

Sammenlignende patientevaluering af regionsklinik og kompagniskabspraksis

Steffen Holst Holmvard, Hans West og Christine Houe

Resume

Formål

Formålet med forskningstræningsopgaven var at undersøge, om patienters vurdering af deres praktiserende læge var associeret med typen af deres læges praksis. Mere specifikt om der var forskel i den patientevaluerede kvalitet hos patienter i en regionsklinik, sammenlignet med en større kompagniskabspraksis, i samme geografiske område, med en socioøkonomisksammenlignelig patientpopulation.

Materiale og metode

Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter i en regionsklinik og en kompagniskabspraksis i Jammerbugt Kommune. Patienterne vurderede praksis ud fra 20 aspekter af læge-patient-forholdet, den lægefaglige ydelse, information og støtte, organisering af ydelsen og tilgængeligheden. Analyser af sammenhænge mellem vurderingerne og karakteristika ved de to praksistyper

Resultater

Svarene fra de to klinikker var sammenlignelige. Generelt var evalueringen af kompagniskabspraksis mere positiv end af regionsklinikken. Særligt vedrørende spørgsmål om lægernes evne til at lytte til patienten, om tilgængeligheden og organiseringen af ydelsen var der statistisk signifikante forskelle i patienternes evaluering.

Konklusion

Undersøgelsen finder en sammenhæng mellem patientevalueret kvalitet og praksistype. På 8 ud af 20 spørgsmål giver patienterne en signifikant mere positiv vurdering af kompagniskabspraksis end af regionsklinikken. Begge praksis får dog overordnet en god vurdering.

Baggrund

Dansk almen praksis er under hastig udvikling. Der sker løbende udflytning af opgaver, der tidligere blev varetaget på sygehusene, enhederne bliver større, mens sololægerne bliver færre. Man forsøger at ensarte kvaliteten af den almene lægehjælp via forløbsordninger, akkreditering og datafangst, og flere opgaver flyttes fra lægerne til det ikke-lægelige personale (ILP). Der er for øjeblikket stort politisk stormvejr om almen praksis. Politikerne ønsker bedre muligheder for styring, mens de praktiserende læger frygter at stå tilbage med det fulde ansvar for praksisdriften uden tilsvarende medbestemmelse over egne arbejdsvilkår.

I forbindelse med indgåelsen af den seneste overenskomst mellem Danske Regioner og De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) pr. 1. april 2011 (1) åbnedes mulighed for etablering af regionsklinikker mhp. at sikre lægedækning i yderområder, hvor de praktiserende læger ikke kunne stille passende kapacitet til rådighed. I modsætning til en traditionelt drevet lægepraksis hvor en eller flere læger står som ejere af praksis, er en regionsklinik ejet og drevet af den region som klinikken er beliggende i. Det vil sige, at regionen stiller lokaler og udstyr til rådighed og ansætter læger og personale. Med indgåelsen af overenskomsten var vejen banet for en ny og hidtil uset måde at drive almen praksis på i Danmark med ansat lægepersonale frem for lægeejede selvstændige klinikker.

Man ved fra tidligere undersøgelser af patienttilfredsheden i dansk almen praksis, at læger i solopraksis generelt blev vurderet mere positivt end læger i gruppe- og kompagniskabspraksis på en række områder. Der var dog tale om ret små forskelle fraset spørgsmål om tilgængelighed (2,3).

I de regionsklinikker, der er etableret, er der typisk mere ansat lægeligt personale end antallet af ydernumre tilsiger. Dette skyldes deltidsansættelser og brug af vikarer. Samtidig og til dels som følge heraf, er der alt andet lige større udskiftning blandt lægerne end i en almindeligt drevet kompagniskabspraksis, hvor man traditionelt køber sig ind og fungerer som praktiserende læge i resten af sit arbejdsliv. Dette må tænkes at medføre dårligere kendskab til den enkelte patient og dennes situation og dermed mindre kontinuitet i det enkelte patientforløb.

Der er i regionsklinikkerne flere ansatte læger, som ikke er speciallæger i almen medicin, og dette kan ikke undgå at påvirke den almenmedicinske faglighed, herunder et særligt fokus på samtalen med patienten.

Endelig kunne man forestille sig, at ansatte læger ville udvise mindre personligt engagement i den daglige drift og måske endda i arbejdet med patienterne sammenlignet med læger med egen praksis. I Sverige, hvor de praktiserende læger typisk er offentligt ansatte, ser læger i almen praksis typisk relativt få patienter pr. dag (Ugeskr Læger 2007;169(51):4488).

Man kunne således have en forventning om, at Danske Regioners tilbud om almen lægehjælp fra regionsklinikker i yderområder med ansat lægepersonale frem for selvstændige klinikejere ville medføre ringere patientoplevelse kvalitet. Der er imidlertid endnu ikke lavet undersøgelser af patienttilfredsheden i danske regionsklinikker.

På denne baggrund var formålet med dette studie, at undersøge, hvorledes og i hvilket omfang patienternes vurdering af deres praktiserende læge var associeret med at være tilmeldt en regionsklinik sammenlignet med at være tilmeldt en sammenlignelig kompagniskabspraksis.

Materiale og metode

Med udgangspunkt i DanPEP-undersøgelsens spørgeskema til evaluering af almen praksis udarbejdede vi et spørgeskema (Bilag: Spørgeskema), hvor patienterne kunne vurdere deres læge og praksis over de seneste 12 måneder ud fra 20 enkeltaspekter. Spørgeskemaet blev udformet med følgende svarmuligheder: "dårlig", "nogenlunde", "god", "meget god", "enestående" og "kan ikke svare".

Et enkelt spørgsmål havde svarmulighederne "ja" / "nej" / "ved ikke". Derudover blev der spurgt til patientens alder, køn, samt til, hvor ofte besvareren som pårørende eller patient har haft kontakt til klinikken inden for de seneste 12 måneder (≤ 5 gange eller > 5 gange).

Spørgsmålene kategoriseredes i følgende temaer (spørgsmålnummer): lægepatient-forholdet (1-5), lægefaglige ydelser (6-7), information og støtte (8-11), organisation af ydelsen (12-14), tilgængelighed (16-19) og generelt (20).

I undersøgelsen indgik patienter på 18 år eller derover, der var i stand til at læse, og som havde været tilknyttet pågældende praksis i mere end 12 måneder.

Undersøgelsen foregik i en regionsklinik (RK) og en kompagniskabspraksis (KP), begge beliggende i Jammerbugt Kommune (se faktaboks).

Faktaboks: Praksiskarakteristika

	Pt.antal (ydebr.)	Læger	Ikke-lægeligt- personale	Tidsplan	Andet
Regions- klinik	6300 (4)	Gns. 152 t/uge 11 læger 8 deltidsansatte 1-4 dg/uge. 3 vikarer	4 sekretærer 124 t/uge 4 sygeplejersker 116 t/uge Ialt 240 t/uge	15 min. pr. konsultation	Ventetid 3-5 dage på ikke- akutte ting. Daglige akut-tider kl. 9-10.30 hos sygeplejersker, hvor patienterne kan møde op uden forudgående aftale.
Kompag- niskabs- praksis	7400 (5)	Gns. 150 t/uge 3 læger (+ 1-2 x månedligt vikar/ AP-læge)	2 sekretærer 67 t/uge 1 bioanalytiker 28 t/uge 2 sygeplejersker 53 t/uge 1 plejeassistent 25,5 t/uge Ialt 173,5 t/uge	10 min. pr. konsultation	Ventetid knap en uge på ikke- akutte ting. Den læge der har vagten møder ind til tomt dagsprogram reserveret til akutte patienter.

Klinikkerne gav accept til deltagelse inden projektstart. Data blev indsamlet i marts 2013, hvor projektgruppen besøgte de to klinikker og foretog personlig udlevering af spørgeskemaerne til alle patienter i venteværelset. Der blev uddelt 100 skemaer i hver klinik. Skemaerne blev uddelt og indsamlet på samme vis på de to lokaliteter; over 2 arbejdsdage, med ca. 1 uge imellem. I den mellemliggende uge uddelte og indsamlede personalet en mindre del af skemaerne.

Analyse af data

Kun spørgeskemaer fra patienter, der havde besvaret mere end halvdelen af de 21 spørgsmål blev inkluderet. Skemaer hvor intet på side 1 (se Bilag: Spørgeskema) var udfyldt, blev ekskluderet med begrundelsen at væsentlig baggrundsinformation omhandlende køn, alder, praksisfrekventering i så fald var fuldstændigt udeladt.

De enkelte besvarelser blev dikotomiseret som positive (svarkategorierne "god", "meget god", "enestående") eller ikke-positive (svarkategorierne "dårlig", "nogenlunde"). Endvidere

tildeltes svar-mulighederne følgende pointscore: dårlig=1, nogenlunde=2, god=3, meget god=4, enestående=5, og herudfra udregnedes et vægtet gennemsnit for vurderingerne (vurderingsscore).

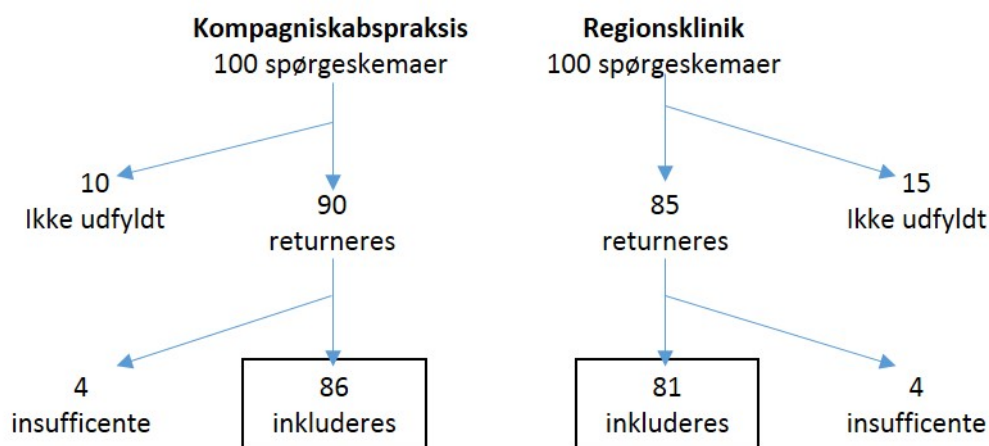
Svarene (Bilag: Svar på spørgeskema) blev analyseret i forhold til køn, antal oplyste kontakter med læge (≤ 5 / >5), alder (over/under 50 år).

Resultaterne er, hvor der er tale om normalfordelte data, opgivet som mean \pm SD. Student T-test, χ^2 er anvendt til sammenlignende statistik. Statistisk signifikans er defineret som $p < 0,05$.

I svarkategorier hvor besvareren måtte have undladt at svare på enkelte spørgsmål, er den endelige pointscore udregnet efter et vægtet gennemsnit, hvor tomme svar er udeladt.

Resultater

I KP blev 90 af 100 spørgeskemaer returneret, 4 ekskluderes på grund af insufficient information. 86 udfyldte spørgeskemaer indgik. I Regionsklinikken blev 85 spørgeskemaer returneret, 4 ekskluderes pga insufficient information. 81 udfyldte spørgeskemaer indgik (se figur a).



Figur a

Samlet set giver svarene indtryk af en overordnet tilfredshed, med 79% af alle svar med en vurdering i en af kategorierne god, meget god, eller enestående (fordelt på hhv 73% i RK og 85% i KP) (Tabel a).

Generelt blev KP evalueret mere positivt end RK (Tabel a: Spørgeskema oversigt). Der var statistisk signifikante forskelle i patienternes vurderinger, imellem de to praksistyper i besvarelserne fandtes på spørgsmålet om at lytte til patienten (spørgsmål 1), på spørgsmålet om organisation af ydelsen (spørgsmål 12-13) og om tilgængelighed (spørgsmål 15, 16, 17 og 19). Stemningen i praksis (spørgsmål 20) blev vurderet signifikant mere positiv i KP, svarende til at hver 20. patient i KP vurderede stemningen i praksis "nogenlunde" eller "dårlig", mod hver 4. i RK.

Endelig fandtes ingen sammenhæng mellem praksistype og patienternes oplevede tryk ved tilrettelæggelsen af deres behandling (spørgsmål 21). Her angiver 76% sig trygge ved behandlingen i RK, mod 85% i KP, efterladende hhv 8% og 4% der svarer nej, og 16% og 12% der svarer "ved ikke".

Tabel a: Spørgeskema oversigt

<i>Når du tænker tilbage på de seneste 12 måneder, hvordan vurderer du så lægerne med hensyn til:</i>	Regionsklinik, positive % (n)	Kompagniskabspraksis, positive % (n)	p-værdi
Læge-patient-forholdet			
1) at lytte til dig?	79 % (75)	90 % (82)	0,044
2) at gøre det let for dig at fortælle om dine problemer?	77 % (66)	84 % (83)	0,272
3) at vise interesse for din situation?	83 % (76)	87 % (84)	0,478
4) at inddrage dig i beslutninger?	86 % (70)	86 % (78)	0,975
5) at sikre diskretionen i praksis?	89 % (77)	87 % (89)	0,542
Lægefaglige ydelser			
6) at undersøge dig?	85 % (73)	93 % (85)	0,105
7) at være grundig og omhyggelig?	80 % (75)	89 % (85)	0,096
Information og støtte			
8) at vejlede dig om, hvad du selv kan gøre i forbindelse med din sygdom eller behandling?	84 % (73)	82 % (79)	0,834
9) at forklare formålet med undersøgelser og behandlinger?	81 % (72)	90 % (83)	0,081
10) at tale med dig om dine symptomer og din sygdom, så du føler dig godt informeret?	77 % (73)	87 % (82)	0,111
11) at hjælpe dig med dine følelser omkring dine helbredsproblemer?	65 % (64)	74 % (73)	0,287
Organisation af ydelsen			
12) at vide hvad der er sagt og gjort ved dine tidligere henvendelser til praksis?	63 % (71)	83 % (80)	0,0079
13) at forberede dig på, hvad du kan forvente ved henvisning til speciallæge eller hospital?	71 % (59)	81 % (72)	0,044
14) at sørge for sammenhæng i det forløb, du har i lægens praksis, hos speciallæge el. på hospital?	64 % (55)	79 % (66)	0,0648
Tilgængelighed			
15) det ikke-lægelige personales hjælpsomhed?	74 % (69)	89 % (79)	0,0109
16) at få en tid rimeligt hurtigt?	53 % (76)	81 % (85)	0,0002
17) at komme i kontakt med lægepraksis?	44 % (75)	80 % (83)	0,0004
18) at komme ind til den aftalte tid?	55 % (74)	64 % (81)	0,264
19) at få hurtig hjælp ved presserende sygdom?	66 % (56)	90 % (73)	0,0006
Generelt			
20) Hvordan oplever du stemningen i lægepraksis?	75 % (73)	95 % (83)	0,0004

n=antal svar i kategorierne 1-5

Respondenternes vurderinger udregnedes endvidere for de kategoriserede temaer og udtryktes ved et vægtet gennemsnit, benævnt vurderingsscore (Bilag: Vurderingsscores). De temaopdelte spørgsmål er ligeledes undersøgt i relation til køn, og antal besøg i praksis, samt alder. Disse resultater er enslydende med ovenstående tabeller, og indeholder flere signifikante sammenhænge. Da tolkningen heraf er for vidtrækkende i forhold til opgavens formål, er præsentationen og kommentarerne til resultaterne henlagt til bilag Vurderingsscores.

Af Tabel b (respondenters alders- og kønsfordeling) ses, at sammensætningen af alder og køn var meget ensartet de to klinikker imellem. Der er fundet en median-alder på samlet 53,1, og en kønsfordeling på 35% mænd og 65% kvinder, hvor der indgik lidt flere mandlige respondenter i KP.

Tabel b: Respondenters alders- og kønsfordeling

	Antal (personer)	gennemsnits- alder +/- sd [□] (år)	køn (antal) Mænd	Kvinder	Kønsratio K/M	kontakter seneste år (antal) >5	</= 5
Total	164 (100%)	53,1 +/- 16,1	56 (35%)	105 (65%)	1,9	73 (100%)	83 (100%)
Regionsklinik	79 (48%)	52,2 +/- 16,1	22 (29%)	54 (71%)	2,5	32 (44%)	42 (51%)
Kompagniskabspraksis	85 (52%)	53,9 +/- 16,3	34 (40%)	51 (60%)	1,5	41 (56%)	41 (49%)

□sd=Standard Deviation

Diskussion

Hovedfund

Der var overordnet set høj patienttilfredshed i begge klinikker, dog med en klar tendens til at kompagniskabspraksis (KP) generelt blev mere positivt evalueret end regionsklinikken (RK). Mindre kontinuitet i forholdet mellem læge og patient og kortere varighed af patienternes tilknytning til regionsklinikken kan forklare en del af de fundne forskelle, men der kan også være andre forklaringer.

Et bemærkelsesværdigt resultat var, at lægerne i kompagniskabspraksis blev evalueret signifikant mere positivt på spørgsmålet om at lytte. Lægerne i regionsklinikken havde afsat mere tid pr. konsultation, men vi ved ikke, hvor meget tid lægerne reelt brugte sammen med patienterne. At føle sig lyttet til handler dog heller ikke udelukkende om, hvor lang tid, der er afsat til at lytte i. Det handler ligeså meget om lægens empatiske evner. Man kan ikke ud fra vores data slutte, at lægerne i KP må være mere empatiske end lægerne i RK, men man kan overveje, om evnen til at virke empatisk på patienterne i højere er til stede hos speciallæger i almen medicin. En del af forklaringen kunne altså være, at der i regionsklinikken er en større andel af lægerne, der har baggrund i andre specialer, hvor man måske i mindre grad har fokus på kommunikation.

Det var forventeligt, at lægerne i kompagniskabspraksis blev vurderet mere positivt på spørgsmål om organisation af ydelsen (spørgsmål nr. 12-14). Spørgsmål nr. 12 om at vide, hvad der er sagt og gjort ved tidligere henvendelser til praksis, hvor vi fandt en betydelig og signifikant forskel i de positive besvarelser, handler direkte om patienternes tilknytning til praksis. Det store antal læger pr. ydernummer vil uundgåeligt betyde, at patienten risikerer at møde flere forskellige ansigter i det samme forløb. Dette ved man fra tidligere studier medfører laver patienttilfredshed (5). Det udelukker dog ikke, at man også i praksis med mange deltids- og vikaransatte læger ved øget prioritering af bedre planlægning kan sikre kontinuiteten og dermed sammenhængende forløb for den enkelte patient.

Tidligere undersøgelser har vist, at lægepraksis med meget ILP blev vurderet mere positivt på tilgængeligheden (2). Det er derfor et interessant resultat, at der var så stor og signifikant forskel i patienternes vurdering af tilgængeligheden med klart flest positive svar vedrørende 4 af 5 spørgsmål til fordel for KP, som har ansat en mindre andel ILP pr. ydernummer.

Det er i det hele taget overraskende, at patienterne oplevede tilgængeligheden så forskellig i de to klinikker. Hvis man ser på ventetiderne på henholdsvis akutte og ikke-akutte tider

(Faktaboks: Praksiskarakteristika), var der begge steder objektivt set en god og stort set sammenlignelig tilgængelighed. Dog ved vi, at man i forbindelse med en akut tid i RK typisk ville blive set af en sygeplejerske frem for en læge. Dette kunne give en oplevelse af dårligere tilgængelighed. Man kunne forestille sig, at patienterne forbandt tilgængelighed i forhold til fx at få en hurtig tid (spørgsmål 16) eller hurtig hjælp ved presserende sygdom (spørgsmål 19) med det at blive set af en læge. Vi formoder også, at det faktum, at den enkelte læge i mindre grad var til stede i lægepraksis hver dag, spillede ind på den oplevede tilgængelighed.

At det ikke-lægelige personales hjælpsomhed vurderes signifikant mere positivt i KP end i RK, hvor der netop var ansat mere ILP pr. ydernummer er bemærkelsesværdigt. En forklaring kunne være, at sygeplejerskerne i RK varetager andre funktioner end i KP. Samtidig ved man fra tidligere undersøgelser, at færre antal patienter pr. læge kun afspejler sig i patientevalueringen af tilgængeligheden (2), og man kan forestille sig, at dette også gør sig gældende for ILP. Vi må også her formode at tilknytningsvarigheden og kontinuiteten har betydning for patienternes vurdering af ILPs hjælpsomhed.

Endelig kunne man, når det gælder ILP, forestille sig, at mere ILP med patientkontakt gør det sværere for patienten og lægen at lære hinanden at kende. Dette kunne være en af forklaringerne på den observerede generelle forskel i patientevalueringerne.

Det kommer ikke bag på os, at spørgsmålet om at komme i kontakt med lægepraksis, er det spørgsmål, der evalueres mindst positivt. Dette er fuldstændig i tråd med tidligere studier (2,3).

På trods af, at lægerne i RK havde længere tider, og at der var flere lægetimer og mere ILP pr. ydernummer fandt vi ingen forskel i patienternes evaluering spørgsmål 18 om at komme ind til den aftalte tid.

En del af forklaringen på mange af de ovennævnte forskelle i patientevalueringerne, fandt vi i svaret på spørgsmålet om stemningen i praksis, hvor der oplevedes en signifikant mere positiv stemning i KP end i RK. Dette kunne være et udtryk for personligt ejerskab og øget engagement og teamspirit i KP. Det skal dog understreges at oplevelsen af stemningen i praksis vil være farvet af den enkelte patients erfaringer og forventninger. Det var derfor ikke overraskende, at en patient der tidligere havde været tilknyttet et nedlagt lægehus i eget nærmiljø med personlige relationer evaluerede stemningen mindre god i RK.

Styrker og svagheder ved metoden

Udtræk fra Danmarks Statistik viser at befolkningssammensætningen i Jammerbugt kommune ligner sammensætningen på landsplan. Det gælder både for køn, alder og uddannelsesniveau (sidstnævnte ikke undersøgt i aktuelle projekt) (Se Bilag: Alderssammensætning og Bilag: Uddannelsesniveau).

Fra samme kilde fremgår det at alders- og kønssammensætningen for frekventering af almen praksis i Jammerbugt kommune ligner landsgennemsnittet. Den gennemsnitlige konsultationsfrekvens i Jammerbugt Kommune ligger på 9,1 mod et landsgennemsnit på 9,3. Ældre har flest konsultationer. Kønsratioen (K / M) er gennemsnitlig 1,2 (varierer fra 1,1 til 7). Der ses en tendens til at kvinder i alderen 20-40 år konsulterer deres læge oftere.

Ovenstående er i god overensstemmelse med deltagersammensætningen i aktuelle evalueringsundersøgelser (Se Bilag: Alderssammensætning). Udfra et demografisk synspunkt synes det derfor rimeligt at antage at nærværende resultater kan repræsentere en generel tendens på landsplan. Dette understøttes af at aktuelle resultater enslydende med tidligere

studier fandt, at tilgængeligheden var det aspekt der blev vurderet mindst positiv og med største statistiske sikkerhed. Endvidere genfindes tendensen til at hyppigere kontakter (i vores undersøgelse >5 det seneste år) giver en mere positiv vurdering (4), og at kvinder er mere kritiske i evalueringen (4) (Bilag: Vurderingsscores).

Vi kan med god grund antage at patienterne i de to klinikker er sammenlignelige bortset fra tilknytningsvarigheden til praksis. Tidligere studier har vist at patienter med længerevarende tilknytning til deres læge gennemgående evaluerede deres læge mere positivt (4). Alle patienter der deltog i undersøgelsen havde været tilknyttet lægepraksis i mere end 12 måneder, men da RK først åbnede 1. juli 2011 ved vi at patienterne generelt har været tilknyttet RK i kortere tid end patienterne i KP. Det kan have påvirket patienterne i RK til en mindre positiv evaluering. Af samme årsag var der en større andel af besvarelserne fra RK hvor der var sat kryds ved svarmuligheden 'ved ikke'. Til sammenligning vidste patienterne i KP i højere grad hvad de kunne forvente i lægehuset. For en stor del af patienterne er skiftet til RK betinget af lukning af solo og to-mandspraksis i nærområdet. Deres evaluering vil i højere grad være baseret på tidligere erfaringer og kan være farvet af 'savnet' af deres gamle læge.

Vores spørgeskema tog udgangspunkt i DANPEP-spørgsmålene i deres nyeste danske version. Disse spørgsmål er gennemarbejdede og validerede og hviler på mange års erfaring med patientevaluering og kvalitetssikring af den almenmedicinske ydelse. For at begrænse omfanget af data var vi nødt til at selekttere i spørgsmålene. Vi tilstræbte at medtage de spørgsmål, som vi fandt mest relevant inden for de fem hovedområder. En sådan udvælgelse kan være en svaghed ved studiet.

De dage, hvor vi fra projektgruppen selv uddelte spørgeskemaer, blev alle patienter, der passerede gennem venteværelset bedt om at deltage. Patienter, der efterfølgende fik spørgeskemaer udleveret af personalet blev måske ubevidst påvirket til at evaluere mere positivt og blev måske i højere grad ubevidst selekteret til fordel for forventeligt mere positive besvarelser. En eventuel betydning heraf begrænsedes af, at andelen af spørgeskemaer, der blev udleveret af personalet i de to klinikker, var den samme.

Flere ældre patienter havde svært ved at overskue de enkelte svarmuligheder ud for hvert spørgsmål. Dette kan have resulteret i at der er blevet afkrydset ud for et forkert spørgsmål. Da aldersfordelingen ligger meget tæt er der ikke grund til at tro, at det har påvirket det endelige resultat (tabel b: Respondenters alders- og kønsfordeling).

Vedrørende dikotomisering valgte vi at definere svarkategorierne "god", "meget god" og "enestående" som positive og ikke som ved et tidligere hovedstudie vedrørende DanPEP(2), hvor kun "meget god" og "enestående" blev medregnet som positive svar. Vi kunne også have valgt at medregne "nogenlunde" som 'positiv light'. Det kan være en svaghed ved vores studie og svækker muligheden for direkte sammenligninger med disse. Tendenserne i vores resultater ligner dog, hvad der tidligere er vist, hvorfor vi ikke mener, det svækker den endelige validitet. Vi ved ikke om vores dikotomisering har påvirket resultaterne for de enkelte spørgsmål, men upublicerede analyser af gennemsnitlige værdier for svarene viser samme tendens som de for dikotomiserede, nemlig at patienterne i KP generelt evaluerede mere positivt end patienterne i RK.

Oplevelsen af det ikke-lægelige personales hjælpsomhed er et lidt upræcist begreb at spørge til, da patienternes besvarelse i lige så høj grad kunne dække over oplevelsen af sekretærens

hjælpsomhed i telefonen som oplevelsen af konsultationen hos sygeplejersken. Dette kunne vi have taget højde for ved at spørge mere specifikt ind til de enkelte faggrupper blandt ILP.

Vi har i dette studie udelukkende målt på patienternes subjektive vurdering af tilgængeligheden og kan ikke sammenligne direkte med den egentlige ventetid i telefonkøen eller venteværelset.

Undersøgelsen siger ikke noget om den lægefaglige kvalitet af behandlingen, men belyser udfra patienternes synsvinkel styrker og svagheder ved deres praksis.

Selvom der er tale om en lille undersøgelse har vi kunnet påvise forskelle med meget stor statistisk signifikans.

Da undersøgelsen kun omfatter 2 klinikker, kan man ikke drage den endelige konklusion at forskellene i patienttilfredshed alene skyldes de principielle forskelle mellem de to kliniktypers organisation. Der vil derfor være behov for nye studier med indragelse af flere klinikker for at belyse de viste tendenser nærmere.

Konklusion

Vores resultater viser, at der er en sammenhæng mellem patientevalueret kvalitet og praksistype, når man sammenligner en regionsklinik med en tilsvarende kompagniskabspraksis. Resultaterne peger i retning af, at patienterne evaluerer mere positivt, når det gælder den undersøgte kompagniskabspraksis. Det er markant, at der på 8 af 20 spørgsmål er signifikante forskelle i vurderingerne. Kompagniskabspraksis blev vurderet signifikant mere positivt, på spørgsmålene om lægens evne til at lytte til patienten, at vide hvad der tidligere er sagt og gjort, at forberede patienten på henvisning til sygehus eller speciallæge, det ikke-lægelige personales hjælpsomhed, at få tid hurtig, at komme i kontakt med praksis, at få hurtig hjælp ved presserende sygdom og endelig om stemningen i praksis.

På trods af at den undersøgte regionsklinik i høj grad har været en nødløsning på lægemangelen i et yderområde, er den overordnede vurdering fortsat positiv. Således er regionsklinikens patienters vurdering ikke markant forskellig fra en traditionel drevet praksis.

Det er vores vurdering, at det personlige ejerskab og engagement i den måde, man traditionelt har drevet praksis på, herunder den kontinuitet, der ligger i, at patienten og lægen kender hinanden godt, har været af afgørende betydning for resultaterne. Dette understreger vigtigheden af, at man i regionsklinikker og praksis med mange læger pr. ydernummer gør en særlig indsats i planlægningen for at sikre kontinuiteten i det enkelte patientforløb for at opnå bedre patientoplevelt kvalitet af lægeydelsen.

Sammenligner man antal ansatte og antal arbejdstimer pr uge de to praksistyper imellem, er der tale om et klart større ressourceforbrug i regionsklinikken pr. patient. Der er altså både lavere omkostningseffektivitet og mindre positive patientvurderinger.

Der er politisk interesse for udbredelse af sundhedscentre, som på mange måder kan ligne aktuelle regionsklinik. Der er også forslag om ikke-lægelige aktører kan drive almen lægepraksis uden ansættelse af speciallæger i almen medicin. På baggrund af undersøgelsens resultater, frygter vi, at dette vil føre til faldende patienttilfredshed.

Betydningen af kontinuitet for patienten og lægens personlige engagement, er udgangspunktet for en stærk primærsektor. Vi vil derfor anbefale at udviklingen af almen praksis sker ud fra den eksisterende organisering.

Referencer:

1. [http://www.regioner.dk/~media/DanskeRegionerInternet/Bestyrelsesmøder/Bestyrelse smøde%2027-01-2011/9.%20Notat%20om%20aftalen%20med%20PLO.ashx](http://www.regioner.dk/~media/DanskeRegionerInternet/Bestyrelsesmøder/Bestyrelse%20smøde%2027-01-2011/9.%20Notat%20om%20aftalen%20med%20PLO.ashx)
2. Heje HN et al. Patienternes vurdering af de praktiserende læger, Sammenhæng med praksistype. Ugeskr Læger 2010;172:1119-26
3. Mainz J et al. Hvordan vurderer patienterne de praktiserende læger? Danske resultater fra et europæisk studie. Ugeskr Læger 2000;162:654-8.
4. Heje HN et al. Patienternes vurdering af de praktiserende læger, overordnede resultater fra DanPEP-projektet. Ugeskrift Læger: 2010;172:1105-12
5. Baker R et al. What type of general practice do patients prefer?, Br J Gen Pract 1995;45:654-9.

Bilag :

Spørgeskema

Svar på spørgeskema

Vurderingsscores

Alderssammensætning

Uddannelsesniveaue

Protokol