

Patienternes vurdering af de praktiserende læger

Overordnede resultater fra DanPEP-projektet

Seniorforsker Hanne N. Heje, forskningsleder Frede Olesen & seniorforsker Peter Vedsted

RESUME

INTRODUKTION: Patientevaluering er et vigtigt redskab til måling af den patientoplevede kvalitet af sundhedsydelser som led i kvalitetsudvikling. Formålet med arbejdet var at undersøge, hvorledes patienterne vurderede deres praktiserende læger, og i hvilket omfang vurderingerne varierede med karakteristika hos patienterne.

MATERIALE OG METODER: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende lægers patienter med vurdering af 23 aspekter af læge-patient-forholdet, den lægefaglige ydelse, information og støtte, organisering af ydelsen og dens tilgængelighed. Analyser af sammenhænge mellem vurderingerne og karakteristika hos patienterne.

RESULTATER: Lægenes overholdelse af tavshedspligten fik den mest positive evaluering efterfulgt af aspekter af empati og omhu. Spørgsmål om telefoniltgængelighed og ventetiden i venteværelset blev tildelt de laveste scorere. Ældre patienter, hyppige lægebrugere, patienter med en længerevarende tilknytning til deres læge og patienter med et godt selv vurderet helbred var gennemgående de mest tilfredse. Kønnets og uddannelsesniveaus betydning for vurderingen var mere kompleks. Patienter med kroniske lidelser i hovedgrupperne hjerte-kar-lidelser, endokrine lidelser og cancerlidelser var mere tilfredse end patienter uden kroniske lidelser.

KONKLUSION: Resultaterne kan anvendes ved den løbende tilpasning af ydelserne hos de praktiserende læger til forskellige patientgruppers behov under fortsat hensyntagen til individuelle forhold.

Patientevaluering er en enkel metode til at måle, i hvor høj grad patienternes forventninger og behov imødekommes og dermed måle den patientoplevede kvalitet af sundhedsvæsenets ydelser. Anvendelse af patientevaluering vil oftest ske som et led i kvalitetsudvikling, hvorfor det ikke giver mening at spørge til patienternes generelle tilfredshed. Derimod kan man spørge til patienternes vurdering af enkeltaspekter af praksis for på den måde at afdække indsatsområder for udvikling.

Som et led i virkeliggørelsen af Den Danske Kvalitetsmodel har der i en årrække været gennemført patienttilfredshedsundersøgelser på landets sygehuse. Indtil 2007 har tilsvarende undersøgelser i almen praksis kun været gennemført på projektbasis.

På denne baggrund var det formålet med denne artikel at beskrive, hvorledes danske patienter vurderede enkeltaspekter af de praktiserende lægers praksis, og i hvilket omfang der var sammenhæng mellem vurderingerne og karakteristika hos patienterne.

MATERIALE OG METODER

Data er indsamlet i DanPEP-studiet i perioden 2002-2005 i 12 ud af de daværende 16 amter/sygehuskommuner, i hvilke samtlige 2.511 alment praktiserende læger modtog en invitation til at gennemføre en patientevaluering af deres praksis. Lægerne uddelte spørgeskemaer til mellem 100 og 130 konsekutive patienter på 18 år eller derover, der var set i konsultationen eller ved hjemmebesøg. Spørgeskemaet var den danske version af EUROPEP-spørgeskemaet til evaluering af almen praksis [1], hvor lægen og praksis vurderes over de seneste 12 måneder på 23 enkeltaspekter af praksis fordelt på fem temaer (se **Tabel 1**). Hvert spørgsmål skulle besvares på en fempunktskala fra *dårligt* til *fremragende* (midterværdi *acceptabel*), eller en sjette svarkategori *ikke relevant/kan ikke svare*. Derudover registreredes patientens køn, fødselsår, erhvervsuddannelse, antal besøg hos eller af praktiserende læge i dagtiden det seneste år, antal år patienten havde været tilmeldt aktuelle læge, selv vurderet helbred (SRH) og eventuel kronisk sygdom.

I alt 83.789 spørgeskemaer blev fordelt til patienter, der i en given periode havde direkte kontakt til en af de tilmeldte læger.

Analyser

Kun besvarelser fra patienter, der havde besvaret mere end halvdelen (> 11) af de 23 spørgsmål, blev inkluderet. Ved analyse af resultaterne inddeltes alder, uddannelsesniveau, lægesøgningsfrekvens, varighed af tilknytning til lægen og SRH i kategorier. Sygdomme blev kodet i henhold til hoveddiagnosegrupperne i International Klassifikation for den Primære Sundhedstjeneste (ICPC) [5] samt ad hoc-kategorier for cancerdiagnoser og multiple kroniske lidelser. For hvert spørgsmål og for hver patientkategori anvendte vi χ^2 -test til at teste for forskelle mellem patientgrupper, og vi beregnede gennemsnitssco-

ORIGINALARTIKEL

Aarhus Universitet,
Forskningsenheden for
Almen Praksis i Århus



TABEL 1

Spørgeskemaet. Intensive studier af begrebet patienttilfredshed har ikke resulteret i et fyldestgørende teorigrundlag, der kan retfærdiggøre en måling af generel tilfredshed i kvantitative studier blandt patienter [2]. Denne erkendelse førte til, at en arbejdsgruppe med tilknytning til EQUIP (den europæiske sammenslutning for kvalitet i almen praksis) i perioden 1992-1995 udarbejdede et valideret standardspørgeskema til patienters vurdering af delaspekter af ydelsen i almen praksis – EUROPEP-spørgeskemaet [3, 4]. Spørgeskemaet blev sammensat på baggrund af studier af patienters prioritering af forskellige aspekters betydning for den patientoplevede kvalitet [2]. Nedenfor findes den danske oversættelse af EUROPEP-spørgeskemaet, der er anvendt i DanPEP-studiet.

Læge-patient-forholdet

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge de seneste 12 måneder med hensyn til:

- 1) at få dig til at føle at du havde tid nok i konsultationen?
- 2) at interessere sig for dig som person?
- 3) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?
- 4) at inddrage dig i beslutninger?
- 5) at lytte til dig?
- 6) at kunne respektere tavshedspligten?

Lægefaglige ydelser

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge de seneste 12 måneder med hensyn til:

- 7) at lindre dine symptomer hurtigt?
- 8) at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?
- 9) at være grundig og omhyggelig?
- 10) at undersøge dig?
- 11) at tilbyde forebyggende undersøgelser f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?

Information og støtte

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge de seneste 12 måneder med hensyn til:

- 12) at forklare formålet med undersøgelser og behandling?
- 13) at tale med dig om dit helbred, så du synes, du ved tilstrækkeligt?
- 14) at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?
- 15) at få dig til at følge hans/hendes råd?

Organisering af ydelsen

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge de seneste 12 måneder med hensyn til:

- 16) at kunne huske, hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?
- 17) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?

Tilgængelighed

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge de seneste 12 måneder med hensyn til:

- 18) det ikkelægelige personales hjælpsomhed?
- 19) at få en tid hos lægen, som passede dig?
- 20) at få kontakt med lægepraksis i telefonen?
- 21) at komme til at tale med lægen i telefonen?
- 22) ventetiden i venteværelset?
- 23) at yde hurtig hjælp ved presserende sygdom?

rer for patienter, der svarede mellem 1 og 5. Herefter blev besvarelsene af de enkelte spørgsmål dikotomiseret som positive (svarkategori 4 og 5) eller ikke-positive (svarkategori 1, 2 og 3). For hvert spørgsmål beregnede vi prævalensen af positive besvarelser i hver patientkategori. Vi sammenlignede prævalenserne vha. logistisk regression med korrektion for clusters. Hvor det var relevant (alder, lægesøgningsfrekvens, varighed af lægetilknytning og SRH), blev der testet for trend.

RESULTATER

I alt 703 læger (16-66% i de enkelte amter/kommuner) deltog i studiet. Der blev returneret 62.980 spørgeskemaer (svarandel 75,2%). Artiklen er baseret på de 56.652 skemaer, der indeholdt en vurdering af en af de deltagende læger. Køns- og aldersfordelingen hos respondenterne svarer til kontaktmønstret for almen praksis [6]. Den gennemsnitlige score for hvert spørgsmål er angivet i Tabel 2. Lægernes overholdelse af tavshedspligten fik den mest positive evaluering efterfulgt af aspekter af empati og omhu. Spørgsmål om telefontilgængelighed og ventetiden i venteværelset fik de laveste scorer.

Patientens køn

Der fandtes en statistisk signifikant sammenhæng mellem køn og vurdering for spørgsmål vedrørende læge-patient-forholdet, organisering af ydelsen, tilgængelighed (fraset telefonisk), omhu og information om patientens sygdom (Tabel 3). En større andel af de mandlige patienter end af de kvindelige vurderede positivt, bortset fra spørgsmålene vedrørende beslutningsinddragelse og overholdelse af tavshedspligt.

Patientens alder

Der fandtes en statistisk signifikant sammenhæng mellem positiv vurdering af alle aspekter og stigende alder. Eneste undtagelse var overholdelse af tavshedspligten, hvor der var en ensartet høj tilfredshed uafhængigt af alder.

Uddannelsesniveau

Patienter med erhvervsuddannelse af en varighed på mere end to år var mere positive end dem med kortere uddannelse i vurderingen af aspekter vedrørende læge-patient-forholdet, den lægefaglige ydelse, lægens forklaring af formålet med undersøgelser og behandling og lægens ydelse af hjælp ved akut sygdom. Det modsatte var tilfældet ved vurdering af telefontilgængelighed, ventetid, at få en tid hos lægen, forberedelse i forhold til mødet med speciallæge og sygehus samt støtte til håndtering af følelsesmæssige konsekvenser af sygdom.

Lægesøgningsfrekvens

Bortset fra spørgsmål vedrørende aspekter af den lægefaglige ydelse var der en konsistent, statistisk signifikant positiv sammenhæng mellem andelen af positive vurderinger af lægen og hyppigheden af konsultationer (Tabel 3).

Varighed af lægetilknytning

Der var en statistisk signifikant tendens til, at jo læn-



TABEL 2

Normtal.

Tema	n ^a	Gennemsnit ^b	95%-KI ^c
Læge-patient-forholdet			
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>			
1) at få dig til at føle, at du havde tid nok i konsultationen?	56.116	4,16	4,15-4,17
2) at interessere sig for dig som person?	55.484	4,23	4,22-4,24
3) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	55.603	4,22	4,21-4,23
4) at inddrage dig i beslutninger?	53.103	4,15	4,14-4,16
5) at lytte til dig?	56.064	4,31	4,31-4,32
6) at kunne respektere tavshedspligten?	43.986	4,68	4,67-4,68
Lægefaglige ydelser			
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>			
7) at lindre dine symptomer hurtigt?	50.072	4,03	4,03-4,04
8) at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	47.590	4,04	4,03-4,05
9) at være grundig og omhyggelig?	55.466	4,27	4,26-4,28
10) undersøge dig?	54.751	4,23	4,23-4,24
11) at tilbyde forebyggende undersøgelser f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?	45.456	4,05	4,04-4,06
Information og støtte			
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>			
12) at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	52.906	4,20	4,19-4,20
13) tale med dig om dit helbred, så du synes du ved tilstrækkeligt?	53.804	4,10	4,09-4,11
14) at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	43.979	4,04	4,03-4,05
15) at få dig til at følge hendes/hans råd?	52.075	4,16	4,15-4,16
Organisering af ydelsen			
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>			
16) at kunne huske hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	52.629	4,05	4,05-4,06
17) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	39.015	3,98	3,97-3,98
Tilgængelighed			
<i>Hvad er din vurdering af din lægepraksis i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>			
18) at kunne huske hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	53.306	4,06	4,05-4,07
19) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	55.725	3,92	3,91-3,93
20) at kunne huske hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	54.764	3,39	3,39-3,41
21) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	49.762	3,56	3,55-3,57
22) at kunne huske hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	55.683	3,49	3,48-3,49
23) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	38.322	4,22	4,21-4,23

a) Antal patienter, der har anvendt svarkategorierne 1-5; b) Gennemsnittet af besvarelser i kategorierne 1-5; c) 95%-konfidensintervallet for gennemsnittet.

gere tid patienten havde været tilmeldt lægen, des bedre vurderede patienten lægen. Ved vurdering af tilgængelighed gjaldt denne sammenhæng dog kun ved tilknytning, der var længere end syv år.

Selvvurderet helbred

Der var en statistisk signifikant tendens til, at jo dårligere patienten vurderede sit helbred, des dårligere blev lægen evalueret undtagen på tilgængeligheds-spørgsmål.

Kronisk lidelse

Generelt var patienter med kroniske lidelser positive ved vurdering af tilgængeligheden (bortset fra patienter med psykiske og endokrine lidelser (f.eks. diabetes)), der var utilfredse med ventetiden) (Tabel 4). Hertil kommer, at patienter med cancerlidelser på

alle aspekter var mere positive end andre patienter med kroniske lidelser. Patienter med psykiske lidelser var mindre positive end patienter uden kroniske lidelser ved vurdering af aspekter af den lægefaglige ydelse, men mere positive i vurderingen af alle andre aspekter (frasen tilgængelighed). Patienter med hjerte-kar- og endokrine lidelser var generelt mere positive end patienter uden kroniske lidelser. Patienter med luftvejslidelser var positive mht. informationskontinuiteten (spørgsmål 16), men utilfredse hvad angik lægens evne til at lindre deres symptomer (spørgsmål 8).

DISKUSSION

Metodens styrker og svagheder

Lægerne deltog i projektet frivilligt og under forskellige betingelser. Dette kan have haft betydning for

TABEL 3

Vurderingen af aspekter af praksis fordelt på patienternes køn og lægebesøg i de seneste 12 måneder. Aspektets nummer henfører til spørgsmål i spørgeskemaet.

Tema og aspekt	Positive, ^a %	Odds- ratio	p	Trend ^b	Tema og aspekt	Positive, ^a %	Odds- ratio	p	Trend ^b
Læge-patient-forholdet					Aspekt nr. 8				
<i>Aspekt nr. 1</i>					Kvinder				
Kvinder	77,0	1			Mænd	73,5	1		
Mænd	79,3	1,2	<0,001		0-1 lægebesøg	73,7	1,0	0,703	
0-1 lægebesøg	77,5	1			2-5 lægebesøg	74,5	1		
2-5 lægebesøg	77,4	1,0	0,809		6-9 lægebesøg	74,8	1,0	0,728	
6-9 lægebesøg	78,0	1,0	0,555	<0,001	≥ 10 lægebesøg	73,0	0,9	0,095	0,117
≥ 10 lægebesøg	79,3	1,1	0,030		<i>Aspekt nr. 9</i>				
<i>Aspekt nr. 2</i>					Kvinder				
Kvinder	79,7	1			Mænd	81,0	1		
Mænd	80,8	1,1	0,015		0-1 lægebesøg	81,8	1,1	0,050	
0-1 lægebesøg	77,8	1			2-5 lægebesøg	82,0	1		
2-5 lægebesøg	79,0	1,1	0,070		6-9 lægebesøg	81,1	1,0	0,172	
6-9 lægebesøg	81,6	1,3	<0,001	<0,001	≥ 10 lægebesøg	81,3	1,0	0,352	<0,001
≥ 10 lægebesøg	83,3	1,4	<0,001		<i>Aspekt nr. 10</i>				
<i>Aspekt nr. 3</i>					Kvinder				
Kvinder	79,5	1			Mænd	80,5	1		
Mænd	82,0	1,2	<0,001		0- lægebesøg	80,4	1,0	0,957	
0-1 lægebesøg	78,8	1			2-5 lægebesøg	81,1	1		
2-5 lægebesøg	79,6	1,1	0,155		6-9 lægebesøg	80,6	1,0	0,378	
6-9 lægebesøg	81,2	1,2	<0,001	<0,001	≥ 10 lægebesøg	80,4	1,0	0,280	<0,001
≥ 10 lægebesøg	82,8	1,3	<0,001		<i>Aspekt nr. 11</i>				
<i>Aspekt nr. 4</i>					Kvinder				
Kvinder	78,3	1			Mænd	72,6	1		
Mænd	75,5	0,9	<0,001		0-1 lægebesøg	73,4	1,0	0,108	
0-1 lægebesøg	74,7	1			2-5 lægebesøg	72,0	1		
2-5 lægebesøg	76,8	1,1	0,003		6-9 lægebesøg	72,0	1,0	0,967	
6-9 lægebesøg	78,7	1,3	<0,000	<0,001	≥ 10 lægebesøg	73,6	1,1	0,071	<0,001
≥ 10 lægebesøg	79,5	1,3	<0,000		Information og støtte				
<i>Aspekt nr. 5</i>					<i>Aspekt nr. 12</i>				
Kvinder	82,9	1	<0,001		Kvinder	79,3	1		
Mænd	84,5	1,1			Mænd	78,4	1,00	0,359	
0-1 lægebesøg	82,6	1			0-1 lægebesøg	77,7	1		
2-5 lægebesøg	82,8	1,0	0,742		2-5 lægebesøg	79,1	1,1	0,045	
6-9 lægebesøg	84,1	1,1	<0,020	<0,001	6-9 lægebesøg	79,5	1,1	0,020	<0,001
≥ 10 lægebesøg	85,3	1,2	<0,001		≥ 10 lægebesøg	80,4	1,2	0,001	
<i>Aspekt nr. 6</i>					<i>Aspekt nr. 13</i>				
Kvinder	93,9	1			Kvinder	75,2	1		
Mænd	93,4	0,9	0,044		Mænd	76,2	1,1	0,032	
0-1 lægebesøg	92,3	1			0-1 lægebesøg	74,2	1		
2-5 lægebesøg	93,9	1,3	<0,001		2-5 lægebesøg	74,9	1,0	0,340	
6-9 lægebesøg	94,4	1,4	<0,001	<0,001	6-9 lægebesøg	76,1	1,1	0,013	<0,001
≥ 10 lægebesøg	94,5	1,4	<0,001		≥ 10 lægebesøg	77,7	1,2	<0,001	
Lægefaglige ydelser					<i>Aspekt nr. 14</i>				
<i>Aspekt nr. 7</i>					Kvinder				
Kvinder	73,3	1			Mænd	72,5	1		
Mænd	72,8	1,0	0,251		0-1 lægebesøg	72,2	1,00	0,513	
0-1 lægebesøg	74,3	1			2-5 lægebesøg	70,0	1		
2-5 lægebesøg	73,5	1,0	0,352		6-9 lægebesøg	71,1	1,1	0,241	
6-9 lægebesøg	72,9	0,9	0,129	0,03	≥ 10 lægebesøg	73,7	1,2	<0,001	<0,001
≥ 10 lægebesøg	71,7	0,9	0,005		≥ 10 lægebesøg				
						75,0	1,3	<0,001	

FORTSÆTTES →



TABEL 3, FORTSAT

Tema og aspekt	Positive, ^a %	Odds- ratio	p	Trend ^b
Aspekt nr. 15				
Kvinder	78,3	1		
Mænd	78,1	1,00	0,749	
0-1 lægebesøg	77,2	1		
2-5 lægebesøg	77,6	1,0	0,620	
6-9 lægebesøg	79,0	1,1	0,018	<0,001
≥ 10 lægebesøg	79,8	1,2	0,001	
Organisering af ydelsen				
Aspekt nr. 16				
Kvinder	71,4	1		
Mænd	75,7	1,2	<0,001	
0-1 lægebesøg	71,0	1		
2-5 lægebesøg	71,4	1,0	0,619	
6-9 lægebesøg	74,5	1,2	<0,001	<0,001
≥ 10 lægebesøg	75,6	1,3	<0,001	
Aspekt nr. 17				
Kvinder	69,4	1		
Mænd	71,4	1,1	<0,001	
0-1 lægebesøg	69,8	1		
2-5 lægebesøg	70,0	1,0	0,435	
6-9 lægebesøg	70,5	1,0	0,502	<0,001
≥ 10 lægebesøg	71,9	1,1	0,060	

a) Andel af patienterne, der har anvendt svarkategori 4 eller 5; b) test for trend, ikke korrigeret for læge-clusters.

deltagelsen i de forskellige amter/kommuner og dermed for repræsentativiteten af den undersøgte lægepopulation. Betydningen heraf begrænses ved analysen af forskelle mellem grupper af patienter [7].

Sammenhængen mellem vurderinger og karakteristika blev beregnet med logistisk regression, som estimerer oddsratio (OR). Pga. en hyppig forekomst af positive vurderinger tenderede dette til at overestimere sammenhængen mellem patientkarakteristika og patienternes vurderinger [8, 9].

Det store antal evalueringer gjorde os i stand til at påvise meget små forskelle mellem grupper af patienter som værende statistisk signifikante. Det er derfor relevant at vurdere den praktiske signifikans af de fundne forskelle.

En del af de fundne associationer kan være påvirket af sammenhænge mellem de registrerede patientkarakteristika (konfounding), som f.eks. at morbiditeten stiger med stigende alder. Alligevel har vi valgt at gengive de ujusterede associationsmål. Patientens vurdering er i sagens natur subjektiv og som sådan et blandt flere gyldige billeder af virkeligheden. Patientens besvarelse er et resultat af det oplevede sat i forhold til den enkeltes holdninger, tidligere oplevelser, forventninger og behov [10, 11]. Variationen mellem

patienternes vurderinger kan bero på en faktisk forskel i de leverede ydelser, som lægen søger at tilpasse den enkelte patient. Forskellen mellem to patienters vurdering af den samme ydelse kan derfor kun delvist forklares ved forskelle i registrerede patientkarakteristika. Endelig kan der være tale om ikkemålbare individuelle faktorer, som kan have betydning for patientens oplevelse. Dette er betingelserne for lægens møde med patienten og betyder, at patienten i højere grad mødes som individ end som »medlem« af en kategori.

Evalueringniveau

De aspekter af praksis, der i dette studie fik de mest fordelagtige evalueringer, svarer godt til de aspekter, som tidligere studier har vist, at patienterne tillægger den største betydning [12]. Som i et tidligere dansk studie lå tilfredshedsniveauet højt [13]. I et sammenlignende europæisk studie er der fundet et ensartet højt tilfredshedsniveau i almen praksis i de deltagende lande på trods af store nationale forskelle i organisationen af almen praksis [4].

Sammenhæng med patientkarakteristika

Resultater fra internationale studier vedrørende associationer mellem patientens køn og vurdering af lægen udviser stor variation [10, 14, 15]. Vores resultater viser, at kønsforskellen afhænger af, hvilke aspekter af praksis, der vurderes. I et studie, hvor Hall *et al* [16] har foretaget analyser af data med og uden kønsmatch mellem læge og patient, tyder resultaterne på, at kvinder og mænd tillægger detaljer i kommunikationen (f.eks. omfanget af afbrydelser) forskellige betydninger. Deres resultater tyder på, at mandlige patienter foretrækker en kontant, men respektfuld konsultationsstil, mens lægens engagement for de kvindelige patienter opfattes gennem lægens iver i samtalen. Vores resultater understøtter den antagelse, at mænds og kvinders præferencer mht. konsultationsstil kan variere. Yderligere analyser, der tager højde for kønsmatch, vil formentlig kunne bidrage til en bedre indsigt på dette felt.

Af de 23 aspekter blev 22 vurderet mere positivt med stigende patientalder selv efter justering for varigheden af lægetilknytningen og tilstedeværelse af kronisk sygdom [7]. Dette fund stemmer overens med fund fra tidligere danske og udenlandske studier [10, 14]. På baggrund af dette tværsnitstudie kan man dog ikke konkludere, om det skyldes, at tilfredsheden stiger, jo ældre man bliver, eller om der er tale om en kohorteffekt. Mod kohorteffekten taler dog, at den højere tilfredshed hos ældre patienter har været et gennemgående fund gennem de seneste 25 år. Dette kan skyldes, at ældre patienter kan have udviklet et mere realistisk syn på eget helbred og på, hvad



TABEL 4

Vurderingen af udvalgte aspekter af praksis fordelt på grupper af patienter med visse kroniske lidelser.

Tema		Positive ^a	OR	p
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>				
1) at få dig til at føle, at du havde tid nok i konsultationen?	Ingen kronisk lidelse	77,9	1	
	Psykisk lidelse	78,0	1,0	0,878
	Hjerte-kar-lidelse	81,6	1,3	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	78,8	1,1	0,335
	Endokrinlidelse	79,8	1,1	0,050
	Cancer	85,8	1,7	<0,000
2) at interessere sig for dig som person?	Ingen kronisk lidelse	78,9	1	
	Psykisk lidelse	83,2	1,3	<0,001
	Hjerte-kar-lidelse	84,1	1,4	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	80,7	1,1	0,063
	Endokrinlidelse	82,2	1,2	0,001
	Cancer	88,2	2,0	<0,001
3) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	Ingen kronisk lidelse	79,9	1	
	Psykisk lidelse	82,6	1,2	0,018
	Hjerte-kar-lidelse	82,6	1,2	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	80,8	1,1	0,364
	Endokrinlidelse	81,8	1,1	0,044
	Cancer	88,3	1,9	<0,001
4) at inddrage dig i beslutninger?	Ingen kronisk lidelse	76,5	1	
	Psykisk lidelse	79,1	1,6	0,032
	Hjerte-kar-lidelse	80,0	1,2	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	77,8	1,1	0,235
	Endokrinlidelse	79,5	1,2	0,004
	Cancer	84,2	1,6	<0,001
5) at lytte til dig?	Ingen kronisk lidelse	83,2	1	
	Psykisk lidelse	85,9	1,2	0,010
	Hjerte-kar-lidelse	86,0	1,2	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	83,6	1,0	0,673
	Endokrinlidelse	84,8	1,1	0,074
	Cancer	89,3	1,7	<0,001
7) at lindre dine symptomer hurtigt?	Ingen kronisk lidelse	74,3	1	
	Psykisk lidelse	70,0	0,8	0,001
	Hjerte-kar-lidelse	77,5	1,2	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	75,1	1,0	0,433
	Endokrinlidelse	77,4	1,2	0,005
	Cancer	79,6	1,4	0,004
8) at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	Ingen kronisk lidelse	76,2	1	
	Psykisk lidelse	69,7	0,7	<0,001
	Hjerte-kar-lidelse	78,0	1,1	0,019
	Lidelse i respirationsvejene	73,3	0,9	0,006
	Endokrinlidelse	77,2	1,1	0,394
	Cancer	79,4	1,2	0,096
13) tale med dig om dit helbred, så du synes du ved tilstrækkeligt?	Ingen kronisk lidelse	75,0	1	
	Psykisk lidelse	76,7	1,1	0,147
	Hjerte-kar-lidelse	80,2	1,4	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	76,7	1,1	0,116
	Endokrinlidelse	80,8	1,4	<0,001
	Cancer	83,7	1,7	<0,001

FORTSÆTTES →

der kan forventes af lægen og sundhedsvæsenet. Resultatet kan også være et udtryk for ældre menne-

skers generelt mere milde og positive vurdering af omverdenen [17].



TABEL 4, FORTSAT

Tema		Positive ^a	OR	p
14) at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	Ingen kronisk lidelse	72,0	1	
	Psykisk lidelse	76,2	1,3	0,002
	Hjerte-kar-lidelse	75,9	1,2	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	72,7	1,0	0,599
	Endokrinlidelse	76,6	1,3	<0,001
	Cancer	83,7	2,0	<0,001
15) at få dig til at følge hendes/hans råd?	Ingen kronisk lidelse	78,0	1	
	Psykisk lidelse	77,3	1,0	0,569
	Hjerte-kar-lidelse	82,4	1,3	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	78,3	1,0	0,756
	Endokrinlidelse	81,0	1,2	0,002
	Cancer	86,9	1,9	<0,001
16) at kunne huske hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	Ingen kronisk lidelse	71,5	1	
	Psykisk lidelse	74,9	1,2	0,012
	Hjerte-kar-lidelse	77,4	1,4	<0,001
	Lidelse i respirationsvejene	74,3	1,2	0,010
	Endokrinlidelse	76,5	1,3	<0,001
	Cancer	81,5	1,8	<0,001

a) Procentandel af patienterne, der har anvendt svarkategori 4 eller 5. OR = oddsratio.

Den fundne sammenhæng mellem uddannelsesniveau og vurdering er mere nuanceret end tidligere fund, hvor et lavere uddannelsesniveau entydigt var associeret med en højere tilfredshed [18]. Veluddannede patienters dårligere oplevelse af tilgængelighed kan måske forklares ved en ringere mulighed for at søge læge i arbejdstiden, mens den højere tilfredshed med aspekter af konsultationens form og indhold i tidligere studier er forklaret ved social matchning [19]. Denne formodning bør dog søges bedre dokumenteret.

Vi fandt, at jo oftere patienterne søgte læge, des oftere vurderede de deres læge positivt vedrørende alle andre aspekter end de rent lægefaglige. Nærmere analyse af data (resultater ikke vist her) viser, at tilbøjeligheden til at vurdere negativt vedrørende de samme aspekter ligeledes øgedes jo oftere patienterne søgte læge. Hyppige brugere var dermed mere tilbøjelige til at polarisere sig i deres bedømmelse af lægen. Det kan skyldes, at disse patienter har et mere solidt grundlag for deres vurdering, samt at hyppigt brug af lægeydelser kan afspejle store forventninger til lægen. Samtidigt kan der være forskel i vurderinger mellem patienter, der hyppigt søger læge pga. veldefineret kronisk sygdom, og patienter med uforklarede symptomer.

Der er formentlig en sammenhæng mellem patientalder og varighed af tilknytningen til lægen [7], hvilket kan forklare en del af den positive association mellem tilknytningens varighed og tilfredsheden. En del af forklaringen kan være, at varigheden af tilknytningen er et blandt flere mål for kontinuitet i læge-

patient-forholdet [20] og en af forudsætningerne for, at der kan opbygges et gensidigt kendskab, så både læge og patient kender præmisserne og har afstemt forventningerne, inden de mødes.

Fundet af en negativ association mellem SRH og patientens vurdering samtidig med positive vurderinger hos patienter med kroniske lidelser er i overensstemmelse med tidligere fund i sygehusregi [21].

Patienter med kroniske lidelser vurderede lægen mere positivt end patienter uden kroniske lidelser. Vi har ikke fundet korrelation mellem lægesøgningsfrekvens og angivelse af en specifik kronisk lidelse [7] hvilket betyder, at de hyppige lægebrugere skal findes såvel blandt patienter med ikkeveldefinerede sygdomsbilleder som blandt patienter med veldefinerede kroniske lidelser. Resultaterne viser et gennemgående højt tilfredshedsniveau for cancerpatienter og fortæller dermed, at de praktiserende læger i vidt omfang søger at leve op til cancerpatienters forventninger. Også patienter med hjerte-kar- og endokrine lidelser (herunder diabetes) var positive i deres vurderinger.

Perspektivering

Vi har i dette studie fundet statistisk signifikante sammenhænge mellem visse patientkarakteristika og måden, hvorpå patienterne evaluerer den praktiserende læges ydelse. Resultaterne kan anvendes ved den løbende tilpasning af ydelsen til den enkelte patient. Forskelle i sammensætningen af lægernes patientpopulationer forklarer dog kun en lille del af varia-

tionen mellem evalueringerne opgjort pr. læge (ikkepublicerede resultater). I en kvalitetsudviklings-sammenhæng er det interessant at se på resultaterne på enhedsniveau (læge, praksis, afdeling eller sygehus), da det typisk er der, specifikke udviklingstiltag skal iværksættes. Det er derfor vigtigt, at resultaterne af den enkelte læges patientevaluering formidles tilbage til lægen, så lokale kvalitetsudviklende tiltag kan tilrettelægges i overensstemmelse med den enkelte læges behov for læring og udvikling. Feedback på enhedsniveau er sket såvel i DanPEP [7] som i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser [22].

KORRESPONDANCE: Hanne N. Heje, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. E-mail: hh@alm.au.dk

ANTAGET: 14. oktober 2008

FØRST PÅ NETTET: 10. august 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: DanPEP-studiet er finansieret af Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg (CKI) og Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt kvalitetsudviklingsudvalgene i de daværende Bornholms Regionskommune, Frederiksberg Kommune, Frederiksberg Amt, Fyns Amt, Københavns Kommune, Ribe Amt, Ringkøbing Amt, Sønderjyllands Amt, Vejle Amt, Vestsjællands Amt, Viborg Amt og Århus Amt. De deltagende praktiserende læger og patienter takkes for villig deltagelse i projektet. Cand.scient.bibl. *Gitte Hove* takkes for kompetent datamanagement gennem hele projektfasen. Cand.scient. *Ineta Sokolowski* takkes for statistisk databearbejdning.

LITTERATUR

- Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Nijmegen, NL: EQuIP – WONCA Region Europe, 2000.
- Wensing M, Jung HP, Mainz J et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med 1998;47:1573-88.
- Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. EuroGenPract 2000;6:82-7
- Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000;50:882-7.
- ICPC International klassifikation for den primære sundhedstjeneste. www.dak.e.dk
- Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H et al. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
- Heje HN. Patient evaluation in general practice. Methodological aspects, influence of patient and GP characteristics and the GPs' experiences with the evaluations. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 2006.
- Clayton D, Hills M. Statistical models in epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology, Second Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997;45:1829-43.
- Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. Med Care Rev 1993;50:219-48.
- Mainz J, Olesen F, Vedsted P. Hvad forventer patienterne af de praktiserende læger? Danske resultater fra et europæisk studie. Ugeskr Læger 1998;160:4876-81.
- Mainz J, Vedsted P, Olesen F. Hvordan vurderer patienterne de praktiserende læger? Danske resultater fra et europæisk studie. Ugeskr Læger 2000;162:654-8.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. Qual Health Care 2001;10:90-5.
- Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med 1990;30:811-8.
- Hall JA, Irish JT, Roter DL et al. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med Care 1994 Dec;32(12):1216-31.
- Isaacowitz DM, Vaillant GE, Seligman ME. Strengths and satisfaction across the adult lifespan. Int J Aging Hum Dev 2003;57:181-201.
- Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 1988;27:637-44.
- Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inq 1988;25:25-36.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327:1219-21.
- Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. Int J Qual Health Care 2001;13:385-90.
- Patienternes vurdering af landets sygehuse 2002. Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse. Enheden for brugerundersøgelser i Københavns Amt. København: Københavns Amt, 2003.

Patienternes vurdering af de praktiserende læger

Sammenhæng med lægens køn og alder

Seniorforsker Hanne N. Heje, forskningsleder Frede Olesen & seniorforsker Peter Vedsted

ORIGINALARTIKEL

Aarhus Universitet,
Forskningsenheden for
Almen Praksis i Århus

RESUME

INTRODUKTION: Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om der er en sammenhæng mellem den patientoplevede kvalitet af ydelserne i almen praksis og lægernes køn og alder.

MATERIALE OG METODER: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende lægers patienter med vurdering af 23 aspekter af læge-patient-forholdet, den lægefaglige ydelse, information og støtte, organisering af ydelsen og tilgængeligheden. Analyser af sammenhænge mellem vurderingerne og lægernes køn og alder.

RESULTATER: I alt 703 læger gennemførte studiet. I analyserne

indgik besvarelser fra 56.652 patienter (svarprocent 73,1). Vi fandt, at mandlige læger oplevedes at være en smule mere tilgængelige end de kvindelige. På enkelte spørgsmål vurderedes yngre praktiserende læger mere positivt end de ældre læger. Forskellene mellem aldersgrupperne var dog små.

KONKLUSION: Der kan med fordel sættes øget fokus på at forbedre den patientoplevede tilgængelighed hos de kvindelige praktiserende læger. Desuden bør ældre praktiserende læger være mere opmærksomme på patienternes behov for og oplevelse af medinddragelse, information og kontinuitet.