

Forfatterne etterlyser virkemidler for å gjøre bruk av pasienterfaringer til forbedring av virksomheten på allmennelegekontoret. I denne artikkelen presenterer de MiniPEP – et enkelt spørreskjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis. Målet er å utvikle en metode med høy relevans og lav gjennomføringstærskel.

RED. ANM.

MiniPEP

■ **KIRSTI MALTERUD** • Allmennelegemedisinsk forskningsenhet i Bergen, tidligere fastlege ved Fjellsiden legesenter, Bergen
INGER LYGSTAD • fastlege ved Ringerike Medisinske Senter, Hønefoss

Brukerundersøkelser og måling av pasienttilfredshet er et utslag av økt vektlegging av mål- og resultatstyring i helsetjenesten, hvor forholdet mellom pasient og behandler i økende grad forstås som en relasjon mellom kunde og tjenesteyter (1). Forskrift om internkontroll pålegger helsetjenestevirksomheter å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten (2). Likevel gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser bare hos et fåtall av norske fastleger (3). Det er utviklet en rekke verktøy for innsamling av brukererfaringer i helsetjenesten, men de fleste av disse er bedre tilpasset forholdene i sykehus enn i primærhelsetjenesten og er sjeldent utviklet med sikte på å skaffe data som kan danne grunnlag for lokal kvalitetsforbedring. Kunnskapssenteret gjorde i 2009 en gjennomgang av validerte måleinstrumenter som måler pasient- og /eller pårøndererfaringer med allmennleger (4). 15 validerte måleinstrumenter ble identifisert, men seks av disse ble ikke funnet relevante for formålet. To av de ni gjenværende instrumentene, *The patient experience questionnaire (peq)* og EUROPEP, har vært brukt i Norge (5–7).

Brukerundersøkelser som kunnskapskilde for lokal kvalitetsforbedring

Som fastleger ved Fjellsiden legesenter i Bergen og Ringerike Medisinske Senter har vi



vært opptatt av lokal kvalitetsforbedring, blant annet med brukerundersøkelser på allmennelegekontoret (7–8). Erfaringer fra Fjellsiden legesenter med tre ulike metoder er tidligere presentert:

- 1) *PEQ* (2005)
- 2) *tre åpne spørsmål* med kvalitativ bearbeiding (2006)
- 3) *spørreskjema om tilgjengelighet* (2008) (9).

Ringerike Medisinske Senter gjennomførte høsten 2007 en brukerundersøkelse med *NorPEP*, en norsk bearbeiding av spørreskjemaet EUROPEP (7, 10). 557 pasienter (62 prosent) besvarte spørreskjemaet. På linje med danske kolleger opplevde legene denne formen for brukerundersøkelse som faglig inspirerende og nyttig (11).

Vi har erfart hvordan ulike metoder for

RAMME 1

EUROPEP 2006 – SF 10

What is your assessment of the general practitioner over the last 12 months with respect to:

4. Involving you in decisions about your medical care
8. Helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities
14. Helping you deal with emotions related to your health status
15. Helping understand why it is important to follow the GPs advice

16. Knowing what has been done or told during previous contacts in the practice
17. Preparing you for what to expect from specialists, hospital care or other care providers

What is your assessment of the general practice over the last 12 months with respect to:

19. Getting an appointment to suit you?
20. Getting through to the practice on telephone?
21. Being able to talk to the general practitioner on the telephone
22. Waiting time in the waiting room?

NEW TIME FOR QUALITY OF CARE RESEARCH

EUROPEP 2006

Revised Europep instrument and user manual

Michel Wensing (co-ordinator)

Contributors:

Richard Baker, Peter Vedsted, Hanne Heje, Anja Klingenberg, Bjørn Broge, Janko Kersnik, Luc Seuntjens, Beat Kunzi, Maria Milano, Ernesto Mota, Glyn Elwyn, Richard Grof

UMC St Radboud

– brukerundersøkelse som metode for praktisk kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret



Hvordan skape et bedre legekontor? Fjellsiden legesenter i Bergen og Ringerike Medisinske Senter i Hønefoss har prøvd ut Mini-PEP, en brukerundersøkelse for allmennpraksis. Disse pasientskjemaene ble resultatvurdert med sikte på lokal kvalitetsforbedring. FOTO K. MALTERUD OG I. LYNGSTAD

brukerundersøkelser i vekslende grad leverer konkrete bidrag til lokal kvalitetsforbedring (9). Vi har også sett at instrumenter utviklet for bruk i forskning eller for ekstern styring og kontroll kan være ressurs- og kompetansekrevene. Vi mente derfor det var behov for utprøving av virkemidler der pasienterfaringer kunne utnyttes som kunnskapskilde for kvalitetsarbeid på allmennlegekontoret. Sammen ønsket vi å utvikle en metode med høy relevans og lav gjennomføringsterskel. I denne artikkelen presenterer vi erfaringer og resultater fra utvikling, utprøving og evaluering av *Mini-PEP* – et enkelt spørreskjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis.

MiniPEP – et enkelt spørreskjema for allmennpraksis

Vi tok utgangspunkt i *EUROPEP*, et spørreskjema for brukerundersøkelser som har vært

utprøvd i 15 europeiske land (7, 10–11). Skjemamaterialet omfatter 23 spørsmål om pasientens erfaringer med sin fastlege siste år innen fem ulike områder:

- 1) lege-pasient-forholdet
- 2) legens faglighet
- 3) informasjon/support
- 4) kontinuitet/samhandling
- 5) organisasjon/tilgjengelighet.

For disse temaene regnes pasientvurdering som en god kunnskapskilde (12).

Vi ønsket å utvikle et instrument som bygget på validert metodikk, men med mer begrenset omfang enn europep slik at skjemaet ville kreve mindre tid og innsats ved utfylling og bearbeiding. Vi vurderte først om vi kunne bruke *EUROPEP* 2006 SF10, en forkortet versjon av *EUROPEP* med ti spørsmål (13) (SE RAMME 1), men besluttet å begrense omfanget av skjemaet til en A4-side med maksimalt seks enkle avkryssings spørsmål. Deret-

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Fjellsiden legesenter 2010

HVA MENER DU OM FASTLEGEN OG LEGESENTERET DITT?

Vi mener at pasienten er en viktig deltaker i helsetjenesten.

Vi forsøker å ta hensyn til dine synspunkter slik at vi kan forbedre kvaliteten på helsetjenesten.

Derfor ber vi deg svare på noen spørsmål. Sett kryss for hvert spørsmål i de rutene som passer best.

Skriv gjerne kommentarer på baksiden av arket. TAKK FOR HJELPEN!

Hva er mitt syn på min fastlege og på legesenteret de siste 12 måneder, når det gjelder ...	Svært misfornøyd				Svært fornøyd	Passer ikke
å ta meg med på avgjørelser om hva som skulle gjøres av medisinske tiltak?						
å fortelle meg hva jeg ønsker å vite om mine plager eller min sykdom?						
hjelpsomhet blant personalet (andre personer enn legen)?						
å få time på et tidspunkt som passer for meg?						
å komme gjennom til legesenteret på telefon?						
ventetid på venterommet?						

RAMME 2. MiniPEP – Spørreskjema med introduksjon og spørsmål.

ter gjorde vi et utvalg fra EUROPEP med prioritet til spørsmål med god psykometrisk skåre (6, 13). Spørsmål om både praksisorganisering og personorienterte erfaringer ble tatt med (12). Muligheten for å lykkes med kvalitetsarbeid i allmennpraksis øker når det blir tatt hensyn til forutsetninger for effektivt teamarbeid, som aktiv ledelse og tverrfaglig deltakelse (14–15). For å øke bevisstgjøringen om flerfaglig samarbeid i lokalt kvalitetsarbeid inkluderte vi derfor også det eneste spørsmålet i EUROPEP som fokuserer direkte på legesenterets medarbeidere. I tillegg ga vi mulighet for fritekstkommentarer.

De seks spørsmålene som vi valgte, er vist i ramme 2 ovenfor.

Fire av disse kommer altså fra EUROPEP 2006 SF10. Vi brukte norsk oversettelse av spørsmålene fra NorPEP-skjemaet (7).

Utprøving og evaluering av MiniPEP

Utprøving av skjemaet foregikk ved Fjellsiden legesenter i desember 2010 og ved Ringerike Medisinske Senter i februar 2011. Legene delte ut skjema etter avsluttet konsultasjon, ved Fjellsiden til sammen 100 skjema, ved Ringerike Medisinske Senter 142 skjema i løpet av en avtalt periode. Skjemaet ble fylt ut på venterommet og levert i lukket boks.

I etterkant vurderte vi spesielt hvordan resultatene kunne gi konkrete innspill til lokal kvalitetsforbedring (9). Resultatene ble bearbeidet og presentert i søylediagram med prosentvis fordeling av skåre for hvert av de seks spørsmålene i MiniPEP, med sammenlikning mellom Fjellsiden legesenter og Ringerike Medisinske Senter. Skåre ble operasjonalisert fra én til fem og visualisert med fargekoder (fra dårligste til beste resultat: rød – orange – gul – lysegrønn – mørkegrønn). Evalueringen ved Fjellsiden legesenter ble gjennomført ved hjelp av *tilpasset fokusgruppemetodikk* der tre helsesekretærer og fire allmennleger under ledelse av moderator (KM) gjorde en kritisk drøfting av disse resultatene og erfaringene fra gjennomføring av brukerundersøkelsen (9, 16).

Vi fokuserte først diskusjonen på tema der Fjellsiden hadde høyest andel skår innen de to dårligste svarkategoriene én og to, nemlig telefontilgjengelighet, få time på tidspunkt som passer meg, ventetid på venterommet. For disse temaene sammenholdt vi våre resultater med Ringerike Medisinske Senter og vurderte betydningen av funnene. Evalueringdiskusjonen omfattet ressursinnsats i datainnsamling og bearbeiding, presentasjon av resultater fra pilotstudien samt drøfting av resultatenes pragmatiske validitet som kvalitetsforbedringsgrunnlag

(17). Lydopptak fra gruppeintervjuet var ikke egnet for formell kvalitativ analyse men ble transkribert og brukt som støtte for en sammenfatning som vi presenterer nedenfor. Erfaringsbaserte feltnotater fra Ringerike Medisinske Senter supplerer evalueringfunnene som presenteres i det følgende.

Hva fant vi med MiniPEP, og hva kunne vi bruke resultatene til?

Logistikken med MiniPEP ble ved begge legesentra vurdert som enkel og lite ressurskrevende, herunder produksjon av spørreskjema. Svarprosenten var henholdsvis 96 prosent (Fjellsiden) og 78 prosent (Ringerike Medisinske Senter). Diskusjonen avdekket at det kunne ha forekommet noe seleksjonsbias, selv om meningen var å dele ut skjema fortløpende. Helsesekretærenes vurdering var at innsamling av skjemaene krevde minimalt av ressurser. Bearbeiding av de utfylte skjemaene, med opptelling av resultatene og vurdering av hvilket format som egnet seg best for presentasjon av funnene, tok noe tid for kvalitetsansvarlig lege. Hadde vi hatt en standardmal med excel-makro for databehandling hadde denne fasen gått atskillig fortere.

For de fleste temaene var resultatskåre me-

get tilfredsstillende for begge legesentrene, med 82–95 prosent av svarene i de to beste svarkategoriene fire og fem (FIGUR 1).

Vi konstaterte raskt at pasientene var meget godt fornøyd med hvordan legen tok dem med på avgjørelser om medisinske tiltak, hvordan legen fortalte dem om deres sykdom eller plager, og med hjelpsomheten blant medarbeiderne. Forbedringspotensialet for disse temaene var derfor begrenset. For temaene ventetid på venterommet og telefontilgjengelighet var resultatene dårligere for begge legesenter, med 45–76 prosent av svarene i de to beste svarkategoriene. For disse to temaene var også andelen av aller laveste skåre (1) høyest, noe vi valgte å legge vekt på selv om den relative andelen av disse var beskjeden. På spørsmålet om å få time når det passer

pasienten, skåret Fjellsiden dårligere enn Ringerike Medisinske Senter. Vi opplevde at sammenlikningen senket terskelen for forbedringsdiskusjoner – det var lettere å ta et relativt dårlig resultat på alvor når vi hadde skåret dårligere enn de andre, samtidig som vår entusiasme for endring ble styrket av at det ikke sto så verst til hos oss tross alt.

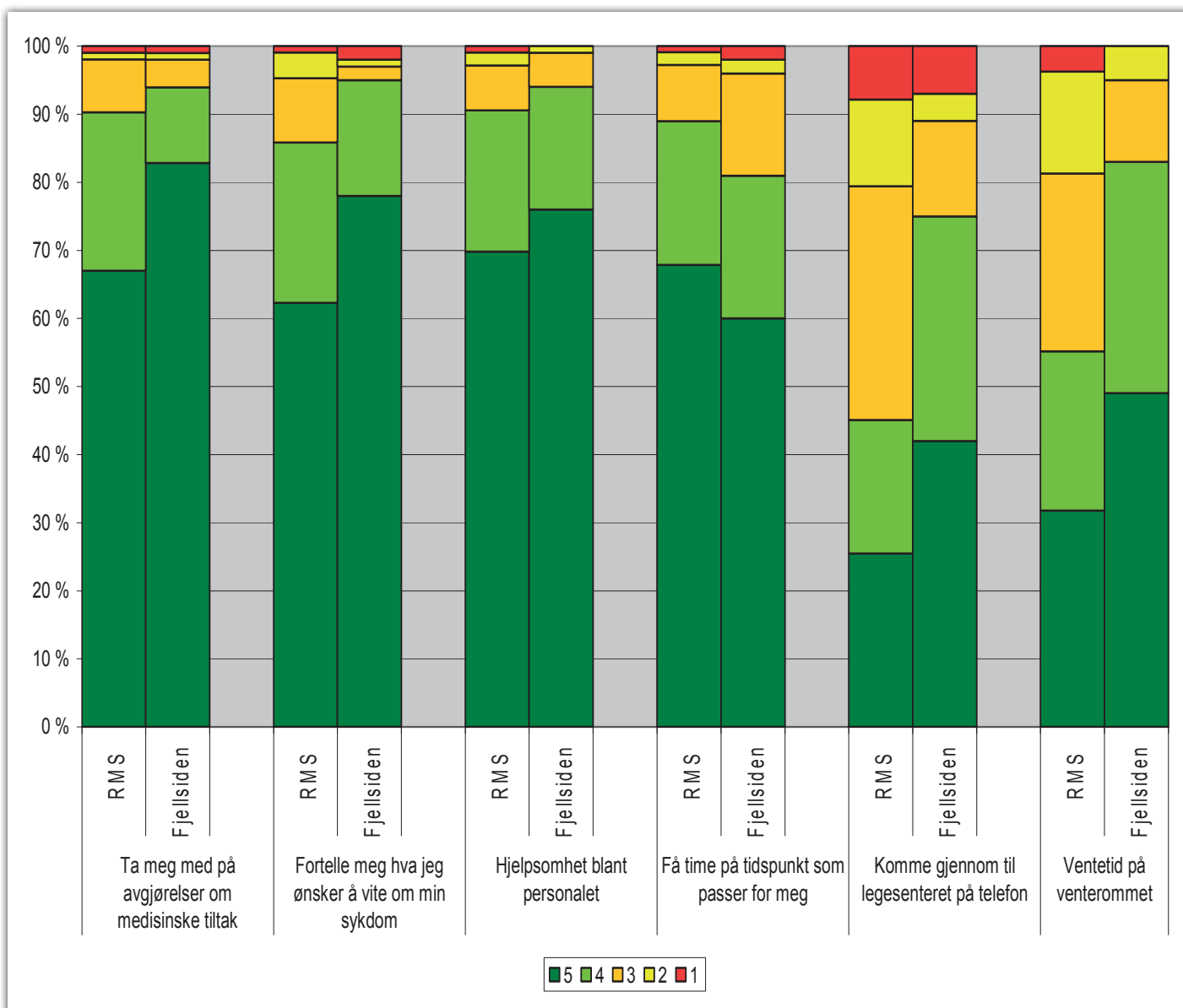
Funnene utløste en diskusjon av forholdet mellom *tilgjengelighet* og beredskap i allmennpraksis, der vi ble opptatt av at publikums forventninger om å komme til på kort varsel også måtte sammenholdes med faglige behov for prioritering av hastegrad. Ved en undersøkelse av legesenterets tilgjengelighet noen år tidligere var pasienttilfredsheten svært høy når det gjaldt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp (9). Vi drøftet om dette med å få time på

tidspunkt som passer perfekt for pasienten kunne være eksempel på en forventning som vi kanskje ikke ønsker å oppfylle fullt ut, i hvert fall når man vurderer dette opp mot alternativene for hvordan timeboka kan brukes til å gjøre faglig forsvarlige prioriteringer.

Det kom ikke overraskende for oss på Fjellsiden legesenter at ikke alle våre pasienter var tilfredse angående *ventetid på venterommet*. Vi hadde nylig gjennomført en audit der vi registrerte ventetid på venterommet for hver enkelt lege (18). Resultatene fra auditen viste at det var betydelig spredning mellom legene ved Fjellsiden legesenter, og vi hadde allerede diskutert hvorvidt og hvordan det kunne være mulig å gjøre noe med dette.

Dermed konsentrerte diskusjonen seg om temaet *telefontilgjengelighet*. Også her hadde vi tidligere registrert praksis ved Fjellsiden legesenter (9, 19) og gjentatte ganger forsøkt å

FIGUR 1. Prosentvis fordeling av skåre (1-5) på de seks forskjellige spørsmålene i MiniPEP. Resultater fra Ringerike Medisinske Senter (RMS) sammenliknet med Fjellsiden legesenter



implementere forbedringstiltak. Likevel var vi altså ikke kommet tilfredsstillende i mål. Først gjennomgikk vi mulige forbedringer som kunne følge av at vi skulle skifte ut legesenterets telefonsentral. Kanskje kunne det fungere bedre om pasienten fikk informasjon om sin plass i køen når det ble venting på telefonen. Men helsesekretærene påpekte at telefontilgjengeligheten i all hovedsak bestemmes av hvor mange som kan ta telefonen når den ringer, og hvordan telefonkontakt utad håndteres av dem som svarer. Vi visste fra tidligere at de fleste telefonene kom på mandager, og at flertallet omfattet bestilling av time, sykmelding eller faste resepter (19). Vi diskuterte derfor hvorvidt pågangen på telefon ville reduseres hvis vi introduserte teknologiske løsninger (SMS eller internett). Vi hadde hørt om ulike erfaringer hos kolleger som hadde gjennomført slike reformer, og fant ingen entydig dokumentasjon. Derfor gjorde vi en gjennomgang av rutiner og tiltak som kunne tenkes å påvirke både antall inngående telefoner og tid brukt på disse.

Diskusjonen fokuserte på *rutiner for hvordan våre pasienter får informasjon om prøvesvar*. Det viste seg at det var noe ulik praksis blant legene angående dette, men at legene ofte sendte svar til pasienter enten det var patologisk eller ikke. Likevel var helsesekretærens opplevelse at telefonhenvendelser angående prøvesvar hadde økt betydelig, kanskje som følge av at folk flest har lavere terskel for å ta en telefon enn før. Det kan også tenkes at medieomtale av at medisinsk informasjon kommer bort i posten gjør at pasientene kjenner seg usikre hvis de skal vente på et svar. Løsningen var derfor ikke å sende skriftlig svar til alle, men å utarbeide felles rutiner der pasientene kunne kjenne seg tilstrekkelig trygge på at de fikk den informasjon de skulle. Diskusjonen ble meget konkret og ledet til beslutninger om felles rutiner angående prøvesvar, dessuten hvordan telefonen best kunne bemannes på de tidspunktene der trykket er størst. Det var dessuten enighet om å gjenta en ukes registrering av telefonhenvendelser for å se om omfanget og fordelingen hadde endret seg vesentlig siden sist.

Sammenliknet med andre metoder som tidligere hadde vært forsøkt, mente Fjellsiden legesenter likevel at utbyttet i forhold til relevans var noe lavere for MiniPEP enn da vi brukte et enkelt spørreskjema med tre åpne spørsmål (Ris, Ros, Forslag til forbedringer) (9).

Nytteverdi og begrensninger av denne metoden

Vi har utviklet MiniPEP som en metode for praktisk kvalitetsforbedring, ikke som et vitenskapelig instrument. Relevans og gjen-

nomførbarhet har vært høyere prioritert enn nøyaktighet og repeterbarhet. I evalueringen vil vi likevel drøfte forhold som kan påvirke validiteten. Validitet er et kontekstavhengig begrep. Kvale skriver om *pragmatisk validitet* (17) som handler om brukbarhet i en gitt sammenheng. Her har vi valgt å legge større vekt på prosessen omkring utvikling, anvendelse og lokal nytteverdi av MiniPEP-skjemaet enn på resultatene i seg selv. Selv om spørreskjemaet er validert, er det ikke sikkert at det først og fremst er kvaliteten på legen eller legeskontoret som måles, men kanskje i like stor grad egenskaper ved legens pasientpopulasjon (20–21). Derfor må resultatene tolkes med rimelig skjønn, slik at leger som tar ansvar for marginaliserte pasientgrupper ikke får dårlige karakterer for dette.

Utdeling av spørreskjema kommer som et tillegg til det som legen vanligvis gjør i konsultasjonen, og derfor kan det ubevisst eller bevisst bli utelatt. Dermed er ikke bare *svarprosenten* av betydning for vurdering av resultatene, men også *utdelingsprosenten*. Det er variasjon mellom legene – noen får delt ut skjema svært raskt, andre bruker lengre tid. Den samlede effekten av dette ble imidlertid vurdert som beskjeden. Samtidig tydeliggjorde diskusjonen omkring dette at de absolutte resultatene av en slik kartlegging trolig har mindre betydning enn prosessen der resultatene diskuteres.

Skal man sammenligne med andre og få til en *benchmarking*, er det avgjørende at prosedyren gjennomføres på sammenlignbar måte av alle deltakere. Ved undersøkelsen fra Ringerike Medisinske Senter i 2008 varierte svarprosenten fra 36 til 72 prosent blant de ni deltagende legene (7). Verdien av benchmarking mellom legene på et legesenter vil kompliseres når legene oppnår ulik svarprosent og ulikt grunnlag for evalueringen. Resultatene fra Ringerike Medisinske Senter i 2008 på spørsmålet om ventetid på venterommet viste for eksempel betydelig spredning mellom legene (22–70 prosent av svarene i de to beste svarkategoriene, mens gjennomsnittet var 48 prosent) (22). Dette viser nødvendigheten av å analysere problemet videre og muligens for hver enkelt lege. I MiniPEP-undersøkelsene sammenliknet vi imidlertid resultater fra de to legesentrene og analyserte ikke data for hver enkelt lege.

En annen form for sammenlikning som kan være nyttig i lokalt kvalitetsarbeid er å følge opp forbedringsområder over tid, slik man har gjort for telefontilgjengelighet ved Ringerike Medisinske Senter med gjentatte brukerundersøkelser (på en skala fra 1 til 5 var gjennomsnittresultatet i 2007: 2,8, i 2010: 3,7, i 2011: 3,4). For å kunne sammenlikne mellom gjentatte brukerundersøkelser må man bruke samme mål, for eksempel gjen-

nomsnittsverdien (7). Tidligere evalueringer av EUROPEP har imidlertid vist at spørsmålet om telefontilgjengelighet gir stor spredning i resultatene slik at det kreves et stort antall besvarelser for å kunne si noe sikkert om tilfredsheten (6, 23).

Ceiling-effekt er en metodisk betegnelse på et spørsmål som ikke diskriminerer godt nok fordi det store flertall av svar skåres på topp. De fire spørsmålene vi hadde hentet fra EUROPEP 2006 SF10 hadde tidligere vist tilfredsstillende nivå for ceiling-effekt (56–59 prosent) (6). Vi fikk likevel begrenset lokal forbedringseffekt ut av de beste resultatene. Dette kan bety at situasjonen er tilfredsstillende, men kan også være en indikasjon på at spørsmålene likevel ikke er tilstrekkelig robuste. For EUROPEP-skjemaet er det funnet stor spredning i ceiling-effekt både mellom de ulike spørsmålene og fra land til land (6, 23–24).

Frich påpeker at opplevd tilfredshet ikke nødvendigvis samsvarer med faglige vurderinger av kvalitet (1). Man kan for eksempel spørre seg om brukerevaluerte gjennomsnittsverdier er egnet som kvalitetsmål for vitale medisinske funksjoner, som spørsmålet fra EUROPEP om hvorvidt legesenteret yter rask hjelp i akutte situasjoner. Vår vurdering er at en eneste akutt situasjon som ikke blir håndtert riktig allerede er en for mye, og at registrering av feil og klager sannsynligvis er en bedre metode for denne delen av forbedringsarbeidet (25). Her blir det også en avveining av brukerbehov som kan representere gjensidige motsetninger, der for eksempel legesenterets utfordring kan være å øke mulighetene for å få en time som passer uten at det går ut over beredskapen ved akutte situasjoner.


Brukbarhet i praksis

Samlet vurderer vi MiniPEP som en metode med lav gjennomføringsterskel og godt potensial som kunnskapskilde for forbedringsarbeid på allmenlegekontoret. I videre utprøving anbefaler vi komparativt evaluering der denne metoden sammenliknes med enkle kvalitative strategier for brukerundersøkelser (9). Det er imidlertid ikke sikkert at den ene metoden er bedre enn den andre. En verktøykasse som har plass til flere forskjellige metoder for brukerundersøkelser vil kunne styrke legekontorenes muligheter til kritisk refleksjon over egen virksomhet.

Takk til Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og prosjektet Senter for allmenmedisinsk kvalitet (som har gitt støtte til gjennomføring av dette prosjektet), til Michael Wensing og Richard Grol (som har gitt tillatelse til at vi kaller denne metoden for MiniPEP) og til våre kolleger og medarbeidere (som har vært med på utprøvingen av MiniPEP).

REFERANSER

1. Frich JC. Pasienters erfaringer – til nytte? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 507.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
3. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fundundersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
4. Danielsen K, Iversen HH, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter. Notat, november 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
5. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001; 18: 410–8.
6. Bjertnæs 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/cm9098.
7. Lyngstad I. Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis. *Utposten* 2008; nr. 6: 27–31.
8. Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2236–8.
9. Malterud K. Brukerundersøkelser i allmennpraksis – Erfaringer med ulike metoder. *Utposten* 2012; nr. 3: 14–9.
10. Grol R, Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice. The EUROPEP Instrument Nijmegen: Centre for Quality of Care Research 2000.
11. Heje HN, Vedsted P, Olesen F. General practitioners' experience and benefits from patient evaluations. *BMC Fam Pract*. 2011; 12: 116.
12. Levesque J-F, Haggerty J, Beninguisse G, Burge F, Gass D, Beaulieu M-D, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Family Practice* 2012; 13: 20.
13. Wensing M, Baker R, Vedsted P, Heje H, Klingenberg A, Broge B, et al. EUROPEP 2006 – Revised Europep instrument and user manual. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2006 (www.topaseurope.eu/files/Europeppresent-202006rapport_0.pdf).
14. Pedersen OB, Hovlid E. Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1046–9.
15. Nyen B, Vege A, Udness E. Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt. Notat 2012 fra Kunnskapssenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012.
16. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
17. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1996.
18. Malterud K, Prestegaard K, Løchen E. Ventetid på venterommet – Audit for kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret. *Utposten* 2010; nr. 6: 24–7.
19. Prestegaard K, Carlsen T, Nyen B, Malterud K. Telefongjengjenglighet – Praktisk kvalitetsarbeid på fastlegekontoret. Oslo: Den norske legeförening, 2005 (<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-for-ening-for-allmennmedisin/Referansegrupper/nfas-referansegruppe-for-praktisk-kvalitetsarbeid/Artikler-og-presentasjoner/telefongjengjenglighet/>).
20. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 178.
21. 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: 1107–13.
22. Lyngstad I. Tilgjenglighet er en viktig kvalitet. *Utposten* 2012; nr. 4: 46–7.
23. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 174–80.
24. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *The European journal of general practice* 2007; 13: 92–4.
25. Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2239–41.

 kirsti.malterud@isf.uib.no