

# Brukerundersøkelser i

## – Erfaringer med ulike metoder

■ KIRSTI MALTERUD *Fjellsiden legesenter og Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni helse/Uni Research*

Alle norske fastlegekontor er pålagt å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten (1). I dagligtale kalles dette *brukerundersøkelser*. Den internasjonale Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 viste imidlertid at bare et fåtall av norske legekontor gjennomfører brukerundersøkelser regelmessig (2).

I 2009 gjorde Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en gjennomgang av instrumenter som måler pasient- og /eller pårønderfaringer med allmennleger (3). 15 validerte måleinstrumenter for brukerundersøkelser ble identifisert, men seks av disse ble ekskludert fordi de ikke var relevante for formålet. To av de ni gjenværende måleinstrumentene, The patient experience questionnaire (PEQ) og EUROPEP, har vært brukt i Norge (4–6). Det er imidlertid ikke gitt at validerte måleinstrumenter er hensiktsmessige i forhold til forskriftens intensjon, nemlig å bruke pasienterfaringer som kunnskapskilde for lokalt kvalitetsarbeid i allmennpraksis. I denne artikkelen vil jeg dele noen erfaringer med spesielt fokus på relevans.

### Formål og metode

I artikkelen vil jeg presentere og drøfte tre ulike metoder for brukerundersøkelser som vi har anvendt ved vårt legesenter.

I presentasjonen av hver metode legger jeg vekt på beskrivelse av instrumentet, erfaringer i forhold til praktisk gjennomførbarhet av datainnsamling og bearbeiding, samt relevans og konkrete konsekvenser. Oppsummering av erfaringene stammer fra en gruppediskusjon på legesenteret basert på tilpasset fokusgruppemetodikk (7). Transkript fra lydopptaket ga råstoff til presentasjonen som følger nedenfor.

### Praksiskontekst

Fjellsiden legesenter i Bergen har fem fastleger og tre helsesekretærer. Vi har i mange år vært opptatt av kvalitetsforbedringsarbeid (8), herunder brukerundersøkelser. Vi har oppsummert våre erfaringer med tre ulike



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

strategier for brukerundersøkelser i allmennpraksis:

- 1) PEQ (6)
- 2) åpne spørsmål med kvalitativ bearbeiding (9)
- 3) spørreskjema om tilgjengelighet utarbeidet av Bergen kommune (2008)

Ved hver av disse tre brukerundersøkelsene har vi brukt samme logistikk. Et anonymt spørreskjema fordeles likt mellom de fem legene. Spørreskjemaet har hatt ulik utforming for hver av de tre ulike metodene vi har brukt. Vi har ikke innhentet persondata på skjemaet. Skjemaet deles ut av legen ved avsluttet konsultasjon til pasient eller pårørende, som får utdelt penn og bes om å fylle ut skjemaet på venterommet før de går. Utfylte skjema legges i lukket postkasse som daglig tømmes av helsesekretærene i registreringsperioden. Når samtlige skjema er utdelt, samles de utfylte skjemaene vi har fått tilbake og resultatene oppsummeres av kvalitetsansvarlig lege. Vi har ikke splittet opp resultatene for hver av legene. Deretter har vi hatt gjennomgang og

diskusjon av resultatene på påfølgende praksismøte. Svarprosenten har vært meget god ved alle de tre rundene vi har gjennomført.

### The Patient Experience Questionnaire (PEQ) (2005)

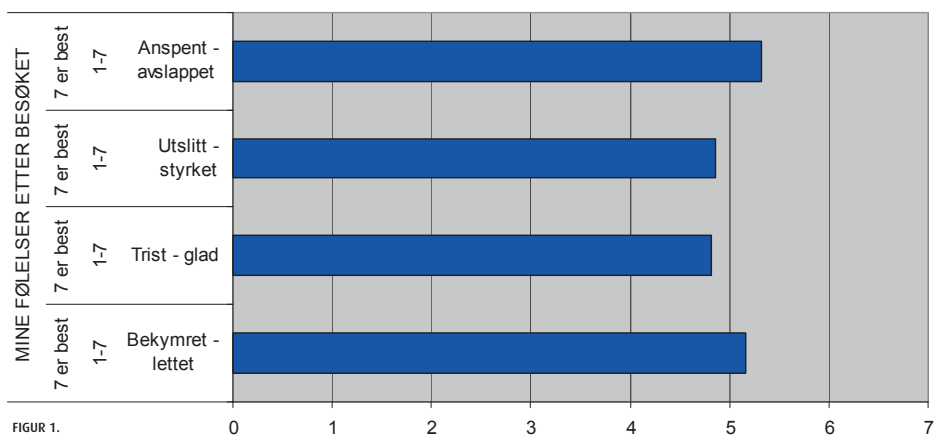
Da vi første gang skulle gjennomføre brukerundersøkelse på legesenteret, tenkte vi at det ville være hensiktsmessig å benytte et spørreskjema som var grundig beskrevet og utprøvd, helst for norske formål. På bakgrunn av søk i litteraturen bestemte vi oss for å bruke *The Patient Experience Questionnaire (PEQ)*, utviklet av kollegene Siri Steine og Even Lærum i samarbeid med psykolog Arnstein Finset. Vårt skjema besto av fire sider med til sammen 18 spørsmål som alle refererer til konsultasjonen som nettopp er gjennomført. Spørsmålene dekker fem tema: hva besøket resulterte i, møtet med legen, barrierer, møtet med personalet, samt pasientens følelser etter besøket. De første 14 spørsmålene besvares med avkryssing fra én til fem, de siste fire

# allmennpraksis

spørsmålene fra én til sju. Vi fikk tilsendt spørreskjemaet i norsk versjon fra førsteforfatter, men i dag ser det ut til at det kan være vanskelig å få tak i dette skjemaet på norsk.

Vi delte ut 150 skjema og fikk 140 utfylte skjema tilbake, de fleste helt fullstendig utfylt. Resultatene ble lastet inn i statistikkprogrammet SPSS og presentert med gjennomsnittlig skår på hvert spørsmål for legene under ett. Vi har ikke koblet eller krysskjørt resultatene, som er presentert i figur 1 og 2.

I gjennomgangen av resultatene var vi først svært fornøyde. Vi tolket resultatene som et uttrykk for at våre pasienter var meget godt tilfredse med sine møter med legen og medarbeiderne, og at de i liten grad hadde opplevd barrierer som vanskeliggjorde kontakten. Stort sett rapporterte pasientene at de hadde gode følelser etter konsultasjonen. Vi

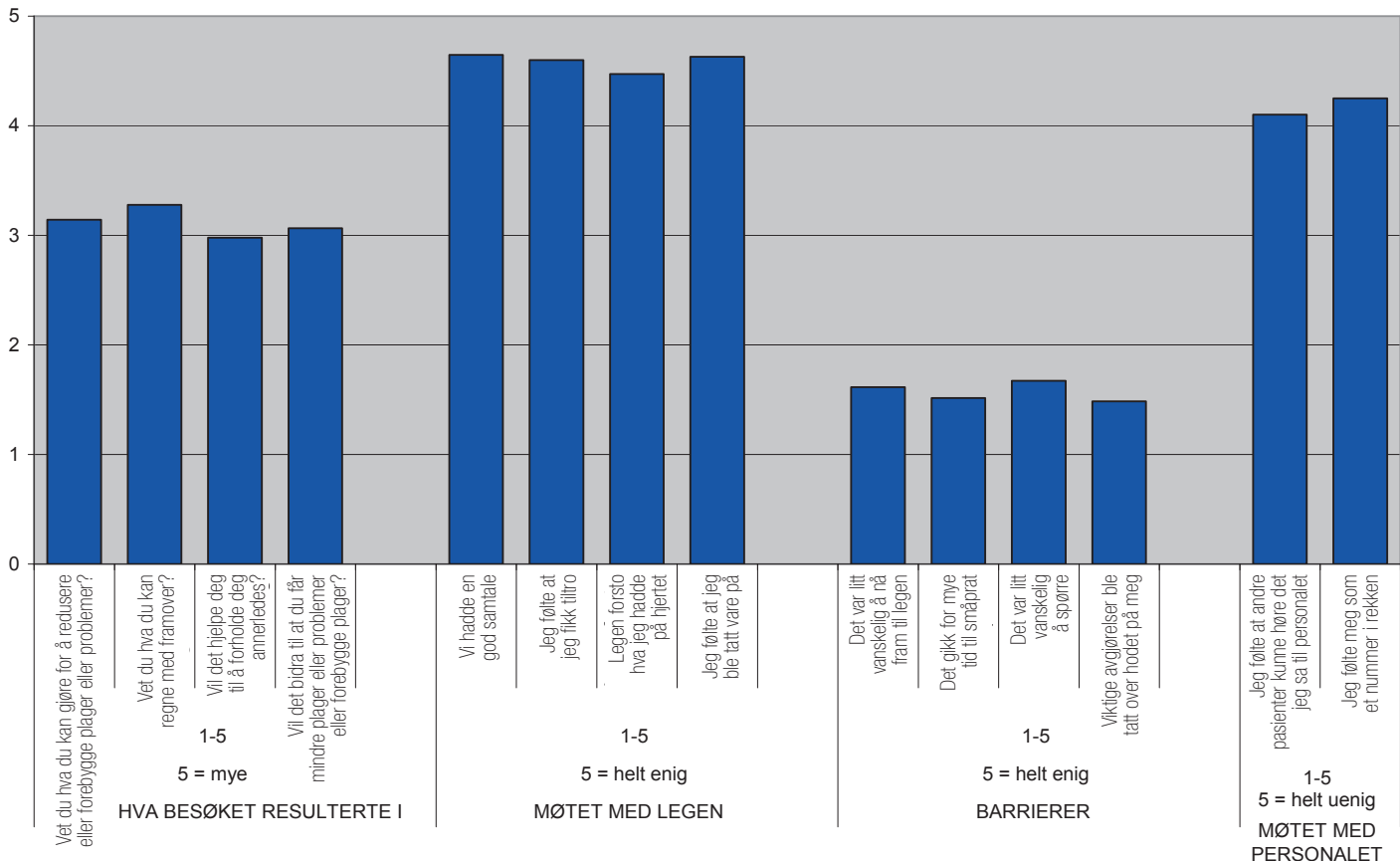


FIGUR 1.

oppdaget imidlertid raskt at de gode resultatene ga oss lite råstoff til diskusjoner om hva som kunne gjøres bedre. Da vi begynte å se

nærmere på spørsmålene der resultatene var dårligst, nemlig hva besøket resulterte i, ble vi mer i tvil om resultatmålene i PEQ her var

FIGUR 2. The Patient Experience Questionnaire (PEQ) – gjennomsnittsskår på spørsmålene 1–14. Figur 2 ovenfor viser gjennomsnittsskår på spørsmål 15–18.



realistiske og relevante for allmennpraksis. I hvilken grad skal vi egentlig forvente at en enkelt konsultasjon kan gjøre en forskjell? Her er det kanskje ulik målsetting for ulike kontaktformer, for eksempel for kronisk sykdom i forhold til øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner. Vi klarte i hvert fall ikke å komme særlig videre i diskusjoner om hvordan disse funnene kunne bidra til forbedring av våre tjenester.

Det var en enkel sak å lage, distribuere og samle inn skjema. Det var endel arbeid med å kode resultatene og ta stilling til hvilke resultatmål som ville være mest relevante. I diskusjonen savnet vi ikke data som kunne identifisere resultatene i forhold til den enkelte legen. Det konkrete forbedringsutbyttet var imidlertid atskillig mer begrenset enn vi hadde trodd.

## Åpne spørsmål med kvalitativ bearbeiding (2006)

Vi valgte derfor en helt annen tilnærming da vi neste gang skulle gjøre brukerundersøkelse på legesenteret. Denne gangen laget vi et spørreskjema med tre åpne spørsmål på en A4-side som omfattet:

- 1) ris
- 2) ros
- 3) forslag til forbedringer (FIGUR 3)

Vi delte ut 100 skjema og fikk tilbake 82 utfylte skjema:

	ANTALL SKJEMA MED KOMMENTARER
Ris	41
Ros	82
Forslag til forbedringer	32

FIGUR 3. Spørreskjema til brukerundersøkelse med åpne spørsmål – Fjellsiden legesenter 2006.

**FJELLSIDEN LEGESENTER**

For å kunne yte bedre service, ber vi deg gi oss noen innspill om hvordan du synes legesenteret fungerer i forhold til dine behov. Det er fint om du skriver litt på hvert av punktene, også hvis du ikke har så mye på hjertet. Bruk gjerne baksiden av arket hvis du trenger mer plass.

---

**Ros:**

**Ris:**

**Forslag til forbedringer:**

Tusen takk for hjelpen!

Mange av skjemaene hadde flere kommentarer, og summen av tallene knyttet til de enkelte punktene blir derfor høyere. Svarene ble bearbeidet med forenklet metodikk for tematisk kvalitativ analyse (9), med utvalgte sitater som illustrasjon. Her er hovedpunktene:

Flere bemerket at vi hadde få *parkeringsplasser* og foreslo utvidelse, noen syntes det kunne vært bedre skiltet og en kritiserte parkeringsavgiften. Noen bemerket at beliggenheten er god, at det er lett å komme seg hit og gir pluss for parkering. Flere sa at det tidvis er vanskelig å komme til på *telefon*, men noen få sa at de oftest fikk relativt raskt svar på telefon. Flere syntes det kunne bli *travelt inne hos legen*, og noen foreslo at vi skulle sette av mer tid. Mange kom med kritikk for at vi (den gang) ikke hadde *bankterminal*. På venterommet kjentes køsystemet ved luken lite privat for flere, og noen foreslo ombygging. Flere brukte sterke ord om *ventemusikken* på telefonen og foreslo at vi skulle gjør noe med dette. Ellers var det kommentarer om stemmen på telefonsvareren, musikken på venterommet, vannautomat på venterommet, timebestilling på nettet og utvidet åpningstid.

Mange ga oss ros for at det var *lett å få time*, spesielt akuttimer. Bare en syntes det kunne ta lang tid før man får time, og to klaget over at de ikke har fått akuttid sent på dagen. Flere roste oss for at pasientene kommer *inn til legen til avtalt tid*, selv om noen klaget over ventetid på venterommet. Flere bemerket at lokalene er hyggelige, lyse og trivelige, en syntes lokalene er kjedelige, og to mente at lesestoffet kunne vært mer variert. Et par stykker var fornøyde med at det er mulig å komme til også på *dager da fastlegen ikke er til stede* og syntes det er bra at legene vikarierer for hverandre. Noen få syntes det er for mange leger som ikke jobber alle dager, og en ønsket seg mulighet for å bestille time hver dag i uken.

Svært mange brukte sterke ord (kjempedyktig, fantastisk, veldig høflige og hjelpsomme, alt helt topp, terningkast seks, er bare *så* fornøyd, for å si hvor fornøyde de er med *atmosfære, service, behandling og respekt*, og både legene og helsesekretærene får positiv omtale. Bare to bemerket at de hadde kjent seg dårlig mottatt, en i telefonen og en annen da pasienten meldte sin ankomst i luken. Noen ville gjerne bestemme mer om hvilke prøver som skal tas. Ellers var det positive kommentarer om raske prøvesvar, om at man kan velge mellom kort eller lengre konsultasjon, og at vi ikke har altfor mange «helseplakater» på veggene.

Denne gangen ble gjennomgangen av resultatene mye mere konkret og praktisk rettet. De mange positive kommentarene bekreftet våre inntrykk og oppmuntret oss til å

konsentrere diskusjonen om negative kommentarer og forslag til løsninger. Vi ga størst prioritet til innspill som kom fra mange forskjellige pasienter, men gjennomgikk systematisk alle temaene, også de som var nevnt bare av et fåtall. Også mindretallet kan ha formulert relevante synspunkter som ellers ikke kommer tydelig nok fram i en kvantitativ studie. Etter diskusjonen konkluderte vi med at parkeringsproblemet hadde bedre løsninger enn å utvide antallet øremerkete parkeringsplasser, at betalingsautomat skulle anskaffes, og at de bygningsmessige forholdene omkring luken måtte utredes konkret. Vi fikk også gode innspill til videre diskusjoner om fornuftig bruk av timebok og konsultasjonsvarighet, samt forbedring av telefontilgjengeligheten, og venterommet fikk påfyll av bilblader.

Også denne gangen var det en enkel sak å lage, distribuere og samle inn skjema. Ved systematisering og oppsummering av resultatene var det en fordel (men ingen forutsetning) å ha kjennskap til kvalitativ analysemetode. Forbedringsutbyttet ved denne metoden var mye bedre enn vi hadde regnet med.

### Spørreskjema om tilgjengelighet utarbeidet av Bergen kommune (2008)

I 2008 var det tid for ny brukerundersøkelse. Da kom Helsevernetaten i Bergen kommune oss i forkjøpet med en tilgjengelighetsstudie i flere ledd. I første del kartla de *telefontilgjengelighet* (andel anrop som ble besvart innen fem minutter, samt antall minutter før anrop ble besvart) ved samtlige fastlegekontor i kommunen. Ved besvart anrop ble det presentert tre korte kasuistikker med ulik hastegrad:

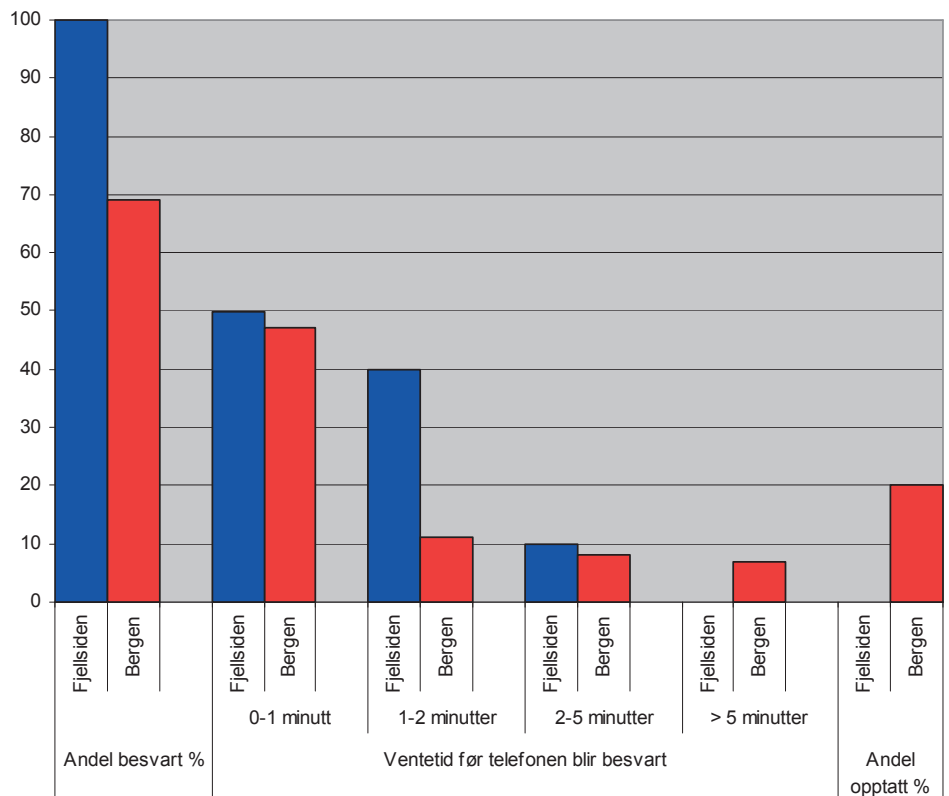
- 1) gutt to år, syk to dager, temperatur 39,5, øreverk fra i går, hoste og tung pust
- 2) kvinne, vond nakke siste to uker, hodepine nesten hver dag
- 3) mann 52 år, ønsker en helsesjekk

Ventetid for time hos legene ved hvert kontor ble kartlagt ut fra status i legesenterets timebøker. FIGUR 4 viser resultatene for telefontilgjengelighet for Fjellsiden sammenlignet med gjennomsnitt for Bergen («benchmarking»).

Åpningstid for telefon per uke ble også kartlagt. Her hadde Fjellsiden 27 timer, mens gjennomsnitt for Bergen var 21,3.

For kasuistikkene ble resultatene slik (minimum og maksimum dager ventetid):

	FJELLSIDEN	BERGEN
Gutt med feber	0	0-1
Kvinne med hodepine	0-1	1-2
Mann med helsesjekk	14	12



FIGUR 4. Resultater fra kartlegging av telefontilgjengelighet 2008. (Fjellsiden legesenter sammenlignet med gjennomsnitt i prosent for Bergen kommune)

Omtrent samtidig ble det distribuert et spørreskjema som skulle deles ut til pasientene med spørsmål om det var enkelt å komme fram på telefonen, om de ofte møtte telefonsvarer eller opptattsignal, om de var tilfredse med åpningstiden for telefonen, om de fikk time raskt ved akutt sykdom, og om de var fornøyd med ventetiden for time ved ikke-akutt sykdom. Alle spørsmål skulle besvares på en skala fra en (dårligst) til fem (best). Fra brukerundersøkelsen ble resultatene slik:

	FJELLSIDEN	BERGEN
Komme fram på telefon	3,5	3,8
Møter svarer eller opptatt	2,6	3,3
Åpningstid for telefon	3,8	4,0
Time raskt ved akutt sykdom	4,0	4,0
Time ved ikke-akutt sykdom	3,8	3,7

Vi delte først ut 100 skjema fortløpende, men oppdaget dessverre først ved innsamling at skjemaet var utformet slik at det var vanskelig å fortolke hvilket spørsmål som var besvart, og hvilken skår som var gitt. Dermed omarbeidet vi skjemaet grafisk, delte ut 100 nye skjema og makulerte de første 100. De utfylte skjemaene ble innsendt til Helsevernetaten der resultatene ble kodet, sammenlignet og sendt tilbake til legekontorene.

Vi hadde vært lettet over at andre hadde

laget skjemaet for oss, og lærdommen ble at selvutviklede skjema må gjennomgås og testes grundig før bruk. Det var behagelig å slippe å kode og systematisere resultatene, og benchmarkings-effekten ga spennende muligheter for å sammenligne med andre. Denne studien ga også viktige momenter til diskusjonen ved at de faktiske tilgjengelighetsforholdene kunne sammenlignes med brukernes synspunkter.

I den påfølgende diskusjonen konsentrerte vi oss om pasientenes misnøye med vår telefontilgjengelighet, selv vi stort sett kom ut sammenlignbart eller kanskje litt bedre enn andre legekontor i Bergen. Selv om vår åpningstid for telefon var vesentlig høyere enn gjennomsnittet (og bruk av telefonsvarer la vere), var våre pasienter mindre tilfredse enn gjennomsnittspasienten på dette punktet. Vi hadde god tilgjengelighet for akutt og semi-akutte problemstillinger, men vesentlig lengre ventetid for ikke-akutt sykdom enn gjennomsnittet. Våre pasienter var imidlertid ikke mer misfornøyd på dette punktet. Diskusjonen handlet først og fremst om hvilke praktiske tiltak vi kunne iverksette for å styrke pasientenes opplevelse av god telefontilgjengelighet.

Med de forbehold som er nevnt angående skjemaformering var dette en brukerundersøkelse som var lett for oss å gjennomføre,



spesielt fordi bearbeidingen ble gjort sentralt. Vår diskusjon ble styrket av at vi kunne sammenligne oss med andre, og at brukernes synspunkter kunne sammenholdes med kartlegging av de faktiske forholdene. Konkrete endringer som ble gjennomført som følge av resultatene og diskusjonen var imidlertid færre enn etter den foregående brukerundersøkelsen.

## Diskusjon

Hvilken lærdom kan vi trekke av disse erfaringene? Hvilke muligheter og begrensninger innebærer de ulike metodene vi har prøvd, og hva betyr dette i en travelt hverdag på et legekort som gjerne vil forbedre sine tjenester?

## Ulike kunnskapskilder

Ved Fjellsiden legesenter valgte vi å bruke *spørreskjema* til datainnsamling ut fra en vurdering om forventet gevinst i forhold til ressursinnsatsen. Et validert spørreskjema er som regel å foretrekke fremfor hjemmesnekrete varianter, både fordi spørsmålene har vært utprøvd og testet, og fordi vi kan sammenligne oss med andre som har brukt samme metode. Bak The Patient Experience Questionnaire (PEQ) ligger en omfattende utviklingsprosess som skulle kvalitetssikre brukerundersøkelsen (10–11). Sammenlignet med de andre skjemaene vi brukte ga imidlertid dette skjemaet resultater med lavest praktisk nytteverdi. Instrumenter som er utviklet for vitenskapelige studier eller styringsformål er ikke nødvendigvis egnet til lokal kvalitetsforbedring. På den annen side erfarte vi også i den siste tilgjengelighetsundersøkelsen at utforming av spørreskjemaet kan være en kritisk faktor der det kan være nyttig å støtte seg til vitenskapelig metode.

Brugerundersøkelser med *fokusgruppemetodikk*, der utvalgte pasientgrupper samles til gruppeintervju (7) krever mer innsats og er sårbart når det gjelder utvalg og overførbarhet. Dette har vi ikke vurdert å gjøre.

## Praktisk gjennomføring

Terskelen for gjennomførbarhet skal være lavest mulig. Vi kopierte selv opp det nødvendige antall *skjemaer*, uten innsats eller kostnader fra trykkeri. Skjemaene kunne selvsagt fått et mer innbydende utseende om vi hadde brukt profesjonell hjelp til grafisk design, men den gode svarprosenten tyder på at vårt alternativ fungerte tilstrekkelig godt.

Vi tror svarprosenten ble vesentlig styrket ved at vi ba pasientene fylle ut skjemaet på *venterommet* og deretter levere det, isteden for å ta med skjemaet hjem og sende det til legekortet. Vi kan imidlertid ikke be pasiente-

ne bruke mye tid på venterommet etter avsluttet konsultasjon, og derfor må skjemaet ha et overkommelig omfang. Det er vanskelig å vurdere hvor mange spørsmål eller sider som representerer et maksimum. Våre tre skjema hadde 3–17 spørsmål. De aller fleste av spørsmålene var besvart, noe vi tok som et tegn på at pasientene hadde forstått spørsmålene våre.

Vi valgte å *distribuere* skjemaene ved avsluttet konsultasjon til pasienter som kom til kortet. På denne måten får vi ikke svar fra pasienter som vi ikke ser – kanskje en gruppe som har viktige synspunkter på våre tjenester, for eksempel tilgjengelighet. Postal distribusjon av spørreskjema krever imidlertid vesentlig mer ressurser. Vår vurdering var at dette neppe var verdt innsatsen.

*Bearbeiding* av svarene krever ressurser og kompetanse. Ved koding og systematisering av svarene var det en fordel å ha forskningsbakgrunn, men dette skal ikke være nødvendig for å gjennomføre brukerundersøkelser på et vanlig legekort. Vi opplevde det som en god avlastning, ikke minst i forhold til tid, da bearbeidingen for den tredje brukerundersøkelsen ble gjennomført sentralt av andre enn oss. Vi så det også som avgjørende å samle legekortet til gjennomgang av resultatene fra brukerundersøkelsen etter bearbeiding. Diskusjonen omkring utfordringer og endringsmuligheter er mye mere verdt enn tallene i seg selv.

## Validitet – hva måler skjemaet, og hva kan dette brukes til i praksis?

Noen brukerundersøkelser måler *pasienterfaringer* (6), andre måler *tilfredshet* (4). Uansett hvordan spørsmålene er utformet, blir nytteverdien i forhold til forbedring begrenset hvis de fleste som svarer er veldig fornøyde, slik vi opplevde i Fjellsiden med PEQ. Dette kalles ‘ceiling effect’ og er en av de faktorene man vurderer systematisk med psykometrisk testing av skjemaer for forskningsformål (4).

Resultatene kan gjøres opp for legekortet samlet, eller svarene kan deles opp på hver enkelt lege. Igjen må vi se på utforming av skjemaet og vurdere hvilke spørsmål som egentlig refererer seg til systemnivået på legekortet, og hvilke som måler egenskaper ved legen. EuroPEP er et skjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis som gjør det mulig å atskille disse to dimensjonene (4). Fjellsiden legesenter har ikke erfaringer med dette skjemaet. For våre tre brukerundersøkelser valgte vi å se på legekortet under ett. Allmennlegekortet er en liten enhet der det å utpeke noen til synde bukker som følge av dårlige resultater kan skape negativt klima for samhandling og forbedring. Vi vet imidlertid at større legekort har gjennomført

brugerundersøkelser med individualiserte resultater (5).

Selv om spørreskjemaet er validert, er det ikke sikkert at det først og fremst er kvaliteten på legen eller legekortet som måles, men kanskje i like stor grad egenskaper ved legens pasientpopulasjon (12). Det samme gjelder for benchmarking, der sammenligning av kvalitet mellom ulike legekort kan ha mange forklaringer.

Husk også at prioriterings spørsmål ikke alltid kommer klart frem i et spørreskjema om hva folk ønsker seg. Vil de ha kveldsåpent, vil de ha kort ventetid og vil de ha lang tid inne hos legen, kan det tenkes at de blir nødt til å velge.

## Praktisk kvalitetsarbeid

Validitet, som gjelder hvorvidt instrumentet kartlegger det man ønsker å kartlegge, er et kontekststøttet begrep. Kvale skriver om pragmatisk validitet (13), som handler om brukbarhet i en gitt sammenheng. Best utbytte for praktisk kvalitetsarbeid fikk vi i Fjellsiden fra den andre brukerundersøkelsen med tre enkle åpne spørsmål. Her var det mye råstoff for konkrete diskusjoner. Alle kommentarer ble vurdert, mange ble utredet videre, og noen endringer ble til slutt gjennomført. I et slikt design er det viktig å ha et nøkternt forhold til tall. Om en enkelt pasient har kommentert noe som ingen andre sier noe om, kan det likevel være betydningsfullt. Omvendt er det ikke sikkert at det mange har sagt noe om, vurderes som verdt eller mulig å endre. Slike data skal ikke telles opp, prosentueres og krysskjøres. Den tredje brukerundersøkelsen om tilgjengelighet ga oss en nyttig målestokk ved at vi både hadde faktiske tall for ventetid og tilfredshet i forhold til dette.

## Hva så?

Til syvende og sist er det kvalitetsforbedring i praksis som forteller om brukerundersøkelsen er nyttig for formålet. Oppsummerer vi våre erfaringer, fastholder vi fortsatt at det er behov for standardiserte, validerte spørreskjema utviklet og utprøvd for nettopp denne konteksten. Mye kan tyde på at EuroPEP-skjemaet er et brukbart utgangspunkt, men at det kan være aktuelt å justere og nedkorte dette atskillig for å sikre gjennomførbarhet og overkommelig innsats angående bearbeiding (4–5).

Kanskje det er mulig å etablere sentrale eller regionale systemer for databearbeiding og benchmarking, slik at legekortet ikke opplever dette som unødig ressurskrevende. Gjennomgangen av resultatene er tross alt det viktigste her. Det er også viktig å vurdere

hvordan de gode erfaringene med åpne spørsmål best kan videreføres, slik at endringsdiskusjonene blir mest mulig konkrete.

#### Takk

*Til leger og helsesekretærer ved Fjellsiden legesenter for god samhandling i praktisk kvalitetsforbedring. Takk også til pasientene som år etter år har fylt ut skjemaer for oss.*

#### REFERANSER

1. Helse-og-omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731) Oslo 2002.
2. Holmboe O BØ, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2009.
3. Danielsen K IH, Bjertnes ØA. Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter. Notat 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2009.
4. Bjertnes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Family Practice* 2010; doi: 10.1093/fampra/cm098.
5. Lyngstad I. Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? – Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis. *Utposten* 2008; 6: 27–31.
6. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of inter-action, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001;18 4: 410–8.
7. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012 (in press).
8. Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor (Quality assurance and review in general practice). *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127 17: 2236–8 (in Norwegian).
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
10. Steine S, Finset A, Laerum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120 3: 349–53.
11. Lærum E, Steine S, Finckenhagen M, Finset A. The final version of the Patient Perspective Survey (PPS): a new tool to improve consultation outcome and patient participation in general practice patients with complex health problems. Doctors' and patients' evaluation and guidelines for clinical use. *Family Practice* 2002;19 3: 264–71.
12. Hong CS, Atlas SJ, Chang Y, Subramanian SV, Ashburner JM, Barry MJ et al. Relationship between patient panel characteristics and primary care physician clinical performance rankings. *JAMA* 2010;304 10: 1107–13.
13. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Calif.: Sage, 1996.

kirsti.malterud@isf.uib.no

