





PasOpp 2010

# Undersøkelse om pasienters erfaringer med bruk av legevakten

PasOpp Legevakt 2010

## Del A. Telefonkontakt

Del A (spørsmål 1-2) fylles ut dersom du hadde kontakt med legevakten på telefon.  
Gå til del B dersom du ikke hadde telefonkontakt.



- |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Om personalet du snakket med på telefon

- |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Spørsmålene nedenfor handler om den personen du snakket med på telefon da du ringte legevakten. Opplevde du at denne personen: |                          |                          |                          |                          |                          |
| Tok deg på alvor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snakket til deg slik at du forsto ham/ henne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var faglig dyktig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Del B. Kontakt på legevaktlokalet

Del B (spørsmål 3-12) fylles ut dersom du møtte opp på legevaktlokalet.  
Gå til del C dersom du ikke var på legevaktlokalet.



## Tilgjengelighet og ventetid

- |   | Under 1/2 time           | 1/2 - 1 time             | 1 - 2 timer              | 2 - 4 timer              | Mer enn 4 timer          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
| 4. Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Under 10 minutter        | 10 - 30 minutter         | 30 - 60 minutter         | 1 - 2 timer              | 2 - 3 timer              |
| 5. Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/ behandling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Tilgjengelighet og ventetid (fortsetter)

- |  | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fikk du tilfredsstillende informasjon om hvor lenge du måtte regne med å vente til du skulle få komme inn til undersøkelse/ behandling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Synes du tiden du måtte vente fra du ankom til du kom inn til undersøkelse/ behandling var akseptabel?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Organisering og fysiske omgivelser på legevaktlokalet

- |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Fikk du inntrykk av at legevakten var godt organisert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Opplevde du at venterommet var tilfredsstillende?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Om legene på legevaktlokalet

10. Spørsmålene nedenfor handler om ditt møte med **legen(e)** på legevaktlokalet (dersom du ikke møtte noen lege, gå videre til spørsmål 11). Opplevde du at han/hun:

- |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ⊥ Tok deg på alvor?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snakket til deg slik at du forsto ham/ henne?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var faglig dyktig? ⊥                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Om sykepleierne på legevaktlokalet

- Spørsmålene nedenfor handler om ditt møte med **sykepleier(ne)** på legevaktlokalet.

11. Møtte du sykepleier?  Ja  Nei → gå videre til spørsmål 13. ⊥

- |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Opplevde du at han/ hun:                  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Hadde omsorg for deg?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tok deg på alvor?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snakket til deg slik at du forsto ham/ henne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var faglig dyktig?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⊥

## Del C. Fylles ut av alle

- |     |   |  |   |  |                          |   |
|-----|---|--|---|--|--------------------------|---|
|     |   | Meget alvorlig<br>(måtte ha hjelp med én gang) | Alvorlig<br>(måtte ha hjelp innen få timer) | Mindre alvorlig<br>(kunne vente til neste dag) | Vet ikke                 |   |
| 13. | Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten? | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |   |
| 14. | Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?                        | Ja<br><input type="checkbox"/>                 | Nei<br><input type="checkbox"/>             |  |                          | Har ikke fastlege<br><input type="checkbox"/> |

Spørsmål 15-19 gjelder din samlede erfaring med din siste kontakt med legevakten.

### Informasjon og oppfølging

- |     |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     |   | Ikke i det hele tatt     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        | Ikke aktuelt             |
| 15. | Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Generelle vurderinger av denne kontakten med legevakten

- |     |  |                             |                             |                          |                          |                          |  |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|     |  | Ikke i det hele tatt        | I liten grad                | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |  |
| 17. | Alt i alt, var hjelpen du fikk fra legevakten tilfredsstillende?                             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  |                             |                             |                          |                          |                          |  |
|     |  | Mye dårligere enn forventet | Noe dårligere enn forventet | Som forventet            | Noe bedre enn forventet  | Mye bedre enn forventet  |  |
| 18. | Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?                               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  |                             |                             |                          |                          |                          |  |
|     |  | Ikke i det hele tatt        | I liten grad                | I noen grad              | I stor grad              | I svært stor grad        |  |
| 19. | Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av legevakten (etter det du selv kan bedømme)? | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### Spørsmål 20 og 21 gjelder kontakt med denne legevakten de siste to årene

- |     |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     |   | Ja, én gang              | Ja, flere ganger         | Nei                      | Vet ikke                 | Ikke aktuelt             |
| 20. | I løpet av de to siste årene, har du noen gang fått feil medisin eller på annen måte blitt feilmedisinert av lege eller sykepleier på denne legevakten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|     |   | Ja, én gang              | Ja, flere ganger         | Nei                      | Vet ikke                 | Ikke aktuelt             |
| 21. | I løpet av de to siste årene, har du noen gang tenkt at du ble utsatt for annen feilbehandling på denne legevakten?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Bakgrunnsspørsmål

22. Hvem har fylt ut spørreskjemaet?
- |  |                          |                                |                          |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
|  | Pasienten selv           | Pårørende til barn under 16 år | Andre pårørende          |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
23. Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?
- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | 1 gang                   | 2 ganger                 | 3 - 5 ganger             | 6 - 10 ganger            | Mer enn 10 ganger        |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
24. Er du mann eller kvinne?
- |  |                          |                          |   |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
|  | Mann                     | Kvinne                   |   |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⊥ |
25. Hva er din alder?
- |  |                      |
|--|----------------------|
|  | År                   |
|  | <input type="text"/> |
26. Er du gift eller samboende?
- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Ja, gift                 | Ja, samboende            | Nei                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ⊥                        |                          |                          |
27. Hva er din høyeste fullførte utdanning?
- |  |                          |                          |                                |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|
|  | Grunnskole               | Videregående skole       | Høgskole/ universitet (1-4 år) | Høgskole/ universitet (4 år eller mer) |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               |
28. Hva gjør du til daglig?  
(Sett kun ett kryss)
- |  |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Yrkesaktiv               | Sykmeldt, på uføretrygd eller attføring | Pensjonist               | Under utdanning          | Hjemme- arbeidende       | Arbeids- ledig           | Annet                    |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
29. Hva er ditt morsmål?
- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Norsk                    | Samisk                   | Annet nordisk språk      | Annet europeisk språk    | Ikke- europeisk språk    |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ⊥                        |                          |                          |                          |                          |
30. Stort sett, vil du si at din helse er...
- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Utmerket                 | Meget god                | God                      | Nokså god                | Dårlig                   |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Kunne du tenke deg å svare på et nytt spørreskjema fra oss om kort tid, dersom det blir aktuelt?

Sett kryss her hvis du kunne tenke deg å svare på et nytt skjema

Skriv gjerne ned kommentarer til spørreskjema eller mer om dine erfaringer i møtet med legevakten:

---

---

---

---