som inkluderer spørsmålene som inngår i figur 2 (om legen eller annet helsepersonell kjenner til viktig informasjon om sykehistorien, tar seg god nok tid,

¹ Den andre landene som deltok var Australia, Canada, Frankrike, Nederland, New Zealand, Storbritannia, Sveits, Sverige, Tyskland og USA.

involverer så mye som ønskelig i beslutninger og forklarer ting slik at de er lette å forstå). Vi har kalt indeksen «Erfaringer med den faste lege eller annet helsepersonell». Psykometrisk testing av indeksen er gjennomført for begge år.² Vi har testet forskjeller i gjennomsnittsskårene med et signifikansnivå på 0,05. Resultatene i tabell 17 viser at skåren er signifikant lavere i 2016 enn i 2013. Vi har undersøkt om effekten av år holder seg når det justeres for alder og egenvurdert helse. Resultatene viste at det fortsatt er en statistisk signifikant effekt av år når det justeres for disse variablene.

Tabell 17. Gjennomsnitt og endringer over tid fra 2013 til 2016 for indeksen «Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell». Skala 0-100 der 100 er best.

Indeks	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	p ^a
	2013 n=1067	2016 n=965	
Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell	77,3	74,6	0,014

Bivariate analyser

Tabell 18 og 19 viser sammenhengen mellom kjennetegn ved svarerne og svar på enkeltspørsmål om ulike vurderinger av den faste legen eller legekantoret, samt indeksen «Erfaringer med den faste legen eller annet helsepersonell». Bakgrunnsvariablene som ble brukt i analysene er kjønn, alder, utdanning, egenvurdert helse, landsdel og om man er født i Norge. Resultatene i denne delen er ikke vektet.

Spørsmålene i tabell 18 handler om man får svar samme dag når man kontakter legekantoret med et medisinsk spørsmål eller en bekymring i åpningstiden, hvor ofte den faste legen eller noen ved legekantoret hjelper med å koordinere eller arrangere behandlingen fra andre leger og på andre steder, og alt i alt hva pasienten synes om kvaliteten på legehjelpen de siste 12 månedene ved det faste legekantoret. Svar på spørsmål om tilgjengelighet og koordinering er gitt på en firepunkts svarskala fra «Alltid» = 1 til «Sjelden eller aldri» = 4. Svar på spørsmål om kvalitet på legehjelp er gitt på en fempunkts svarskala fra «Utmerket» = 1 til «Dårlig» = 5. Gjennomsnittet på spørsmålene er omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Befolkningens svar på spørsmålet om tilgjengelighet varierer ikke signifikant med hverken kjønn, alder, utdanning, egenvurdert helse, landsdel eller om man er født i Norge (tabell 18). Vurderinger av koordinering varierer signifikant med alder og om man er født i Norge. Svarene er mer positive med økende alder, og svarere som er født i Norge har signifikant høyere skår enn de som ikke er født i Norge. Alt i alt-vurderingen av legehjelp varierer med egenvurdert helse; jo bedre egenvurdert helse, desto bedre vurderinger av kvalitet på legehjelp.

² Resultatene fra faktoranalyser og testing av intern konsistens viser faktorladninger over 0.6 og Cronbach's alpha verdier >0.7 begge år.

Tabell 18. Befolkningens vurdering av tilgjengelighet, koordinering og kvalitet på legehjelp etter bakgrunnsvariabler om svarerne.

Spørsmål/svarkategorier	Q1150 Tilgjengelighet		Q1170 Koordinering		Q1190 Kvalitet på legehjelp	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Kjønn		0,904		0,171		0,256
Mann	71,5		65,5		74,9	
Kvinne	71,2		61,4		73,0	
Alder		0,631		0,000		0,516
18-24	70,4		51,3		72,9	
25-34	73,0		54,3		69,8	
35-49	72,1		55,0		73,4	
50-64	73,0		65,3		74,9	
65+	71,3		70,2		74,8	
Utdanning		0,245		0,061		0,476
Grunnskole	67,8		64,7		73,8	
Videregående skole	74,2		66,9		75,6	
Universitet eller høyskole (1-4 år)	71,7		57,1		72,4	
Universitet eller høyskole (mer enn 4 år, inkludert forskerutdanning)	68,9		64,2		73,8	
Egenvurdert helse		0,147		0,264		0,000
Utmerket	77,4		67,8		83,6	
Meget god	72,1		65,1		74,0	
God	70,0		62,6		73,3	
Nokså god	68,2		61,6		68,9	
Dårlig	69,0		53,9		64,9	
Landsdel		0,322		0,162		0,997
Oslo og Akershus	67,3		56,4		73,7	
Hedmark og Oppland	71,9		65,2		74,7	
Østlandet ellers	76,5		67,8		73,8	
Agder og Rogaland	69,9		68,2		73,9	
Vestlandet	71,5		63,9		74,3	
Trøndelag	71,7		61,9		74,7	
Nord-Norge	72,2		59,5		72,3	
Født i Norge		0,359		0,041		0,093
Født i Norge	71,6		64,0		74,3	
Ikke født i Norge	67,5		52,4		68,7	

^a: Forskjellen i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variablene kjønn og født i Norge som er testet med independent samples *t*-test.

Tabell 19 viser sammenhengen mellom kjennetegn ved svarerne og svar på fire enkeltspørsmål der ledeteksten spør om hvor ofte det er slik at den faste legen eller annet helsepersonell henholdsvis kjenner til viktig informasjon om sykehistorien, tar seg god nok tid, involverer så mye som ønskelig i beslutninger om behandling og helsehjelp og forklarer ting slik at de er lette å forstå. Svarene er gitt på en firepunkts svarskala fra «Alltid» = 1 til «Sjelden eller aldri» = 4, omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best. Resultatene viser at svar på spørsmålet om kjennskap til sykehistorie varierer signifikant med alder og om man er født i Norge. Her viser Bonferroni-korreksjonen at gjennomsnittsskåren til aldersgruppen 25-34 år er signifikant lavere enn skårene til aldersgruppene 50-64 år og 65+. Svarere som er født i Norge har signifikant høyere skår enn de som ikke er født i Norge.

Kjønn, alder og egenvurdert helse har signifikant innvirkning på vurderingen om den faste legen/andre tar seg god nok tid. Menn gir signifikant bedre vurdering enn kvinner. Bonferroni-korreksjonen viser igjen at det er gjennomsnittsskåren til aldersgruppen 25-34 år som skiller seg ut, for dette spørsmålet er den kun signifikant lavere enn skåren til aldersgruppen 65+. Jo bedre egenvurdert helse, desto mer positive erfaringer.

Svarene på spørsmålet om man involveres så mye som ønskelig i beslutninger varierer med utdanning og egenvurdert helse. Svarene blir mer positive med økende utdanningsnivå og bedre egenvurdert helse.

Gjennomsnittsskåren på spørsmålet om ting blir forklart godt varierer signifikant med egenvurdert helse. Tendensen er at jo bedre den egenvurderte helsen er, desto mer positiv er vurderingen.

Tabell 19 viser også sammenhengen mellom kjennetegn ved svarerne og svar på indeksen «Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell». Spørsmålene i indeksen er en samleskåre som inkluderer enkeltspørsmålene i samme tabell. Skåren på indeksen varierer kun signifikant med egenvurdert helse; jo bedre egenvurdert helse, desto mer positive vurderinger.

Tabell 19. Befolkningens vurdering av om den faste legen/annet helsepersonell kjenner sykehistorie, tar seg god nok tid, involverer i beslutninger, forklarer godt og indeksen «Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell» etter bakgrunnsvariabler om svarerne.

Spørsmål/svarkategorier	Q1166A1 Kjenner sykehistorie		Q1166A2 Tar seg god nok tid		Q1166A3 Involverer i beslutninger		Q1166A4 Forklarer godt		Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Kjønn		0,245		0,039		0,912		0,592		0,122
Mann	77,2		76,4		76,1		80,4		77,7	
Kvinne	74,8		72,3		76,3		79,5		75,3	
Alder		0,030		0,036		0,844		0,312		0,117
18-24	75,4		73,5		79,6		82,0		78,2	
25-34	66,4		67,0		73,8		75,1		70,8	
35-49	74,9		72,5		76,8		79,3		75,8	
50-64	77,3		73,8		76,7		79,6		76,6	
65+	78,1		77,7		75,6		81,7		78,0	
Utdanning		0,712		0,294		0,001		0,974		0,347
Grunnskole	76,3		70,1		65,6		81,3		73,1	
Videregående skole	77,2		75,4		75,2		80,3		77,1	
Universitet eller høyskole (1-4 år)	74,3		72,2		75,6		79,9		75,5	
Universitet eller høyskole (mer enn 4 år, inkludert forskerutdanning)	76,7		75,7		81,8		79,7		78,0	
Egenvurdert helse		0,542		0,030		0,000		0,001		0,000
Utmerket	79,6		79,5		86,6		85,7		83,1	
Meget god	74,7		75,9		77,5		79,5		76,8	
God	75,2		72,6		72,9		80,2		74,8	
Nokså god	75,5		71,3		72,8		78,2		74,5	
Dårlig	73,5		68,0		65,3		68,6		68,5	
Landsdel		0,134		0,791		0,431		0,783		0,666
Oslo og Akershus	72,2		73,4		77,5		77,5		75,1	
Hedmark og Oppland	74,6		70,7		77,9		81,3		75,6	
Østlandet ellers	79,7		76,1		78,1		81,5		78,8	

Spørsmål/svarkategorier	Q1166A1 Kjenner sykehistorie		Q1166A2 Tar seg god nok tid		Q1166A3 Involverer i beslutninger		Q1166A4 Forklarer godt		Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Agder og Rogaland	78,9		76,2		72,6		81,4		77,3	
Vestlandet	76,6		73,8		72,9		79,8		75,6	
Trøndelag	77,7		74,8		79,8		81,0		77,9	
Nord-Norge	70,7		71,6		76,6		78,6		74,2	
Født i Norge		0,015		0,610		0,111		0,165		0,092
Født i Norge	76,5		74,3		76,7		80,4		76,9	
Ikke født i Norge	66,4		72,3		69,0		74,1		70,7	

: Forskjellen i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variablene kjønn og født i Norge som er testet med independent samples *t*-test.

Multivariate analyser

For å få et bedre bilde av hvilken betydning bakgrunnsvariablene har på svarene, har vi foretatt multivariate analyser. Fordelene med en multivariat modell er at analyser med flere responsvariabler gir et mer dekkende bilde, beskrivelsene av årsakssammenhengene blir mer presise og troverdige, og forklaringsvariablenes relative betydning belyses. Alle bakgrunnsvariablene inkluderes med unntak av landsdel. Denne variabelen hadde ingen signifikant assosiasjon med noen av erfaringsspørsmålene i bivariate analyser. Resultatene i denne delen er ikke vektet.

Tabell 20 viser at bakgrunnsvariablene forklarer henholdsvis null og fire prosent av variansen for spørsmålene om man får svar samme dag når man kontakter legekantoret med et medisinsk spørsmål eller en bekymring i åpningstiden, og alt i alt-vurderingen av kvaliteten på legehjelpen i løpet av de siste 12 måneder ved det faste legekantoret. Egenvurdert helse innvirker signifikant på svarene på spørsmålet om tilgjengelighet, men ikke kjønn, alder, utdanning eller om svareren er født i Norge. Svar på spørsmålet om kvalitet påvirkes signifikant av alder og egenvurdert helse.

Tabell 20. Betydningen av bakgrunnsvariabler om svarerne for vurdering av tilgjengelighet og kvalitet på legehjelp.

Spørsmål	Q1150 Tilgjengelighet		Q1190 Kvalitet på legehjelp	
	B ^a	p	B ^a	p
Mann (vs kvinne)	0,100	0,965	1,382	0,404
Alder (kontinuerlig)	-0,029	0,676	0,141	0,004
Utdanning	-1,707	0,173	-1,687	0,061
Egenvurdert helse	-2,393	0,025	-4,776	0,000
Født i Norge (vs ikke født i Norge)	2,996	0,507	4,704	0,158
Forklart varians (R ²)	0%		4%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Bakgrunnsvariablene forklarer mellom én til fire prosent av variansen for spørsmålene om legen eller annet helsepersonell kjenner til viktig informasjon om sykehistorien til pasienten, tar seg god nok tid, involverer så mye som ønskelig i beslutninger om behandling og helsehjelp og forklarer ting slik at de er enkle å forstå (tabell 21).

Alder og om man er født i Norge har signifikant innvirkning på svar på kjennskap om sykehistorie. Vurderinger av nok tid påvirkes signifikant av kjønn, alder og egenvurdert helse. Utdanning, egenvurdert helse og om man er født i Norge har signifikant innvirkning på opplevelse av involvering. Vurderingene av om ting forklares godt varierer signifikant med alder og egenvurdert helse.

Alder og egenvurdert helse påvirker også svar på indeksen Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell som inkluderer de fire enkeltspørsmålene i samme tabell.

Tabell 21. Betydningen av bakgrunnsvariabler om svarerne for befolkningens vurdering av om den faste legen/annet helsepersonell kjenner sykehistorie, tar seg god nok tid, involverer i beslutninger, forklarer godt og indeksen «Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell».

Spørsmål	Q1166A1 Kjenner sykehistorie		Q1166A2 Tar seg god nok tid		Q1166A3 Involverer i beslutninger		Q1166A4 Forklarer godt		Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell	
	B ^a	P	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	P
Mann (vs kvinne)	1,768	0,392	3,871	0,049	-0,618	0,761	0,546	0,759	1,979	0,194
Alder (kontinuerlig)	0,175	0,005	0,221	0,000	0,069	0,258	0,111	0,038	0,131	0,004
Utdanning	-0,448	0,688	-0,339	0,752	2,843	0,011	-1,101	0,257	0,020	0,981
Egenvurdert helse	-1,595	0,092	-3,860	0,000	-4,670	0,000	-3,291	0,000	-3,488	0,000
Født i Norge (vs ikke født i Norge)	10,041	0,017	-0,045	0,991	8,035	0,047	5,332	0,137	5,409	0,079
Forklart varians (R ²)	1%		2%		4%		2%		3%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Resultater fra Commonwealth Fundundersøkelsen i 2017

Kjennetegn ved svarerne

Tabell 22 viser kjennetegn ved svarerne i befolkningsundersøkelsen som inkluderte personer som var 65 år og eldre. Vi spurte også her om den enkelte har en fast lege som de vanligvis går til for å få legehjelp. Tabellen viser at kun to prosent av utvalget svarte at de ikke hadde en fast lege.

Tabell 22. Beskrivelse av svarerne. Antall svar og prosentandel i hver svarkategori.

Spørsmål/svarkategorier	Antall svar	Prosentandel
Kjønn		
Mann	364	48,5
Kvinne	386	51,5
Alder (gjennomsnitt 55 år)		
65-69 år	237	31,6
70-74 år	236	31,5
75+	277	36,9
Stort sett, vil du si at din helse er...?		
Utmerket	86	11,5
Meget god	187	25,1
God	275	36,9
Nokså god	155	20,8
Dårlig	43	5,8
Hva er din høyeste fullførte skolegang?		
Grunnskole	118	16,7
Videregående skole	229	32,3
Universitet eller høyskole (1-4 år)	198	28,0
Universitet eller høyskole (mer enn 4 år, inkludert forskerutdanning)	163	23,0
Landsdel		
Oslo og Akershus	160	21,3
Hedmark og Oppland	71	9,5
Østlandet ellers	156	20,8
Agder og Rogaland	111	14,8
Vestlandet	121	16,1
Trøndelag	64	8,5
Nord-Norge	67	8,9
Født i Norge		
Ja	721	96,1
Nei	29	3,9
Har du en fast lege du vanligvis går til for å få legehjelp?		
Ja, har en fastlege	733	97,9
Ja, men har flere enn én lege	2	0,3
Nei	14	1,9

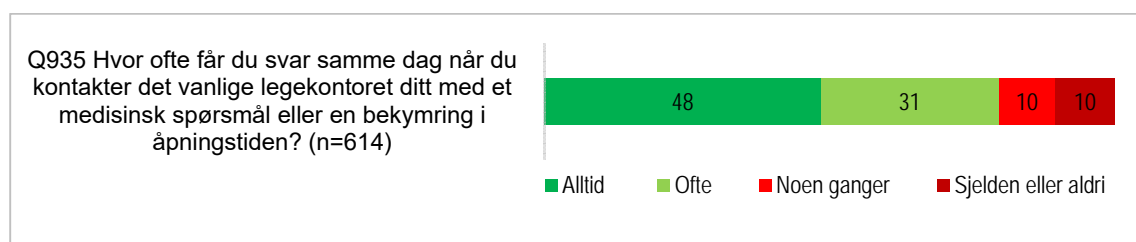
Resultater på enkeltspørsmål

I denne delen ser vi kort på deskriptive resultater for Norge på spørsmål som handler om den faste legen og det faste legekantoret. Det kommenteres i tillegg på hvordan Norge har kommet ut sammenlignet med de ti andre landene som har deltatt i CMWF-undersøkelsene i 2011, 2014 og 2017 på spørsmålene om den faste legen/legekantoret (10,13,16). Resultatene i denne delen er vektet etter kjønn, alder, bosted og utdanningsnivå. I Norge ble det i tillegg vektet for sannsynligheten for å nå personer med mer enn et telefonnummer.

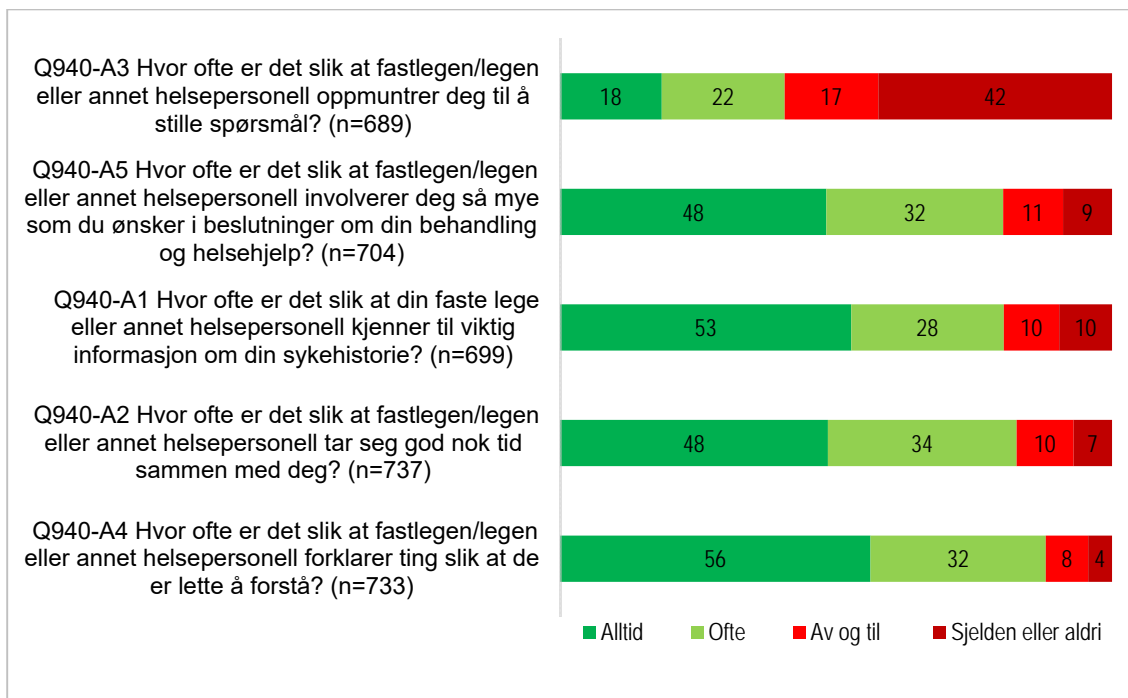
Noen spørsmål er kun stilt til et utvalg av svarerne grunnet svar på tidligere spørsmål i undersøkelsen. Dette gjelder for eksempel hjelp til å koordinere behandling og kontakt mellom den faste legen og henholdsvis spesialist og sykehus. Følgelig har noen av disse spørsmålene få svar, noe som gir større statistisk usikkerhet. Resultatene må tolkes med ekstra varsomhet.

Svar på gradert skala presenteres i figurer som viser antall svar og prosentandeler i hver svarkategori. Spørsmål der svaralternativene er ja eller nei presenteres i en tabell som viser antall svar og prosentandel ja.

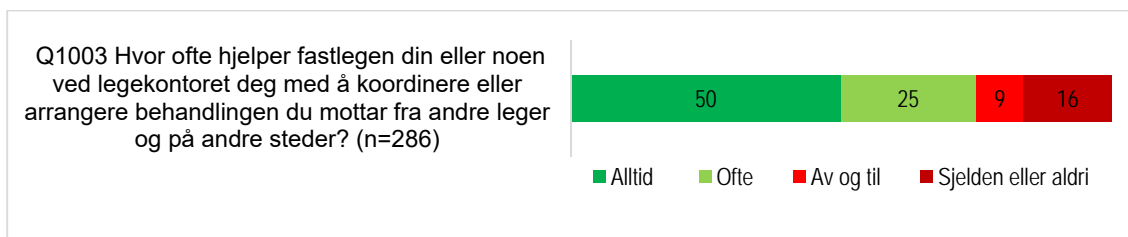
Figur 5 viser at nesten halvparten av pasientene oppgir at de alltid får svar samme dag når de kontakter legekantoret i åpningstiden. På spørsmålene om legen eller annet helsepersonell kjenner til viktig informasjon om sykehistorien, tar seg god nok tid, oppmuntrer til å stille spørsmål, forklarer ting slik at de er lette å forstå og involverer så mye som ønskelig i beslutninger skiller fordelingen på spørsmålet om det å bli oppmuntret til å stille spørsmål seg fra de andre (figur 6). Femtini prosent har svart sjelden eller aldri eller av og til på dette spørsmål. På spørsmål om hjelp med koordinering eller å arrangere behandling svarer hver fjerde sjelden eller aldri eller av og til (figur 7).



Figur 5. Resultater fra CMWF-2017 om tilgjengelighet. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.



Figur 6. Resultater fra CMWF-2017 om ulike vurderinger av den faste legen eller annet helsepersonell ved det faste legekantoret. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.



Figur 7. Resultater fra CMWF-2017 om den faste legen/legekantoret hjelper med koordinering av behandling. Antall svar og prosentandeler i hver svarkategori.

Færre har svart på spørsmålene om informasjonsutveksling mellom fastlege og henholdsvis spesialist og sykehus, samt bruk av akuttmottak pga. antatt dårlig tilgjengelighet ved fast legekantor (tabell 23). Kun fem prosent har svart at spesialisten ikke hadde grunnleggende informasjon fra fastlegen, 18 prosent at fastlegen ikke hadde grunnleggende informasjon fra spesialisten. Nittifire prosent av de 214 som har svart mener fastlegen var informert og oppdatert om helsehjelp på sykehus. Hver fjerde mener bruk av akuttmottak var grunnet dårlig tilgjengelighet ved legekantoret.

Tabell 23. Resultater fra CMWF-2017 om informasjonsutveksling mellom fastlege og henholdsvis spesialist og sykehus og bruk av akuttmottak. Antall svar og prosentandel ja.

Spørsmål	Antall svar	Prosentandel «ja»
Q1050-A2. I de siste to årene, har du opplevd følgende hos en legespesialist:		
Q1050A1 Spesialisten hadde ikke grunnleggende medisinsk informasjon eller prøveresultater fra fastlegen om bakgrunnen for timen?	401	4,8
Q1050A2 Etter at du hadde vært hos spesialisten virket det ikke som om fastlegen hadde informasjon og var oppdatert på behandlingen du fikk hos spesialisten?	384	17,6

Q1325 Etter at du dro fra sykehuset, virket din fastlege informert og oppdatert om helsehjelpen du hadde fått på sykehuset?	214	93,7
Q1335. Siste gang du var på et akuttmottak på et sykehus, var det for en tilstand du trodde kunne vært behandlet av legen eller personalet på ditt faste legekontor hvis de hadde vært tilgjengelige?	178	24,7

Resultatene i Norge sammenlignet med andre land

Sammenlignet med svarerne fra de andre landene i CMWF-undersøkelsen rapporterte norske svarere noe dårligere erfaringer med fastlegen (16). Andelen i Norge som svarte at fastlegen alltid kjenner til viktig informasjon, tar seg god nok tid, oppmuntrer til å stille spørsmål, forklarer ting slik at de er lett å forstå og involverer deg så mye som ønskelig i beslutninger var signifikant lavere i Norge enn i de andre landene samlet. Andelen som oppga at fastlegen alltid koordinerer behandlingen var også noe lavere i Norge enn i andre land, men andelen som oppga at fastlegen virket informert og oppdatert om helsehjelpen de hadde fått på sykehus var høyere i Norge enn i de andre landene.

Som nevnt i innledningen har undersøkelsen i 2017 fellestrekk med undersøkelsene i 2014 og 2011, men ulikheter i konstruksjonen av utvalg og metodiske valg knyttet til datainnsamling gjør at vi ikke sammenligner resultatene over tid slik vi gjorde for indeksen «Erfaringer med den faste legen/annet helsepersonell» i forrige kapittel.

Bivariate analyser

Tabellene i denne delen viser sammenhengen mellom kjennetegn ved svarerne og svar på enkeltspørsmål om vurderinger av den faste legen og legekantoret. Bakgrunnsvariablene i analysene er kjønn, alder, utdanning, egenvurdert helse, landsdel og om man er født i Norge. Resultatene er ikke vektet.

De avhengige variablene i tabell 24 handler om man får svar samme dag når man kontakter legekantoret med et medisinsk spørsmål eller en bekymring i åpningstiden og hvor ofte fastlegen eller noen ved legekantoret hjelper med å koordinere eller arrangere behandlingen fra andre leger og på andre steder. Svarene er gitt på en firepunkts svarskala fra «Alltid» = 1 til «Sjelden eller aldri» = 4. Gjennomsnittet er omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Resultatene viser at befolkningens svar på spørsmålet om tilgjengelighet varierer signifikant med egenvurdert helse og landsdel (tabell 24). Bonferroni-korreksjonen viste at gjennomsnittsskåren til de som svarer at helsen er nokså god er signifikant lavere enn skårene til de som svarer meget god. Gjennomsnittsskåren til svarere fra Hedmark og Oppland er signifikant høyere enn skåren til svarere fra henholdsvis Oslo og Akershus og Vestlandet. Vurderinger av koordinering varierer ikke signifikant med noen av bakgrunnsvariablene.

Tabell 24. Befolkningens vurdering av det vanlige legekantorets tilgjengelighet og koordinering etter bakgrunnsvariabler om svarerne.

Spørsmål/svarkategorier	Q935 Tilgjengelighet		Q1003 Koordinering	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Kjønn		0,396		0,083
Mann	74,9		73,0	
Kvinne	72,7		65,4	
Alder		0,333		0,854
65-69	73,2		68,6	
70-74	76,5		67,6	
75+	71,9		70,5	
Utdanning		0,857		0,153
Grunnskole	70,8		59,8	
Videregående skole	73,2		71,7	
Universitet eller høyskole (1-4 år)	74,2		72,6	
Universitet eller høyskole (mer enn 4 år, inkludert forskerutdanning)	74,0		61,9	
Egenvurdert helse		0,048		0,380
Utmerket	75,2		77,0	
Meget god	78,2		74,2	
God	74,6		68,9	
Nokså god	66,7		64,6	
Dårlig	76,2		59,9	
Landsdel		0,002		0,550
Akershus og Oslo	68,5		70,4	
Hedmark og Oppland	84,6		69,6	
Østlandet ellers	72,5		67,7	
Agder og Rogaland	79,7		74,9	
Vestlandet	67,5		61,2	
Trøndelag	81,9		76,3	
Nord-Norge	70,5		62,9	
Født i Norge		0,340		0,840
Født i Norge	74,0		69,0	
Ikke født i Norge	67,7		66,4	

^a: Forskjellen i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variablene kjønn og født i Norge som er testet med independent samples *t*-test.

Tabell 25 viser sammenhengen mellom kjennetegn ved svarerne og svar på spørsmål om hvor ofte det er slik at den faste legen eller annet helsepersonell henholdsvis kjenner til viktig informasjon om sykehistorien, tar seg god nok tid, oppmuntrer til å stille spørsmål, forklarer ting slik at de er enkle å forstå og involverer så mye som ønskelig i beslutninger om behandling og helsehjelp. Svarene er gitt på en firepunkts svarskala fra «Alltid» = 1 til «Sjelden eller aldri» = 4. Gjennomsnittet på enkeltspørsmålene er omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Resultatene viser at svarene på spørsmålet om kjennskap til sykehistorie varierer signifikant med utdanning og landsdel (tabell 25). Bonferroni-korreksjonen viste at gjennomsnittsskåren til svarere med grunnskole som høyeste fullførte utdanning er signifikant lavere enn til de som har utdanning fra universitet eller høyskole (1-4 år). Svarere fra Oslo og Akershus har signifikant høyere skåre enn svarere fra Vestlandet.

Vurderingen av om den faste legen eller annet helsepersonell tar seg nok tid varierer signifikant med egenvurdert helse, her viser resultatene at jo dårligere egenvurdert helse, desto mer negativ vurdering.

Svarene på spørsmålet om man oppmuntres til å stille spørsmål varierer med alder og om man er født i Norge. Bonferroni-korreksjonen viste at aldersgruppen 75+ har signifikant lavere skårer enn aldersgruppen 65-69 år. Svarere født i Norge har signifikant lavere skår enn de som ikke er født i Norge.

Gjennomsnittsskåren på spørsmålet om ting blir forklart godt varierer signifikant med egenvurdert helse; jo bedre egenvurdert helse, desto mer positiv vurdering. Forskjellene mellom de som vurderer egen helse som utmerket er signifikant forskjellig fra de som vurderer egen helse som dårlig eller nokså god.

Utdanning og egenvurdert helse innvirker på svarene som gis på spørsmålet om involvering i beslutninger. Skåren til de som har grunnskoleutdanning er signifikant lavere enn de som har universitet- eller høyskoleutdanning på mer enn 4 år. Skåren til de som vurderer egen helse som nokså god er signifikant lavere enn de som svarer utmerket eller meget god.

Tabell 25. Befolkningens vurdering av om den faste legen/annet helsepersonell kjenner sykehistorie, tar seg god nok tid, oppmuntrer til spørsmål, forklarer godt og involverer i beslutninger etter bakgrunnsvariabler om svarerne.

Spørsmål/svarkategorier	Q940A1 Kjenner sykehistorie		Q940A2 Tar seg god nok tid		Q940A3 Oppmuntrer til spørsmål		Q940A4 Forklarer godt		Q940A5 Involverer i beslutninger	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Kjønn		0,306		0,484		0,656		0,449		0,208
Mann	77,6		76,2		40,9		80,5		73,6	
Kvinne	75,2		74,7		39,5		81,9		76,4	
Alder		0,432		0,987		0,007		0,561		0,771
65-69	78,4		75,6		46,7		79,7		76,0	
70-74	74,5		75,2		39,2		81,9		74,0	
75+	76,2		75,5		35,6		82,0		75,2	
Utdanning		0,006		0,552		0,205		0,083		0,034
Grunnskole	68,0		73,0		34,9		77,6		68,8	
Videregående skole	75,8		74,3		38,9		80,0		74,5	
Universitet eller høyskole (1-4 år)	81,0		77,5		42,7		83,1		76,3	
Universitet eller høyskole (mer enn 4 år, inkludert forskerutdanning)	77,3		74,8		44,1		84,7		79,3	
Egenvurdert helse		0,079		0,004		0,084		0,000		0,012
Utmerket	83,6		80,5		45,4		89,8		80,8	
Meget god	78,9		79,1		44,4		82,8		78,4	
God	75,7		75,5		40,8		81,9		75,3	
Nokså god	72,0		71,6		34,9		75,6		68,6	
Dårlig	73,8		63,2		31,5		72,1		70,5	
Landsdel		0,003		0,355		0,173		0,193		0,099
Oslo og Akershus	81,5		72,7		44,6		79,2		75,3	
Hedmark og Oppland	73,8		74,6		37,2		78,2		73,9	
Østlandet ellers	80,8		76,4		39,8		83,4		77,1	
Agder og Rogaland	75,1		79,6		41,6		86,0		76,3	
Vestlandet	69,3		74,7		32,3		78,5		68,2	
Trøndelag	80,7		79,6		46,8		83,6		82,5	

Spørsmål/svarkategorier	Q940A1 Kjenner sykehistorie		Q940A2 Tar seg god nok tid		Q940A3 Oppmuntret til spørsmål		Q940A4 Forklarer godt		Q940A5 Involverer i beslutninger	
	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a	Gjennomsnitt	p ^a
Nord-Norge	67,5		71,0		39,7		79,4		73,6	
Født i Norge		0,405		0,709		0,008		0,097		0,424
Født i Norge	76,2		75,5		39,4		80,9		74,9	
Ikke født i Norge	81,3		72,7		60,9		89,2		79,8	

^a: Forskjellene i gjennomsnittsskårene er testet med variansanalyse, med unntak av variablene kjønn og født i Norge som er testet med independent samples t-test.

Multivariate analyser

For å få et bedre bilde av hvilken betydning bakgrunnsvariablene har på svarene, har vi foretatt multivariate analyser. Resultatene fra de bivariate analysene viste at kjønn ikke hadde signifikant assosiasjon med noen av erfaringsspørsmålene, variabelen er derfor utelatt fra videre analyser. Resultatene i denne delen er ikke vektet.

Tabell 26 viser at bakgrunnsvariablene forklarer tre prosent av variansen for spørsmålet om man får svar samme dag når man kontakter legekantoret med et medisinsk spørsmål eller en bekymring i åpningstiden. Kun variabelen landsdel (Hedmark og Oppland vs Østlandet ellers) innvirker signifikant på svarene.

Tabell 26. Betydningen av bakgrunnsvariabler om svarene for vurdering av tilgjengelighet.

Spørsmål/svarkategorier	Q 935 Tilgjengelighet	
	B ^a	p
Alder (kontinuerlig)	-0,128	0,608
Utdanning	1,128	0,401
Egenvurdert helse	-2,160	0,095
Landsdel (Østlandet ellers referansekategori)		
Oslo og Akershus	-3,493	0,400
Hedmark og Oppland	12,779	0,016
Agder og Rogaland	7,322	0,107
Vestlandet	-4,448	0,319
Trøndelag	10,202	0,051
Nord-Norge	-2,395	0,646
Født i Norge (vs ikke født i Norge)	3,438	0,622
Forklart varians (R²)	3%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Bakgrunnsvariablene forklarer mellom to til fire prosent av variansen for spørsmålene om legen eller annet helsepersonell kjenner til viktig informasjon om sykehistorien til pasienten, tar seg god nok tid, oppmuntrer til å stille spørsmål, forklarer ting slik at de er enkle å forstå og involverer så mye som ønskelig i beslutninger om behandling og helsehjelp (tabell 27).

Svar på kjennskap om sykehistorie påvirkes signifikant av egenvurdert helse og landsdel (Vestlandet vs Østlandet ellers og Nord-Norge vs Østlandet ellers). Vurderinger av om legen/helsepersonell tar seg god nok tid påvirkes signifikant av egenvurdert helse. Vurderingene av om man oppmuntres til å stille spørsmål varierer signifikant med alder, egenvurdert helse og om man er født i Norge. Svar på spørsmålet om ting forklares godt varierer signifikant med utdanning, egenvurdert helse og om man er født i Norge. Utdanning, egenvurdert helse og landsdel (Vestlandet vs Østlandet ellers) har signifikant innvirkning på svar på spørsmålet om involvering i beslutninger.

Tabell 27. Betydningen av bakgrunnsvariabler om svarerne for befolkningens vurdering av om den faste legen/annet helsepersonell kjenner sykehistorie, tar seg god nok tid, oppmuntrer til spørsmål, forklarer godt og involverer i beslutninger.

Spørsmål/svarkategorier	Q940A1		Q940A2		Q940A3		Q940A4		Q940A5	
	Kjenner sykehistorie		Tar seg god nok tid		Oppmuntrer til spørsmål		Forklarer godt		Involverer i beslutninger	
	B ^a	P	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p	B ^a	p
Alder (kontinuerlig)	-0,140	0,526	0,141	0,493	-0,760	0,007	0,295	0,100	0,137	0,512
Utdanning	2,191	0,069	0,732	0,510	1,824	0,228	2,105	0,029	2,565	0,024
Egenvurdert helse	-2,639	0,022	-3,465	0,001	-3,123	0,031	-4,001	0,000	-3,697	0,001
Landsdel (Østlandet ellers referansekategori)										
Oslo og Akershus	0,553	0,881	-4,277	0,211	3,402	0,471	-5,490	0,064	-2,647	0,446
Hedmark og Oppland	-6,151	0,195	-0,974	0,825	1,723	0,772	-2,187	0,566	-1,464	0,742
Agder og Rogaland	-3,840	0,351	2,931	0,443	1,973	0,709	2,862	0,389	1,086	0,778
Vestlandet	-10,128	0,010	-1,303	0,723	-6,463	0,196	-3,847	0,226	-8,042	0,035
Trøndelag	-0,247	0,958	4,087	0,356	7,679	0,194	-0,400	0,918	5,421	0,231
Nord-Norge	-13,441	0,005	-5,855	0,179	-0,417	0,943	-3,926	0,297	-3,003	0,507
Født i Norge (vs ikke født i Norge)	-0,799	0,900	3,452	0,567	-20,361	0,016	-10,673	0,038	-7,393	0,239
Forklart varians (R2)	3%		2%		3%		4%		3%	

^a: B=ustandardisert regresjonskoeffesient

Diskusjon

Hovedfunn

Det er vanskelig å oppsummere hovedfunn ettersom innsamlingsmetoder, spørsmål og svarkategorier i stor grad varierer mellom undersøkelsene. Det er også variasjon i kvaliteten på målingene, og flere av undersøkelsene kan ikke generaliseres ut over utvalget som har svart.

Erfaringer med fastlegen og legekantorets øvrige ansatte fikk høyeste skårer av indikatorene i Kunnskapscenterets undersøkelse; henholdsvis 77 og 76 på en skala fra 0 til 100. Mestring og tilgjengelighet fikk noe dårligere skårer (66 og 65). Mer enn hver tredje mente at det var vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon. Ved behov for å få en time raskt oppga 31 prosent at de måtte vente mer enn to dager, og 38 prosent at de vanligvis må vente mer enn en uke for å få en time når behovet ikke er akutt. Totalt var 84 prosent av pasientene i stor eller svært stor grad fornøyd med fastlegen.

I innbyggerundersøkelsen så vi på spørsmål om tilgjengelighet, vurdering av fastlegen og generell tilfredshet. Spørsmålet som kom best ut var fastlegens evne til å lytte, spørsmålet som kom dårligst ut var vurdering av ventetid på time.

Tre erfaringsspørsmål om fastleger/allmennleger inngikk som avhengige variabler i analysene av levekårsundersøkelsen. Resultatene var best for spørsmål om fastlegen tar pasienten på alvor og henviser videre ved behov, mens spørsmålet om tid hos legen kom dårligere ut.

CMWF-undersøkelsene viste at mange alt i alt var fornøyd med kvaliteten på legehjelpen de siste 12 månedene. Den faste legen og fastlegekantoret kom best ut på spørsmål om ting forklares slik at de er lette å forstå. Tema som handlet om man oppmuntres til å stille spørsmål kom dårligere ut. I den generell befolkningen svarte flere sjelden eller aldri på om fastlegen koordinerer og arrangerer behandling fra andre enn i utvalget som er 65 år og eldre. I begge utvalgene var manglende informasjon fra spesialist til fastlege vurdert som er et større problem enn fra fastlege til spesialist. Mange mente fastlegen var oppdatert om helsehjelp på sykehus.

De multivariate analysene viser at bakgrunnsvariablene forklarer lite av variasjonen i brukererfaringer, men at egenvurdert helse har størst innvirkning på erfaringene; jo dårligere helse, desto lavere skårer. Videre er det en tendens til at pasienter som ikke er født i Norge rapporterer dårligere erfaringer enn de som er født i landet, men dette gjelder ikke på alle variabler og i alle datasett. Alder har også stort sett en sammenheng med brukererfaringer, ved at erfaringene blir bedre med økende alder. Vi fant noen få regionale forskjeller, men disse er ikke entydige.

Commonwealth Fund-materialene indikerer at Norge skårer bra på brukererfaringer med fastleger, men dårligere enn snittet av de andre deltakerlandene. Resultatene i Commonwealth Fund-undersøkelsene viser en liten men signifikant nedgang i brukernes vurderinger av fastlegen fra 2013 til 2016. I en tidligere publisert tidsserieanalyse av Levekårsundersøkelsen et det en positiv utvikling på to av tre spørsmål fra 2002 til 2015 (konsultasjonslengde, henvisningspraksis), og negativ utvikling på spørsmålet om å bli tatt på alvor (18). Levekårsundersøkelsen om helse 2015 indikerer videre at pasienter som både går til fastlege og psykolog vurderer begge tjenestene på samme nivå når det gjelder å bli tatt på alvor, men i tilsvarende analyser skårer psykiatere noe bedre enn fastleger.

Metodiske vurderinger

For å sikre representativiteten bør nasjonale brukererfaringundersøkelser være basert på tilfeldig trekking av utvalget, og vekting av svarerutvalget for å kompensere for frafall. Undersøkelsene fra SSB, Commonwealth Fund og Folkehelseinstituttet var basert på tilfeldig trekking av utvalget, men kun de to førstnevnte benyttet frafallsvekter for å rette opp skjevheter. Utvalget til Difis fastlegeundersøkelse ble verken trukket tilfeldig eller vektet for frafall.

Svarprosent er ikke nødvendigvis en god indikasjon på frafallsskjevhet (19), men er uansett viktig for å sikre at en undersøkelse har legitimitet. Svarprosenten var høyest i Levekårsundersøkelsen (59 prosent) og lavest i Commonwealth Fund-undersøkelsene (10–15 prosent). I Kunnskapscenterets undersøkelse og Difi-undersøkelsen svarte omlag halvparten, men i sistnevnte ble utvalget rekruttert ut fra en hovedundersøkelse med kun 19,6 prosent svarprosent. Manglende tilfeldig trekking, stor skjevhet i utvalget etter alder, fravær av frafallsvekting og sterk sammenheng mellom alder og brukererfaringer, gjør at Difis undersøkelse ikke kan brukes til annet enn å beskrive de som har svart på undersøkelsen og ikke generaliseres ut over dette.

Nasjonale målinger av brukererfaringer bør baseres på instrumenter med dokumentert kvalitet, herunder innholdsvaliditet, reliabilitet og begrepsvaliditet. Kun Folkehelseinstituttets instrument er validert og publisert (6). Det bør bemerkes at formålet med forskningsprosjektet til Kunnskapscenteret (Folkehelseinstituttet) var å utvikle og validere måleinstrumenter for å måle brukererfaringer med fastleger. Den nasjonale undersøkelsen var en viktig del av forskningsprosjektet, men vekting av data

ble ikke gjennomført fordi Regionaletisk komité ikke tillot forskningsprosjektet å innhente data om ikke-svarerne. Svarerutvalget er meget skjevt på kjønn, og selv om kjønn har en begrenset assosiasjon med brukererfaringer, er det en vesentlig svakhet at det mangler frafallsvekter.

Ingen av undersøkelsene gir grunnlag for resultater på lavt nivå, dvs. data for kommuner, legekontorer eller enkeltleger. Kvalitetsforbedring er et viktig mål for kvalitetsmåling, men nåværende undersøkelser gir ikke grunnlag for kvalitetsforbedring på lavt nivå, kun vurderinger og eventuelt tiltak på system- eller policynivå.

Levekårsundersøkelsen har svært høy takeffekt, dvs. en stor andel som svarer i det beste svaralternativet. Dette svekker evnen til å måle endringer over tid og mellom ulike enheter, noe som er viktige kriterier for kvalitetsmålinger. Det er vanskelig å vite sikkert hvorfor det er så skjeve data, men vi mener at det er uheldig å benytte en holdningsskala på et fenomen som handler om brukererfaringer. I tillegg er det kjent at telefonintervjuer resulterer i forhøyede resultater (20). Også Commonwealth Fund-undersøkelsen gjennomføres som telefonintervjuer, men skalaen som benyttes er annerledes, og svarene er ikke så skjeve som i Levekårsundersøkelsen. Imidlertid har vi observert at rekkefølge på spørsmål kan ha vesentlig betydning i Commonwealth Fund-undersøkelsene, noe vi også mener er spesielt knyttet til telefon som innsamlingsmetode.

I tillegg til svakhetene beskrevet ovenfor har Difi-undersøkelsen mange spørsmål med stor andel manglende svar, noe som indikerer manglende relevans. Skjemaet mangler også en variabel for egenvurdert helse, som er den viktigste sosiodemografiske prediktoren for brukererfaringer.

Fremtidige målinger

Vi ser det som avgjørende at framtidige nasjonale brukererfaringsundersøkelser benytter et skjema som er utviklet og validert etter vitenskapelige prosedyrer. Vi anbefaler derfor at nasjonale brukererfaringsundersøkelser bruker det validerte spørreskjemaet til Folkehelseinstituttet. Dette er et selvutfyllingsskjema hvor det er mulig å kombinere papirskjema og elektronisk svarmulighet. Standardopplegget forutsetter at invitasjon sendes hjem til pasientene. I framtidige undersøkelser er det viktig at utvalget trekkes tilfeldig og at frafallsvekting inngår.

Folkehelseinstituttet (FHI) har tidligere lagt fram følgende modeller for standardiserte nasjonale undersøkelser, basert på FHI sitt opplegg:

1. 5000 pasienter i utvalget, som tilsvarer standardopplegget som FHI gjennomførte i 2014.

2. 400 pasienter per kommune, som vil gi brukererfaringer for alle kommuner i Norge, forutsatt 426 kommuner.
3. 400 pasienter per legekantor. Dette vil gi brukererfaringer for alle legekantor i Norge, og mulighet for at fastlegene på hvert kontor får sine tall til internt bruk og forbedring, forutsatt 1600 legekantor.
4. 200 pasienter per legekantor. Som punkt 3, men halvert utvalg og dermed større statistisk usikkerhet.

Alternativ 1 vil gi resultater på nasjonalt nivå og fylkesvis, men er mindre egnet for lokal kvalitetsforbedring. Heller ikke alternativ 2 er særlig egnet for lokal kvalitetsforbedring, men vil gi nyttige tall på kommunalt nivå som man også kan se i sammenheng med andre kvalitetsindikatorer og folkehelseindikatorer. Alternativ 3 og 4 er ressurskrevende, men vil gi data som er relevant for lokal kvalitetsforbedring.

Valg av modell avhenger av ressurstilgang og formålet med det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Forbedring, styring, fritt brukervalg og samfunnsmessig etterrettelighet er viktige mål i dagens indikatorsystem, men med mellom 4-5 000 fastleger kan det bli vanskelig å framskaffe tall som er relevante for den enkelte fastlege i sitt forbedringsarbeid.

Det er viktig å se framtidige undersøkelser i sammenheng med OECDs framtidige survey blant kroniske pasientgrupper, som også ser ut til å legge opp til å selektere pasienter ut fra allmennlegers pasientlister. Det vil ta noen år før denne nye surveyen er på plass, men det bør sikres at disse initiativene supplerer hverandre. Dette kan blant annet gjøres ved tett kobling mellom de framtidige nasjonale undersøkelsene og utviklings- og pilotarbeidet til OECD.

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. Lovdata. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lovdata. [Lest desember 2017]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeordningen>
3. Helsedirektoratet. Fastlegestatistikk. Utviklingstrekk og endringer i fastlegeordningen. Helsedirektoratet. [Lest desember 2017]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2016>
4. Regjeringen. Fastlegeordningen. Regjeringen. [Lest desember 2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>
5. Holmboe O, Danielsen K, Iversen HH. Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger. PasOpp-rapport nr. 1 – 2015. ISBN 978-82-8121-936-6 ISSN 1890-1565.
6. Holmboe O, Iversen HH, Danielsen K, et al. The Norwegian patient experiences with GP questionnaire (PEQ-GP): reliability and construct validity following a national survey. BMJ Open 2017;7:e016644. doi:10.1136/bmjopen-2017-016644
7. Innbyggerundersøkelsen 2017. Innbygger- og brukerdel. Undersøkelsesdesign. Kantar TNS og Difi. https://www.difi.no/sites/difino/files/dokumentasjonsrapport_innbyggerundersokelsen_19.06_2017_u_vedlegg.pdf
8. Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen om helse 2015. Dokumentasjonsrapport. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekarsundersokelsen-om-helse-2015>

9. Skudal K, Bjertnæs ØA, Holmboe O, Bukholm G, Røttingen J. Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: 2010
10. Holmboe O, Iversen HH, Sjetne IS, Skudal KE. Commonwealth Fund-undersøkelsen 2011 blant utvalgte pasientgrupper: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: 2011
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. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: 2012
12. Haugum M, Bjertnæs ØA, Iversen HH, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Funds befolkningsundersøkelse i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: 2013
13. Sjetne IS, Skudal KE, Haugum M, Bjertnæs ØA, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: 2014
14. Steiro A, Haugum M, Sjetne IS, Bjertnæs ØA, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i ti land: norske resultater i 2015 og utvikling over tid. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: 2015
15. Skudal KE, Sjetne IS, Bjertnæs ØA, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land. Norske resultater i 2016 og utvikling over tid, Folkehelseinstituttet. Rapport November 2016
16. Skudal KE, Bjertnæs ØA, Lindahl AK. Commonwealth Funds undersøkelse blant personer i aldersgruppen 65 år og eldre: Resultater fra Norge og ti andre land i 2017, Folkehelseinstituttet. Rapport November 2017
17. Statistisk sentralbyrå. Standard for landsdelsinndeling. Statistisk sentralbyrå. [Lest desember 2017]. <http://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/106>
18. Godager G, Iversen T. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 – 2015. HERO WP 2016/10: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-10.pdf>
19. Groves RM, Peytcheva E. The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. Public Opinion Quarterly. 2008;72:167–89. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/25167621>

20. De Vries H, Elliott MN, Hepner KA, Keller SD, Hays RD. Equivalence of Mail and Telephone Responses to the CAHPS® Hospital Survey. *Health Services Research*. 2005;40(6 Pt 2):2120-2139. doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00479.x.

Vedlegg

Tabellen nedenfor viser enkeltspørsmålene som inngår i pasienterfaringsindikatorene i Kunnskapscenterets undersøkelse fra 2014.

Legen
Opplever du at fastlegen tar deg på alvor?
Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?
Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du kan forstå ham/henne?
Opplever du at fastlegen er faglig dyktig?
Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon?
Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?
Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?
Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner?
Øvrige ansatte
Opplever du at legekantoret er godt organisert?
Opplever du at de øvrige ansatte er imøtekommende og dyktige?
Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?
Tilgjengelighet
Er ventetiden for å få en time raskt akseptabel?
Er ventetiden for en vanlig time akseptabel?
Mestring
Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?
Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å mestre helseproblemene dine?
Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?
Samhandling
Opplever du at fastlegen koordinerer ditt samlede helsetjenestetilbud på en god måte?
Opplever du at fastlegen samarbeider bra med andre tjenester du har behov for?

Utgitt av Folkehelseinstituttet Published by
Norwegian Institute of Public Health
Januar 2018

Bestilling/Order: Kun tilgjengelig som PDF.
Lastes ned fra www.fhi.no
Only available as PDF from www.fhi.no

ISSN: 1890-1565