

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.

Resultater fra studier af patienters oplevelser i almen praksis viser, at almen praksis generelt bedømmes meget positivt [1]. Prognoser for almen praksis viser, at der i de kommende år vil ske et betydeligt generationsskifte blandt de praktiserende læger, ligesom der aktuelt rekrutteres flere kvinder end mænd til specialitet. Der kan således forventes en ændret køns- og aldersfordeling blandt fremtidens læger i almen praksis [2]. Det vil derfor være interessant at undersøge, om den praktiserende læges køn og alder har betydning for patienternes oplevelser af kvaliteten af ydelserne i almen praksis.

Tidligere studier af betydningen af lægens køn og alder for patientens vurdering af kvaliteten i praksis har vist divergerende resultater. I et spansk studie var patienterne mest tilfredse med de kvindelige læger [3], mens lægens køn i såvel et engelsk som i et norsk studie ikke fandtes at være af betydning for patienternes vurdering [4, 5]. I to engelske studier er der fundet modsat rettede resultater vedrørende betydningen af lægernes alder [4, 6]. Det synes på den baggrund rimeligt at antage, at en eventuel betydning for patienternes oplevelse i praksis af lægens køn og alder vil afhænge af, hvilke aspekter af praksis, der undersøges, og hvorledes der korrigeres for betydningen af forskelle i praksispopulationerne hos læger af forskellig køn og alder.

Formålet med denne undersøgelse 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

Data blev indsamlet i Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis (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. Der blev fordelt spørgeskemaer til mellem 100 og 150 patienter på 18 år eller derover, som var set i konsultationen eller ved hjemmebesøg. Spørgeskemaet var den danske version af EUROPEP-spørgeskemaet til evaluering af almen praksis, hvor lægen og praksis vurderes over de seneste 12 måneder på 23 enkeltaspekter af praksis fordelt på fem temaer [7, 8] (Tabel 1). Hvert spørgsmål skulle besvares på en fempunktsskala fra »Dårligt« til »Fremragende« (midterværdi »Acceptabel«), eller en sjette svarkategori »Ikke relevant/Kan ikke svare«. Derudover registreredes patientens køn og fødselsår samt lægernes køn og alder.

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



TABEL 1

EUROPEP-spørgeskemaet.

Læge-patient-forholdet

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i 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 i 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 i 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 hendes/hans råd?

Organisering af ydelsen

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i 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 i 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?

Analyser

Kun besvarelser fra patienter, der havde besvaret mere end halvdelen (> 11) af de 23 spørgsmål blev inkluderet. Ved analyse af resultaterne inddelte vi lægerne i fire alderskategorier. Besvarelserne af de enkelte spørgsmål blev dikotomiseret som positive (svarkategori fire og fem) eller ikkepositive (svarkategori et, to og tre). For hvert spørgsmål beregne-



TABEL 2

Læge- og praksis karakteristika.

	n	%
Køn		
Mand	455	64,7
Kvinde	247	35,1
Uoplyst	1	0,1
Alder, (år)		
30-39	47	6,7
40-49	243	34,6
50-59	353	50,2
60+	57	8,1
Uoplyst	3	0,4
Praksisstørrelse^a		
0-1.000	39	5,5
1.001-1.600	449	63,9
1.601-2.000	170	24,2
2.001+	34	4,8
Uoplyst	11	1,6
Personale^b		
0-0,50	99	14,1
0,51-1,00	452	64,3
1,01-1,50	118	16,8
1,51+	16	2,3
Uoplyst	18	2,6
Praksisorganisation		
Solo	128	18,2
Delt solo	31	4,4
Gruppe	47	6,7
Kompagniskab	342	48,6
Delekompagniskab	150	21,3
Uoplyst	5	0,7

a) Antal patienter pr. læge.

b) Antal fuldtidsansatte ikkelæger pr. læge.

des prævalensen af positive besvarelser fordelt på køn og alderskategorier. Vi sammenlignede prævalenserne i en multivariat regression med korrektion for patientens køn og alder, for praksistype og antallet af tilmeldte patienter og ansat personale i praksis samt for clusters (på lægeniveau). Analyserne vedrørende lægernes køn var desuden korrigeret for lægernes alder og omvendt. Hvor analyserne ikke konvergerede i den multivariate regressionsmodel, anvendtes i stedet Poisson-regression.

RESULTATER

I alt 703 læger (16-66% af alle praktiserende læger i de deltagende amter/sygehuskommuner) tilmeldte sig og gennemførte studiet. Der blev returneret i alt 62.980 spørgeskemaer (svarprocent 75,2). Heraf indeholdt 56.652 besvarelser en vurdering af en af de deltagende læger med besvarelse af mere end halv-

delen af spørgsmålene (endelig svarprocent 73,1). Fordelingen af de registrerede karakteristika hos læger og praksis fremgår af **Tabel 2**.

Lægens køn

Efter korrektion for patienternes køn og alder, lægernes alder, praksistype og antallet af tilmeldte patienter og personale i praksis samt for clusters var der en statistisk signifikant, men numerisk meget lille overvægt af positive vurderinger af de kvindelige læger på spørgsmål om at tilbyde forebyggende undersøgelser samt om at forklare formålet med undersøgelser og behandling (**Tabel 3**). Derimod var der en overvægt af positive evalueringer af de mandlige lægers telefonfølgelighed.

Lægens alder

Efter korrektion for patienternes køn og alder, lægernes alder, praksistype og antallet af tilmeldte patienter og personale i praksis samt clusters fandt vi en tendens til faldende andel af positive evalueringer med stigende lægealder på spørgsmål om empati (spørgsmål 2-5), om patientens oplevelse af omhu og om lægens forklaring af formålet med undersøgelser og behandling samt på spørgsmålet om lægens evne til at huske indholdet af tidligere konsultationer (spørgsmål 16) (**Tabel 4**). Der fandtes ingen statistisk signifikante variationer i patienternes oplevelser af tilgængeligheden, der kunne tilskrives lægernes alder.

DISKUSSION

Hovedfund

Vi fandt, at mandlige læger oplevedes at være en smule mere tilgængelige i telefonen end de kvindelige. På enkelte spørgsmål vurderedes yngre praktiserende læger mere positivt end de ældre læger. Forskellene mellem aldersgrupperne var dog små.

Kvindelige læger blev vurderet en smule mere positivt af deres patienter end deres mandlige kolleger i forhold til at tilbyde forebyggende undersøgelser samt forklare formålet med undersøgelser og behandling. En del af kontakterne i praksis har en forebyggende karakter, og hvorvidt patienterne er bevidste om dette, er muligvis et spørgsmål om, hvorvidt lægen informerer eksplicit herom. Derfor fortæller disse to spørgsmål (11 og 12) måske snarere noget om lægens evne til at opfange patientens behov for information. Desuden sker en større del af henvendelser, der vedrører profylaktiske børneundersøgelser, hos kvindelige læger end hos mandlige, hvilket også kan være medvirkende til dette resultat (der er korrigeret for forskellen i fordelingen af svangreundersøgelser ved justering for patienternes køn).



TABEL 3

Vurderingen af aspekter af praksis fordelt på lægernes køn.

Tema	Spørgsmål nr.	Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Køn	Positive	PR	p
Læge-patient-forholdet	1	at få dig til at føle, at du havde tid nok i konsultationen?	55.298	Kvinder Mænd	76,3 78,6	1 1,01	0,334
	2	at interessere sig for dig som person?	55.039	Kvinder Mænd	79,6 80,3	1 0,99	0,289
	3	at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	54.796	Kvinder Mænd	80,1 80,4	1 0,99	0,115
	4	at inddrage dig i beslutninger?	52.339	Kvinder Mænd	77,4 77,4	1 1,00	0,643
	5	at lytte til dig?	55.246	Kvinder Mænd	83,3 83,5	1 0,99	0,223
	6	at kunne respektere tavshedspligten?	43.331	Kvinder Mænd	93,8 93,8	1 1,00	0,872
Lægefaglige ydelser	7	at lindre dine symptomer hurtigt?	49.343	Kvinder Mænd	72,2 73,6	1 1,00	0,712
	8	at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	46.880	Kvinder Mænd	72,7 74,0	1 1,00	0,730
	9	at være grundig og omhyggelig?	54.658	Kvinder Mænd	80,9 81,5	1 0,99	0,309
	10	undersøge dig?	53.961	Kvinder Mænd	80,6 80,4	1 0,99	0,099
	11	at tilbyde forebyggende undersøgelser, f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?	44.808	Kvinder Mænd	73,1 72,8	1 0,97	0,001
Information og støtte	12	at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	52.152	Kvinder Mænd	78,4 79,5	1 1,00	0,599
	13	tale med dig om dit helbred, så du synes, du ved tilstrækkeligt?	53.019	Kvinder Mænd	74,5 76,1	1 1,00	0,920
	14	at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	43.340	Kvinder Mænd	72,7 72,3	1 0,98	0,042
	15	at få dig til at følge hendes/hans råd?	51.321	Kvinder Mænd	77,4 78,6	1 1,00	0,980
Organisering af ydelsen	16	at kunne huske, hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	51.868	Kvinder Mænd	71,9 73,3	1 0,99	0,561
	17	at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	38.438	Kvinder Mænd	67,9 71,1	1 1,02	0,215
Tilgængelighed	18	det ikkelægelige personales hjælpsomhed?	52.712	Kvinder Mænd	70,9 74,1	1 0,99	0,383
	19	at få en tid hos lægen, som passede dig?	55.085	Kvinder Mænd	62,1 69,5	1 1,03	0,065
	20	at få kontakt med lægepraksis i telefonen?	54.146	Kvinder Mænd	44,2 50,5	1 1,05	0,096
	21	at komme til at tale med lægen i telefonen?	49.209	Kvinder Mænd	48,8 56,3	1 1,07	0,007
	22	ventetiden i venteværelset?	55.047	Kvinder Mænd	43,2 49,9	1 1,02	0,428
	23	at yde hurtig hjælp ved presserende sygdom?	37.859	Kvinder Mænd	75,9 79,4	1 1,01	0,557

Positive = procentandelen af positive besvarelser (4 og 5) ud af alle svar (1-5).

PR = prævalensratio for positive besvarelser med de yngste læger som reference korrigeret for clusters, lægernes køn og patienternes alder og køn.

p = forskellen mellem grupperne er korrigeret for clusters, lægernes køn og patienternes alder og køn.

n_{maks} = 56.652.



TABEL 4

Vurderingen af aspekter af praksis fordelt på lægernes alder

Tema	Spørgsmål nr.	Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Alder, år	Positive	PR	p
Læge-patient-forholdet	1	at få dig til, at føle at du havde tid nok i konsultationen?	55.200	30-39	79,6	1	
				40-49	78,1	0,99	0,423
				50-59	77,4	0,97	0,053
				60+	78,2	0,96	0,065
	2	at interessere sig for dig som person?	54.942	30-39	83,1	1	
				40-49	79,9	0,97	0,044
				50-59	79,8	0,96	0,013
				60+	80,8	0,96	0,026
	3	at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	54.698	30-39	83,5	1	
				40-49	80,8	0,97	0,063
				50-59	79,7	0,95	0,002
				60+	79,9	0,94	0,001
	4	at inddrage dig i beslutninger?	52.250	30-39	80,3	1	
				40-49	78,0	0,98	0,203
				50-59	77,0	0,96	0,018
				60+	76,4	0,94	0,003
5	at lytte til dig?	55.148	30-39	87,0	1		
			40-49	84,2	0,98	0,083	
			50-59	82,7	0,95	<0,001	
			60+	82,6	0,94	0,001	
6	at kunne respektere tavshedspligten?	43.250	30-39	94,0	1		
			40-49	93,7	1,00	0,565	
			50-59	93,8	1,00	0,712	
			60+	93,7	1,00	0,554	
Lægefaglige ydelser	7	at lindre dine symptomer hurtigt?	49.248	30-39	72,9	1	
				40-49	72,9	1,00	0,924
				50-59	73,2	0,99	0,736
				60+	74,6	1,01	0,782
	8	at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	46.788	30-39	74,2	1	
				40-49	73,0	0,98	0,250
				50-59	73,7	0,98	0,332
				60+	74,6	0,99	0,586
	9	at være grundig og omhyggelig?	54.560	30-39	83,8	1	
				40-49	81,7	0,98	0,131
				50-59	80,9	0,96	0,007
				60+	81,0	0,95	0,009
	10	undersøge dig?	53.864	30-39	82,8	1	
				40-49	80,8	0,98	0,204
				50-59	80,1	0,97	0,045
				60+	80,2	0,96	0,054
11	at tilbyde forebyggende undersøgelser, f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?	44.736	30-39	75,3	1		
			40-49	73,0	0,97	0,152	
			50-59	72,6	0,96	0,050	
			60+	73,2	0,97	0,137	
Information og støtte	12	at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	52.061	30-39	82,3	1	
				40-49	79,4	0,97	0,046
				50-59	78,8	0,95	0,006
				60+	78,5	0,94	0,003

FORTSÆTTES →



TABEL 4, FORTSAT

Tema	Spørgsmål nr.	Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Alder, år	Positive	PR	p
	13	at tale med dig om dit helbred, så du synes, du ved tilstrækkeligt?	52.942	30-39	78,2	1	
				40-49	75,8	0,97	0,128
				50-59	75,2	0,96	0,008
				60+	75,5	0,94	0,008
	14	at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	43.260	30-39	75,0	1	
				40-49	72,7	0,97	0,156
				50-59	72,0	0,96	0,034
				60+	72,6	0,96	0,105
	15	at få dig til at følge hendes/hans råd?	51.229	30-39	80,2	1	
				40-49	78,3	0,98	0,073
				50-59	77,8	0,97	0,008
				60+	79,3	0,97	0,069
Organisering af ydelsen	16	at kunne huske, hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	51.775	30-39	76,3	1	
				40-49	73,1	0,96	0,042
				50-59	72,6	0,95	0,002
				60+	71,3	0,91	< 0,001
	17	at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	38.380	30-39	71,6	1	
				40-49	69,6	0,96	0,096
				50-59	70,2	0,96	0,062
				60+	70,9	0,95	0,067
Tilgængelighed	18	det ikkelægelige personales hjælpsomhed?	52.617	30-39	73,6	1	
				40-49	71,3	0,97	0,123
				50-59	73,6	0,98	0,359
				60+	76,5	1,01	0,729
	19	at få en tid hos lægen, som passede dig?	54.988	30-39	64,3	1	
				40-49	64,8	0,98	0,567
				50-59	67,9	1,00	0,944
				60+	73,3	1,06	0,094
	20	at få kontakt med lægepraksis i telefonen?	54.049	30-39	45,3	1	
				40-49	46,9	0,99	0,843
				50-59	48,9	1,00	0,983
				60+	53,8	1,06	0,381
	21	at komme til at tale med lægen i telefonen?	49.115	30-39	52,0	1	
				40-49	51,8	0,96	0,293
				50-59	54,4	0,96	0,376
				60+	59,7	1,04	0,535
	22	ventetiden i venteværelset?	54.951	30-39	43,7	1	
				40-49	45,9	1,01	0,887
				50-59	48,9	1,04	0,354
				60+	50,2	1,04	0,538
	23	at yde hurtig hjælp ved presserende sygdom?	37.798	30-39	76,7	1	
				40-49	76,9	0,99	0,624
				50-59	78,7	1,00	0,850
				60+	81,9	1,03	0,146

Positive = procentandelen af positive besvarelser (4 og 5) ud af alle svar (1-5).

PR = prævalensratio for positive besvarelser med de yngste læger som reference korigeret for clusters, lægernes køn og patienternes alder og køn.

p = forskellen mellem grupperne er korigeret for clusters, lægernes køn og patienternes alder og køn.

n_{maks} = 56.652.

Patienterne opfattede umiddelbart de mandlige læger som mere tilgængelige i telefonen end de kvindelige læger (Tabel 3). I hvilket omfang der vil være overensstemmelse mellem en objektiv måling af telefongtilgængeligheden og patienternes oplevelse af samme, ved vi ikke. Der er dog ikke grund til at antage, at der netop vedrørende disse aspekter skulle være en betydende forskel på mandlige og kvindelige læger. De mandlige lægers bedre oplevede telefongtilgængelighed kan tolkes således, og at de mandlige læger bruger kortere tid på den enkelte telefonkonsultation, men får den rundet af på en for patienten tilfredsstillende måde. For dette taler fraværet af kønsforskelle i patienternes oplevelse af lægernes empatiske færdigheder.

Patienternes vurdering af lægens empatiske færdigheder (spørgsmål 2-5) samt deres oplevelse af lægens omhu og evne til at informere og støtte og oplevelsen af informationskontinuitet (spørgsmål 16) faldt med stigende lægealder. Der kan være tale om en større rutine med stigende alder, hvilket af patienten opleves som en mindre grad af indlevelse, hvis lægen for at kunne foretage sin diagnostik ikke har behov for en så omfattende dialog med patienten. Lægen anvender måske en implicit viden om patienten, som patienten ikke erkender, at lægen har. Der kan også være tale om ubevidst højere krav til den ældre læge fra patientens side. Endelig kan det tænkes, at der er en kohorteffekt, således at ændringer i indholdet af kandidat- og specialeuddannelsen slår igennem på patienternes oplevelse af de yngre praktiserende lægers konsultationsstil. Det skal dog bemærkes, at de numeriske forskelle i vurdering mellem aldersgrupperne (fraset spørgsmål 16) er meget små.

Studiets styrker og svagheder

Lægerne deltog i projektet frivilligt og under forskellige betingelser. Dette kan have haft betydning for deltagelsen i de forskellige amter/kommuner og dermed for repræsentativiteten af den undersøgte lægepopulation og kan således have bevirket selektionsbias. Betydningen heraf begrænses ved analysen af forskelle mellem grupper af læger [9], da vi ikke har belæg for at antage, at der har været forskellige grader af bias i de forskellige grupper.

Det store antal evalueringer gjorde os i stand til at påvise meget små forskelle mellem grupper af læger som værende statistisk signifikante. Ved implementering af resultaterne i praksis bør der tages hensyn til, at de fundne forskelle i de fleste tilfælde er ganske små. Dette illustrerer, at ingen af grupperne »falder igennem«, men at grupperne indbyrdes kan lære noget af hinanden med henblik på at optimere patienternes oplevelse af ydelsen i praksis.

Vi har i dette studie udelukkende målt patienternes subjektive oplevelse af tilgængeligheden til praksis og kan derfor ikke umiddelbart sammenligne med objektive mål for ventetiden i venteværelset, længden af telefonkøen og tidshorizonten for at få tid til en konsultation.

KONKLUSION

På baggrund af undersøgelsens resultater konkluderes det, at fremtidige ændringer i populationen af praktiserende læger med bl.a. en stigende andel af kvindelige praktiserende læger vil medføre et behov for at undersøge, hvad der betinger forskellen i oplevet telefongtilgængelighed hos mandlige og kvindelige læger, og hvorledes kvindelige lægers oplevede telefongtilgængelighed kan forbedres. De fundne forskelle mellem mandlige og kvindelige lægers praksis er dog meget små. Resultaterne tyder desuden på, at ældre læger med fordel kan være mere opmærksomme på patienternes behov for og oplevelse af medinddragelse, information og kontinuitet.

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

ANTAGET: 4. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 14. december 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 velvillig deltagelse i projektet. Cand.scient.bibl. Gitte Hove takkes for kompetent datamanagement gennem hele projektfasen. Cand.scient. Ineta Sokolowski takkes for statistisk databearbejdning.

LITTERATUR

1. P.L.O. Lægeprognosen 2006 – almen praksis. Efterspørgsel og udbud af alment praktiserende læger 2005-2025. København: P.L.O., 2006.
2. Delgado A, Lopez-Fernandez LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993;31:795-800.
3. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601-5.
4. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Praksisform, legekaraktistika, og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:2499-502.
5. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? *Br J Gen Pract* 1995;45:654-9.
6. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:82-7.
7. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. EQuIP, WONCA Region Europe, 2000.
8. Heje HN. Patient evaluation in general practice. Methodological aspects, influence of patient and GP characteristics and the GPs' experiences with the evaluations. Aarhus: Forskningsenheden og Afdeling for Almen Praksis, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 2006.

