

Patienternes vurdering af de praktiserende læger

Sammenhæng med praksistype

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

RESUME

INTRODUKTION: Formålet med denne artikel var at undersøge, om og i hvilket omfang danske patienters vurdering af deres praktiserende læge var associeret med typen af lægens praksis og antallet af tilmeldte patienter og ikkelægeligt personale (ILP) i praksis.

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 karakteristika ved praksis.

RESULTATER: I alt 703 læger gennemførte studiet. I analyserne indgik besvarelser fra 56.652 patienter (svarprocent: 73,1). Læger i solopraksis, læger med få patienter og læger med meget praksispersonale blev generelt mest positivt evalueret sammenlignet med læger i andre praksistyper, læger med mange tilmeldte og læger med et lille ILP.

KONKLUSION: Resultaterne af denne undersøgelse viser, at der er en kompleks sammenhæng mellem den patientoplevede tilgængelighed af almen praksis' ydelse og antallet af tilmeldte patienter og ILP i praksis. Den bedste tilgængelighed opleves i de praksis, der har færrest patienter pr. læge og i de praksis, der har mange ILP pr. læge. Forskellene imellem grupperne er dog ganske små. Resultaterne viser endvidere, at den patientoplevede tilgængelighed er betydeligt bedre hos læger i solopraksis end hos læger i større praksisfællesskaber, især hvad angår telefонтilgængelighed og ventetid i venteværelset, og at denne sammenhæng ikke kan forklares ved antallet af patienter og ILP.

Dansk almen praksis undergår store forandringer i disse år. Flere opgaver, der tidligere blev varetaget af hospitalsambulatorier, ligger nu eller planlægges placeret hos almen praksis. Der er udarbejdet kliniske vejledninger for praksis' håndtering af flere sygdomsgrupper for at opnå en ensartet høj standard for forebyggelse, diagnostik, behandling og støtte. Mange læger søger sammen i større praksisfællesskaber, og for at kunne varetage de mange opgaver ansætter lægerne i stadig mere udstrakt grad ikkelægeligt personale (ILP). Alt i alt ændres billedet fra den solopraktiserende familielæge hen mod større multifaglige klinikfællesskaber. Det er dog fortsat individuelle patienters behov for omsorg og behandling, der skal tilgodeses. Patientens oplevelse af mødet med lægen og praksis har betydning for samarbejdet mellem læge og

patient omkring patientens helbredsproblem og dermed for forløbet og udfaldet af behandlingen [1, 2]. Derudover indgår patientens vurdering i det samlede billede af kvaliteten af ydelserne i praksis [3, 4].

På denne baggrund var det formålet med denne artikel at undersøge, hvorledes og i hvilket omfang danske patienters vurdering af deres praktiserende læge var associeret med typen af lægens praksis og antallet af tilmeldte patienter og ILP i praksis.

MATERIALE OG METODER

Data blev 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, som var set i konsultationen eller ved hjemmebesøg. Spørgeskemaet var den danske version af EUROPEP-spørgeskemaet til evaluering af almen praksis (se venligst Tabel 1 i den foregående artikel *Patienternes vurdering af de praktiserende læger. Sammenhæng med lægens køn og alder*), hvor lægen og praksis vurderes over de seneste 12 måneder på 23 enkeltaspekter af praksis fordelt på fem temaer [5, 6]. Hvert spørgsmål skulle besvares på en fempunktsskala fra »Dårligt« til »Fremragende« (midterværdi »Acceptabel«), eller den sjette svarkategori »Ikke relevant/Kan ikke svare«. Derudover blev patientens køn og fødselsår, lægernes køn og alder samt typen af praksis, antal patienter og ILP pr. læge i praksis registreret. 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. Besvarelserne af de enkelte spørgsmål blev dikotomiseret som positive (svarkategori fire og fem) eller ikke positive (svarkategori et, to og tre). Praksistype blev inddelt i solopraksis, delt solopraksis, gruppe- eller samarbejdspraksis, kompagniskabspraksis med det antal læger, som ydernummeret var normeret til, og delekompagniskabspraksis, hvor der

ORIGINALARTIKEL

Aarhus Universitet,
Forskningsenheden for
Almen Praksis i Århus

TABEL 1

Vurderingen af egen læge i forhold til organisation af praksis (solo-, dele-, gruppe- og kompagniskabspraksis). Solo praksis var referencegruppe i beregningen af prævalensratioer.

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Organisation	Positive, %	PR	p
<i>Læge-patient-forholdet</i>					
1) at få dig til at føle, at du havde tid nok i konsultationen?	54.908	Solo	81,5	1	
		Dele	79,3	0,98	0,306
		Gruppe	76,2	0,95	0,007
		Komp	76,8	0,95	< 0,001
		Komp+	77,1	0,95	< 0,001
2) at interessere sig for dig som person?	54.652	Solo	81,9	1	
		Dele	79,7	0,97	0,307
		Gruppe	76,2	0,94	0,008
		Komp	79,5	0,97	0,004
		Komp+	81,1	0,99	0,226
3) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	54.411	Solo	81,1	1	
		Dele	80,5	0,99	0,602
		Gruppe	77,5	0,96	0,075
		Komp	79,8	0,98	0,063
		Komp+	81,8	1,00	0,780
4) at inddrage dig i beslutninger?	51.931	Solo	79,0	1	
		Dele	77,6	0,98	0,519
		Gruppe	76,0	0,97	0,144
		Komp	76,9	0,97	0,008
		Komp+	77,7	0,98	0,125
5) at lytte til dig?	54.857	Solo	84,8	1	
		Dele	84,5	0,99	0,584
		Gruppe	80,6	0,96	0,015
		Komp	83,0	0,98	0,007
		Komp+	84,1	0,99	0,239
6) at kunne respektere tavshedspligten?	42.990	Solo	94,4	1	
		Dele	93,6	0,99	0,562
		Gruppe	93,4	0,99	0,088
		Komp	93,7	0,99	0,042
		Komp+	93,6	0,99	0,075
<i>Lægefaglige ydelser</i>					
7) at lindre dine symptomer hurtigt?	48.915	Solo	76,0	1	
		Dele	72,0	0,95	0,114
		Gruppe	72,1	0,96	0,034
		Komp	72,6	0,96	< 0,001
		Komp+	72,4	0,95	< 0,001
8) at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	46.539	Solo	76,4	1	
		Dele	72,6	0,96	0,115
		Gruppe	73,4	0,97	0,077
		Komp	72,8	0,95	< 0,001
		Komp+	72,8	0,95	< 0,001
9) at være grundig og omhyggelig?	54.273	Solo	83,0	1	
		Dele	81,5	0,98	0,438
		Gruppe	78,1	0,95	0,004
		Komp	80,8	0,97	0,003
		Komp+	82,0	0,98	0,130
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>					
10) at undersøge dig?	53.579	Solo	81,8	1	
		Dele	80,7	0,99	0,564
		Gruppe	79,0	0,96	0,018
		Komp	79,9	0,98	0,013
		Komp+	81,3	0,99	0,342
11) at tilbyde forebyggende undersøgelser f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?	44.474	Solo	74,5	1	
		Dele	72,0	0,96	0,107
		Gruppe	69,6	0,94	0,004
		Komp	72,7	0,97	0,014
		Komp+	72,7	0,96	0,008
<i>Information og støtte</i>					
12) at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	51.783	Solo	81,5	1	
		Dele	78,3	0,96	0,171
		Gruppe	77,3	0,96	0,030
		Komp	78,5	0,96	< 0,001
		Komp+	79,3	0,97	0,025
13) tale med dig om dit helbred, så du synes, du ved tilstrækkeligt?	52.635	Solo	77,8	1	
		Dele	75,0	0,97	0,176
		Gruppe	72,2	0,94	0,017
		Komp	75,0	0,96	0,002
		Komp+	76,2	0,98	0,094
14) at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	43.001	Solo	73,5	1	
		Dele	72,3	0,98	0,579
		Gruppe	70,5	0,97	0,235
		Komp	72,1	0,98	0,065
		Komp+	73,0	0,98	0,314
15) at få dig til at følge hendes/hans råd?	50.948	Solo	79,5	1	
		Dele	77,0	0,98	0,407
		Gruppe	76,0	0,97	0,102
		Komp	77,9	0,98	0,042
		Komp+	78,9	0,99	0,391
<i>Organisering af ydelsen</i>					
16) at kunne huske, hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	51.488	Solo	75,0	1	
		Dele	72,6	0,97	0,404
		Gruppe	71,5	0,97	0,202
		Komp	71,9	0,96	0,001
		Komp+	73,6	0,98	0,188
17) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	38.136	Solo	72,1	1	
		Dele	67,3	0,95	0,149
		Gruppe	68,1	0,96	0,121
		Komp	69,5	0,97	0,007
		Komp+	70,6	0,98	0,155

FORTSÆTTES →



TABEL 1, FORTSAT

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Organisation	Positive, %	PR	p
<i>Tilgængelighed</i>					
18) det ikkælægelige personales hjælpsomhed?	52.338	Solo	83,6	1	
		Dele	75,7	0,94	0,026
		Gruppe	74,1	0,91	< 0,001
		Komp	71,1	0,87	< 0,001
		Komp+	67,4	0,83	< 0,001
19) at få en tid hos lægen, som passede dig?	54.696	Solo	82,5	1	
		Dele	68,4	0,89	0,005
		Gruppe	71,1	0,91	< 0,001
		Komp	64,0	0,81	< 0,001
		Komp+	57,7	0,73	< 0,001
20) at få kontakt med lægepraksis i telefonen?	53.764	Solo	64,2	1	
		Dele	48,2	0,80	0,004
		Gruppe	55,8	0,91	0,012
		Komp	45,4	0,73	< 0,001
		Komp+	37,8	0,60	< 0,001
21) at komme til at tale med lægen i telefonen?	48.846	Solo	68,1	1	
		Dele	50,7	0,80	0,006
		Gruppe	58,2	0,90	0,004
		Komp	51,3	0,78	< 0,001
		Komp+	45,4	0,68	< 0,01

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Organisation	Positive, %	PR	p
22) ventetiden i venteværelset?	54.660	Solo	64,9	1	
		Dele	46,1	0,78	< 0,001
		Gruppe	49,7	0,81	< 0,001
		Komp	45,4	0,73	< 0,001
		Komp+	36,3	0,58	< 0,001
23) at yde hurtig hjælp ved presserende sygdom?	37.550	Solo	85,7	1	
		Dele	78,2	0,94	0,032
		Gruppe	79,6	0,94	< 0,001
		Komp	76,6	0,91	< 0,001
		Komp+	74,4	0,88	< 0,001

Solo = solopraksis; Dele = delt solopraksis; Gruppe = gruppe- eller samarbejdspraksis; Komp = kompagniskabspraksis med det antal læger, som ydernummeret er normeret til; Komp+ = delekompagniskabspraksis; Positive = procentandelen af positive besvarelser (fire og fem) ud af alle svar (1-5); PR = prævalensratio for positive besvarelser med læger i solopraksis som reference korregeret for *clusters*, lægernes alder og køn og patienternes alder og køn; p = forskellen mellem grupperne er korregeret for *clusters*, lægernes alder og køn samt patienternes alder og køn.

var flere læger end normeret. Praksisstørrelse blev opgjort som antal personer, der var tilmeldt praksis pr. læge, og antal ILP blev beregnet som fuldtidsansat ILP pr. læge i praksis. For hvert spørgsmål beregnede vi prævalensen af positive besvarelser i forhold til disse praksiskarakteristika. Vi sammenlignede prævalenserne i en generaliseret lineær regressionsmodel (GLM) med korrektion for patienternes køn og alder, lægernes køn og alder og for *clusters* af patienter på lægeniveau. Vi beregnede prævalensratioen (PR), hvor henholdsvis solopraksis, praksis med 0-1.000 tilmeldte og praksis med 0-0,5 ILP var referencer.

RESULTATER

I alt 703 læger (16-66%) 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 halvdelen af spørgsmålene (endelig svarprocent 73,1). Fordelingen af de registrerede karakteristika hos læger og praksis fremgår andetsteds (se venligst Tabel 2 i den foregående artikel *Patienternes vurdering af de praktiserende læger. Sammenhæng med lægens køn og alder*).

Praksistype

Forskellene mellem praksistyper var statistisk signifikante på spørgsmål om tid i konsultationen, interesse for patientens person og at lytte til patienten (spørgsmål et, to og fem), på spørgsmål om lægefagligheden (spørgsmål 7-11) og på spørgsmål om forklaring og information (spørgsmål 12 og 13) (Tabel 1). Tendensen var, at læger i solopraksis blev vurderet mere positivt end læger i gruppe- og kompagniskabspraksis. På spørgsmål om tilgængelighed (spørgsmål 18-23) varierede sammenhængene med praksistyper således, at for alle spørgsmål om adgang til praksis oplevede patienterne en bedre tilgængelighed i solopraksis. Telefongtilgængeligheden, muligheden for at få en passende aftale og ventetiden i venteværelset blev vurderet næstbedst i gruppepraksis fulgt af delt solopraksis og kompagniskabspraksis med antal læger svarende til ydernummerets normering. Patienterne oplevede den ringeste tilgængelighed i kompagniskabspraksis med flere læger end svarende til ydernummerets normering.

Antal patienter pr. læge

Vi fandt ingen sammenhæng mellem antallet af til-



TABEL 2

Vurderingen af egen læge i forhold til antallet af patienter tilmeldt praksis pr. læge. Praksis med 0-1.000 tilmeldte pr. læge var referencegruppe i beregningen af prævalensratioer.

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:						Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:					
	n	Patienter	Positive, %	PR	p		n	Patienter	Positive, %	PR	p
<i>Læge-patient-forholdet</i>						<i>Information og støtte</i>					
1) at få dig til at føle, at du havde tid nok i konsultationen?	54.677	0-1.000	80,9	1		11) at tilbyde forebyggende undersøgelser f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?	44.311	0-1.000	73,2	1	
		1.001-1.600	77,7	0,96	0,036			1.001-1.600	73,0	1,01	0,684
		1.601-2.000	77,6	0,96	0,055			1.601-2.000	72,6	1,01	0,617
		2.001+	79,0	0,99	0,640			2.001+	72,1	1,00	0,902
2) at interessere sig for dig som person?	54.425	0-1.000	82,3	1		12) at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	51.571	0-1.000	79,0	1	
		1.001-1.600	80,1	0,98	0,176			1.001-1.600	79,0	1,00	0,904
		1.601-2.000	79,3	0,97	0,116			1.601-2.000	79,4	1,01	0,624
		2.001+	82,0	1,01	0,844			2.001+	81,2	1,03	0,235
3) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	54.185	0-1.000	80,9	1		13) at tale med dig om dit helbred, så du synes du ved tilstrækkeligt?	52.422	0-1.000	75,7	1	
		1.001-1.600	80,6	1,00	0,958			1.001-1.600	75,5	1,00	0,927
		1.601-2.000	79,5	0,99	0,597			1.601-2.000	75,7	1,01	0,732
		2.001+	80,6	1,01	0,671			2.001+	76,3	1,02	0,546
4) at inddrage dig i beslutninger?	51.760	0-1.000	77,5	1		14) at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	42.855	0-1.000	73,6	1	
		1.001-1.600	77,6	1,01	0,754			1.001-1.600	72,6	0,99	0,798
		1.601-2.000	76,8	1,00	0,844			1.601-2.000	71,8	0,99	0,580
		2.001+	79,0	1,03	0,244			2.001+	73,6	1,02	0,648
5) at lytte til dig?	54.628	0-1.000	85,0	1		15) at få dig til at følge hendes/hans råd?	50.748	0-1.000	78,4	1	
		1.001-1.600	83,4	0,99	0,395			1.001-1.600	78,2	1,00	0,942
		1.601-2.000	83,2	0,99	0,399			1.601-2.000	78,2	1,00	0,919
		2.001+	84,2	1,01	0,748			2.001+	79,2	1,02	0,522
6) at kunne respektere tavshedspligten?	42.844	0-1.000	94,1	1		<i>Organisering af ydelsen</i>					
		1.001-1.600	93,6	0,99	0,462	16) at kunne huske, hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	51.288	0-1.000	74,0	1	
		1.601-2.000	94,0	1,00	0,837			1.001-1.600	72,6	0,98	0,368
		2.001+	94,4	1,00	0,818			1.601-2.000	73,1	0,99	0,764
								2.001+	75,0	1,03	0,360
<i>Lægefaglige ydelser</i>						17) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	38.011	0-1.000	68,8	1	
7) at lindre dine symptomer hurtigt?	48.796	0-1.000	73,0	1				1.001-1.600	70,1	1,02	0,461
		1.001-1.600	72,8	1,00	0,904			1.601-2.000	70,5	1,03	0,264
		1.601-2.000	73,6	1,01	0,523			2.001+	70,7	1,04	0,315
		2.001+	76,7	1,05	0,062	<i>Tilgængelighed</i>					
8) at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	46.366	0-1.000	73,3	1		18) det ikke-lægelige personales hjælpsomhed?	52.123	0-1.000	78,1	1	
		1.001-1.600	73,3	1,00	0,951			1.001-1.600	72,1	0,93	<0,001
		1.601-2.000	74,0	1,01	0,474			1.601-2.000	73,9	0,96	0,045
		2.001+	76,2	1,04	0,114			2.001+	78,8	1,00	0,884
9) at være grundig og omhyggelig?	54.043	0-1.000	81,6	1							
		1.001-1.600	81,3	1,00	0,857						
		1.601-2.000	81,3	1,00	0,995						
		2.001+	81,8	1,01	0,629						
10) at undersøge dig?	53.351	0-1.000	81,0	1							
		1.001-1.600	80,5	1,00	0,812						
		1.601-2.000	80,5	1,00	0,989						
		2.001+	80,6	1,00	0,858						

FORTSÆTTES →



TABEL 2, FORTSAT

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:						Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:					
	n	Patienter	Positive, %	PR	p		n	Patienter	Positive, %	PR	p
19) at få en tid hos lægen, som passede dig?	54.467	0-1.000	75,4	1		22) ventetiden i venteværelset?	54.433	0-1.000	54,2	1	
		1.001-1.600	65,2	0,87	<			1.001-1.600	45,7	0,82	<
		1.601-2.000	68,7	0,92	0,001			1.601-2.000	50,9	0,92	0,100
		2.001+	73,7	0,96	0,238			2.001+	52,4	0,93	0,259
20) at få kontakt med lægepraksis i telefonen?	53.527	0-1.000	58,3	1		23) at yde hurtig hjælp ved presserende sygdom?	37.415	0-1.000	82,3	1	
		1.001-1.600	46,5	0,79	<			1.001-1.600	77,5	0,95	<
		1.601-2.000	50,2	0,86	0,002			1.601-2.000	78,9	0,97	0,025
		2.001+	54,4	0,92	0,177			2.001+	80,8	0,98	0,486
21) at komme til at tale med lægen i telefonen?	48.667	0-1.000	60,8	1							
		1.001-1.600	52,4	0,86	<						
		1.601-2.000	55,6	0,92	0,044						
		2.001+	57,1	0,93	0,234						

Positive = procentandelen af positive besvarelser (fire og fem) ud af alle svar (1-5); PR = prævalensratio for positive besvarelser med lægerne med færrest patienter som reference korregeret for *clusters*, lægernes alder og køn samt patienternes alder og køn. p = forskellen mellem grupperne er korregeret for *clusters*, lægernes alder og køn samt patienternes alder og køn.

meldte patienter pr. læge og vurderingen på de første 17 spørgsmål (Tabel 2). Praksis med færre end 1.000 patienter pr. læge fik generelt positive vurderinger af tilgængeligheden. Alligevel var der i praksis med flere end 1.000 patienter pr. læge en bedre patientoplevelt tilgængelighed jo flere tilmeldte patienter pr. læge.

ILP pr. læge

Generelt blev praksis med mere end 1,5 ILP pr. læge evalueret højere end praksis med op til 0,5 ILP pr. læge (Tabel 3). Lige på nær det at huske, hvad der er blevet sagt og gjort tidligere. Tilgængeligheden (spørgsmål 18-23) oplevedes bedst i praksis med mere end 1,5 fuldtids-ILP pr. læge fulgt af praksis med færre end 0,5 ILP pr. læge. Den ringeste patientoplevelt tilgængelighed fandtes i praksis med 0,5-1,5 fuldtids-ILP pr. læge.

DISKUSSION

Hovedfund

Vi fandt, at læger i solopraksis, læger med få patienter og læger med mange ILP generelt blev mest positivt evalueret sammenlignet med læger i andre praksistyper, læger med mange tilmeldte og læger med få ILP.

Vi fandt ingen korrelation mellem praksistype og størrelsen af praksispopulation og antallet af ILP. Dette kunne ellers have været en forklaring på vores fund af en bedre patientoplevelt tilgængelighed hos læger i solopraksis samt hos læger med mange patienter og mange ILP. Der må derfor ligge andre forkla-

ringmodeller til grund for patienternes oplevelser i de to tilfælde. I praksis med mange patienter og meget personale kan en organisation, der resulterer i en dagsplan med mulighed for mange aftaler, betyde, at det er lettere at få en tid til konsultation. I et kompagniskab kan den enkelte læge dog opleves mindre tilgængelig, hvis man på skift får tilbudt en aftale med en af de tilstedeværende læger. I en solopraksis kan lægen opleves som mere tilgængelig, da man altid bliver tilbudt den samme læge. Færre personer og mindre »trafik« i en solopraksis kan desuden medvirke til at give patienten en oplevelse af bedre at kunne »komme til«. Desuden kan lavere forventninger til lægens tilgængelighed i en lille praksis være en del af forklaringen på, at patienterne oplever sololægen som værende mere tilgængelig. Undersøgelsens resultater viser ikke, hvorvidt den bedre patientoplevelt tilgængelighed, der er associeret med mange patienter og mange ILP pr. læge, fortrinsvis findes i bestemte typer af praksis. I delepraksis, hvor lægerne ikke arbejder i praksis hver dag, vil lægen være mindre tilgængelig såvel i telefonen som i konsultationen. Telefon-tilgængeligheden er det aspekt af praksis, der oftest kritiseres. En oplagt årsag til forskellen i oplevet og formentlig også faktisk telefontilgængelighed mellem solo- og flerlægepraksis kan være forskelle i dimensioneringen af indgående kapacitet pr. læge.

Det er bemærkelsesværdigt, at et stigende antal ILP pr. læge ikke følges af en lineært stigende andel af positive vurderinger.



TABEL 3

Vurderingen af egen læge i forhold til omfanget af det ikkelægelige personale pr. læge. Praksis med 0-0,5 ansatte pr. læge var referencegruppe i beregningen af prævalensratioer.

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:		n	Personale	Positive, %	PR	p
<i>Læge-patient-forholdet</i>						
1) at få dig til at føle, at du havde tid nok i konsultationen?	53.992	0-0,50	79,6	1		
		0,51-1,00	77,5	0,97	0,006	
		1,01-1,50	76,6	0,96	0,005	
		1,51+	81,0	1,02	0,452	
2) at interessere sig for dig som person?	53.738	0-0,50	80,0	1		
		0,51-1,00	79,9	0,99	0,516	
		1,01-1,50	79,2	0,98	0,172	
		1,51+	83,4	1,04	0,062	
3) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	53.501	0-0,50	80,5	1		
		0,51-1,00	80,3	0,99	0,586	
		1,01-1,50	79,3	0,98	0,150	
		1,51+	82,5	1,03	0,145	
4) at inddrage dig i beslutninger?	51.098	0-0,50	78,1	1		
		0,51-1,00	77,2	0,99	0,239	
		1,01-1,50	76,6	0,97	0,093	
		1,51+	81,1	1,04	0,038	
5) at lytte til dig?	53.941	0-0,50	83,9	1		
		0,51-1,00	83,2	0,99	0,329	
		1,01-1,50	82,9	0,98	0,206	
		1,51+	85,3	1,02	0,194	
6) at kunne respektere tavshedspligten?	42.264	0-0,50	94,3	1		
		0,51-1,00	93,6	0,99	0,147	
		1,01-1,50	93,4	0,99	0,100	
		1,51+	95,3	1,01	0,193	
<i>Lægefaglige ydelser</i>						
7) at lindre dine symptomer hurtigt?	48.146	0-0,50	74,0	1		
		0,51-1,00	72,6	0,98	0,042	
		1,01-1,50	72,4	0,97	0,042	
		1,51+	79,1	1,06	< 0,001	
8) at lindre dine symptomer, så du kan udføre dine normale aktiviteter?	45.730	0-0,50	74,7	1		
		0,51-1,00	73,1	0,98	0,025	
		1,01-1,50	72,7	0,97	0,018	
		1,51+	79,3	1,06	< 0,001	
9) at være grundig og omhyggelig?	53.366	0-0,50	80,8	1		
		0,51-1,00	81,2	1,00	0,866	
		1,01-1,50	81,1	1,00	0,777	
		1,51+	84,0	1,04	0,022	
10) at undersøge dig?	52.675	0-0,50	79,9	1		
		0,51-1,00	80,4	1,00	0,725	
		1,01-1,50	80,0	1,00	0,930	
		1,51+	82,8	1,04	0,618	
<i>Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:</i>						
11) at tilbyde forebyggende undersøgelser f.eks. screening, helbredsundersøgelser og vaccinationer?	44.709	0-0,50	72,8	1		
		0,51-1,00	72,6	0,99	0,446	
		1,01-1,50	72,3	0,98	0,225	
		1,51+	77,3	1,06	0,003	
<i>Information og støtte</i>						
12) at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	50.902	0-0,50	79,4	1		
		0,51-1,00	79,0	0,99	0,417	
		1,01-1,50	78,4	0,98	0,201	
		1,51+	83,9	1,05	0,004	
13) at tale med dig om dit helbred, så du synes du ved tilstrækkeligt?	51.753	0-0,50	75,4	1		
		0,51-1,00	75,4	0,99	0,613	
		1,01-1,50	75,1	0,98	0,383	
		1,51+	79,7	1,06	0,008	
14) at håndtere følelsesmæssige konsekvenser af dine helbredsproblemer?	42.283	0-0,50	72,4	1		
		0,51-1,00	72,3	0,99	0,686	
		1,01-1,50	71,7	0,98	0,296	
		1,51+	76,7	1,06	0,005	
15) at få dig til at følge hendes/hans råd?	50.081	0-0,50	77,6	1		
		0,51-1,00	78,3	1,00	0,920	
		1,01-1,50	77,6	0,99	0,467	
		1,51+	81,5	1,05	0,003	
<i>Organisering af ydelsen</i>						
16) at kunne huske, hvad der tidligere er blevet sagt og gjort?	50.615	0-0,50	74,1	1		
		0,51-1,00	72,4	0,97	0,041	
		1,01-1,50	72,2	0,96	0,027	
		1,51+	77,6	1,04	0,063	
17) at forberede dig på, hvad du kunne forvente af speciallæge eller hospital?	37.481	0-0,50	69,1	1		
		0,51-1,00	70,0	1,00	0,918	
		1,01-1,50	70,1	1,00	0,905	
		1,51+	74,5	1,07	0,004	
<i>Tilgængelighed</i>						
18) det ikkelægelige personales hjælpssomhed?	51.454	0-0,50	73,9	1		
		0,51-1,00	72,4	0,97	0,105	
		1,01-1,50	72,5	0,97	0,147	
		1,51+	83,6	1,10	< 0,001	



TABEL 3, FORTSAT

Hvad er din vurdering af din praktiserende læge i de seneste 12 måneder med hensyn til:	n	Personale	Positive,		
			%	PR	p
19) at få en tid hos lægen, som passede dig?	53.781	0-0,50	71,6	1	
		0,51-1,00	65,8	0,91	< 0,001
		1,01-1,50	64,9	0,90	< 0,001
		1,51+	78,4	1,07	0,010
20) at få kontakt med lægepraksis i telefonen?	52.859	0-0,50	54,9	1	
		0,51-1,00	46,7	0,84	< 0,001
		1,01-1,50	46,6	0,84	< 0,001
		1,51+	59,4	1,06	0,293
21) at komme til at tale med lægen i telefonen?	48.012	0-0,50	58,6	1	
		0,51-1,00	52,5	0,89	< 0,001
		1,01-1,50	52,4	0,88	0,001
		1,51+	63,7	1,06	0,199
22) ventetiden i venteværelset?	53.748	0-0,50	53,1	1	
		0,51-1,00	46,6	0,87	< 0,001
		1,01-1,50	45,1	0,83	< 0,001
		1,51+	57,1	1,04	0,563
23) at yde hurtig hjælp ved presserende sygdom?	36.913	0-0,50	80,8	1	
		0,51-1,00	77,5	0,96	< 0,001
		1,01-1,50	76,9	0,95	< 0,001
		1,51+	85,1	1,04	0,019

Positive = procentandelen af positive besvarelser (fire og fem) ud af alle svar (1-5); PR = prævalensratio for positive besvarelser med de læger, der har færrest ansatte, som reference korrigeret for *clusters*, lægernes alder og køn og patienternes alder og køn; p = forskellen mellem grupperne er korrigeret for *clusters*, lægernes alder og køn samt patienternes alder og køn.

Dette skal måske ses i sammenhæng med antallet af patienter, således at de læger, der har flest patienter, i højere grad har været tvunget til at ansætte flere ILP og anvende denne resurse anderledes end kollegerne med færre patienter og færre ILP. Resultaterne viser, at dette tilsyneladende sker til patienternes tilfredshed, og at det ikke går ud over patienternes oplevelse af informationskontinuitet (spørgsmål 16). Det, at læger med mere end 1,5 ILP blev vurderet bedre på aspekter af den lægefaglige ydelse og information og støtte, kan tolkes således, at disse læger er mere tilbøjelige til at inddrage personalet i den direkte patientkontakt og på denne måde bedre udnytte den resurse i forhold til konsultationskapacitet og kompetence, som ligger hos det ikkelægelige personale. Vi fandt, at visse aspekter af lægens empatiske færdigheder blev vurderet mest positivt hos læger i solopraksis. En mulig forklaring herpå kunne være, at kontinuiteten i læge-patient-forholdet, uanset hvor godt man i en kompagniskabspraksis forsøger at organisere sig ud af denne udfordring, har bedre vilkår i en solopraksis. Patienten møder altid den samme læge, de samme procedurer og de samme måder at informere på.

Styrker og svagheder

Lægerne deltog i projektet frivilligt og under forskellige betingelser. Det kan have haft betydning for deltagelsen i de forskellige amter/kommuner og dermed for repræsentativiteten af den undersøgte lægepopulation. Betydningen heraf begrænses ved analysen af forskelle mellem grupper af læger [7]. Det store antal evalueringer gjorde os i stand til at påvise meget små forskelle mellem grupper af læger som værende stati-

stisk signifikante. Ved implementering af resultaterne i praksis bør der tages hensyn til, at de fundne forskelle er ganske små, når der ses bort fra forskellene i den oplevede tilgængelighed mellem forskellige praksistyper. 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 tidshorisonten for at få tid til en konsultation.

Sammenligning med andre studier

Vores resultater er i overensstemmelse med internationale studier, hvor man generelt har fundet en større tilfredshed med sololæger og læger i mindre praksisfællesskaber [8-10]. Dette skal dog ses i forhold til fundet af, at læger i større praksisfællesskaber i højere grad lever op til faglige standarder [10]. Disse modsatrettede fund understreger kompleksiteten af at integrere patientens, det sundhedsfaglige og det organisatoriske perspektiv i kvalitetsudviklingen i praksis. Patienternes præference for solopraksis bør dog klart have i mente, hvis man fremover ønsker en udvikling på praksisområdet hen imod større praksisfællesskaber på bekostning af solopraksis.

Mens man i et engelsk studie har vist en mere positiv vurdering af lægen jo færre tilmeldte patienter [10], tyder vores resultater på en mere kompleks sammenhæng, som udelukkende findes på spørgsmålene om tilgængelighed. Vi har tidligere fundet en korrelation mellem antallet af patienter og antallet af ILP pr. læge [11], der delvist kan forklare disse resultater. Vores resultater tyder på, at det formentlig er

En læge eller egen læge.



de læger, der har allerflest patienter og de læger, der har allerflest ILP, der formår at løse tilgængelighedsproblemet bedst.

KONKLUSION

Resultaterne af denne undersøgelse viser, at der er en kompleks sammenhæng mellem den patientoplevede tilgængelighed til almen praksis' ydelse og antallet af tilmeldte patienter og ILP i praksis. Den bedste tilgængelighed opleves i de praksis, der har færrest patienter pr. læge, og i de praksis der har mange ILP pr. læge. Forskellene imellem grupperne er dog ganske små. Resultaterne viser endvidere, at den patientoplevede tilgængelighed er betydeligt bedre hos læger i solopraksis end hos læger i større praksisfællesskaber, især hvad angår telefongtilgængelighed og ventetid i venteværelset, og at denne sammenhæng ikke kan forklares ved antallet af patienter og ILP. I fremtidens lægepraksis, hvor hver enkelt læge kommer til at skulle betjene et endnu større antal patienter end i dag i samarbejde med et omfattende ILP, vil det fortsat være nødvendigt at være opmærksom på, at patienter-

nes oplevelse af ydelsen og tilgængeligheden ikke alene afhænger af rationel praksisdrift. Betydningen af nærhed og gensidigt kendskab, som bl.a. er det, der kendetegner solopraksis, bør tages med i betragtning ved indretning og organisering af de store lægehuse, som mange steder er under planlægning.

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

ANTAGET: 14. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 22. februar 2010

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, Frederiksborg 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. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychol* 1982;21:241-54.
2. Jung HP. Quality of care in general practice. The patient perspective. Nijmegen: University of Nijmegen, University of Maastricht; 1999.
3. Shaw CD, Kali I. A background for national quality policies in health systems. København: WHO, 2002.
4. Heje HN, Olesen F. Patientvurderinger som kvalitetsmål i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:5386-9.
5. 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.
6. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. EQuIP, WONCA Region Europe, 2000.
7. Heje HN. Patient evaluation in general practice. Methodological aspects, influence of patient and GP characteristics and the GPs' experiences with the evaluations [thesis]. Aarhus: Forskningsenheden og Afdeling for Almen Praksis, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 2006.
8. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14:111-8.
9. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995;45:654-9.
10. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract* 2001;51:644-50.
11. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I et al. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Serv Res* 2007;7:46.

PET-skanning ved malignt melanom og positiv sentinel node

Reservelæge Janne Horn, overlæge Helle Sjøstrand, overlæge Jørgen Lock-Andersen & overlæge Annika Loft

ORIGINALARTIKEL

Roskilde Sygehus, Plastikkirurgisk Afdeling, og Rigshospitalet, Diagnostisk Center, PET- og Cyclotronenheden

RESUME

INTRODUKTION: For at belyse værdien af rutinemæssig brug af 18fluor-2-deoxy-D-glukose-positronemissionstomografi (FDG-PET) som klinisk rutinescreeningsundersøgelse for subkliniske metastaser hos patienter, der har malignt melanom med metastase, som er påvist gennem *sentinel node*-biopsi (SNB) (subklinisk lymfeknudestadie), har vi udført en retrospektiv undersøgelse, som inkluderer i alt 80 patienter.

METODE: I alt 80 patienter med kutant, malignt melanom og subkliniske regionære lymfeknudemetastaser, der var diagnosticeret ved SNB, fik udført en helkrops-FDG-PET inden for 100 dage efter SNB og lokal tumor-reexcision for at undersøge, om der var tegn på yderligere disseminering af kræftsygdommen. Den gennemsnitlige opfølgningstid var 30 måneder.

RESULTATER: I alt 13 af de 80 patienter havde metastasesuspekt FDG-PET, hvoraf fire patienter (5%) fandtes sandt positive