

Att mäta patienters värdering av vården

En metodstudie

Clara Lindhé

Kerstin Tode

Claes-Göran Westrin

Kan man förbättra vården genom konsumentvärderingar? Hur tillförlitliga är i så fall sådana värderingar?

Dessa frågeställningar har varit utgångspunkten för en undersökning av patienternas reaktioner på vården vid Skara vårdcentral. Resultaten tyder på att man kan behöva kombinera enkäter med intervjuer. Informationen och motivationen av patienterna måste underkastas stor och kvalificerad omsorg. Det bör vara av värde att härvid anställa särskild personal utan tillhörighet till vårdcentralen för att introducera och övervaka undersökningen. En lämplig bakgrund kan vara psykologutbildning med klinisk erfarenhet.

Psykologerna Clara Lindhé och Kerstin Tode var vid tiden för undersökningen projektsekreterare vid den här beskrivna undersökningen respektive vårdcentralpsykolog vid Skara vårdcentral och docent Claes-Göran Westrin är ansvarig för det socialmedicinska utvecklingsarbetet vid vårdcentralen.

Det pågår för närvarande en livlig utveckling att i olika avseenden öka patienternas insyn i och inflytande över vården. Ett moment i denna utveckling är konsumentvärderingar av vården. Det är en metodik som har rötter i medicinskt-sociologiska undersökningar av hur patienter upplever vården (1, 2). Den har i olika varianter fått en praktisk tillämpning i det vårdorganisatoriska arbetet (3, 4), men åtminstone fram till de senaste åren rönt ett relativt sporadiskt intresse. Den sistnämnda bedömningen gäller särskilt om man jämför med att konsumentvärderingar sedan länge rutin-

mässigt tillämpats på många andra serviceområden.

Man kan spekulera över varför konsumentvärderingar av vården inte blivit mer vanligt förekommande, trots att de kunnat ge praktisk information av stort värde (jfr text 5). Till någon del kan detta sammanhålla med en tveksamhet beträffande tillförlitligheten i själva undersökningsmetodiken. En undersökning av sistnämnda och samhöriga problem skall redovisas i följande artikel. Den utgör en del av en större undersökning av patientreaktioner på vården vid Skara vårdcentral, som i sin tur är ett led i ett utvecklingsarbete, gällande olika aspekter på vårdproduktion och vårdkonsumtion vid vårdcentralen. (6). Den har också som bakgrund ett beslut 1973 av Skaraborgs läns landsting att följa patienternas reaktioner på vården vid olika vårdenheter i sjukvårdsområdet.

Skara vårdcentral startade sin verksamhet 1 november 1972. Den innebär att man till en lokal i kommunen sammanfört medicinska och sociala inrättningar som tidigare varit splittrade lokaliteter; en-läkarstationer, distriktssköterskemottagningar, socialbyrå, försäkringskassa, apotek och folktandvård.

Vårdcentralen betjänar Skara kommun med 17 000 innevånare. Den har sex allmänläkare och tillgång till specialistläkarkonsulter. Alla läkarbesök — förutom de till jourhavande — föregås av tidsbeställning genom receptionen. Väntetiden för oprioriterade fall var vid undersökningstillfället cirka en månad; olycksfall och akuta sjukdomstillstånd hade möjlighet att samma dag besöka jourhavande läkare. Natt- och helgjour handläggs liksom tidigare från jourcentralen vid närmaste lasarett, cirka 2,5 mil från Skara.

Vårdcentralen hade fram till tiden för undersökningstillfället råkat ut för en hel del kritik i form av insändare i tidningar etc. Kritiken hade ofta gällt avsaknaden av natt- och helgjour, långa väntetider, svårigheten att komma fram per telefon.

(För en fullständigare beskrivning av vårdcentralen, se 7.)

METODIK OCH MATERIAL

Undersökningen av patientreaktioner vid Skara vårdcentral har inriktats på följande frågeställningar:

1. Vad tycker patienterna om vården och bemötandet vid Skara vårdcentral?
2. Vilka förändringar av lokaler och arbetsformer önskar man?
3. Reagerar olika kategorier av patienter olika på vården vid vårdcentralen? (Jourfallen annorlunda än tidsbeställda besök? Patienter med kort resväg annorlunda än patienter med lång resväg? etc.)
4. Är frågeformulär en bra metod att använda vid mätning av patienternas åsikter om och erfarenheter av sjukvård?

Undersökningen har innefattat tre etapper med stigande ambitionsnivå:

Ettapp 1 omfattade ett kort och ostrukturerat frågeformulär (*tabell 1*), till alla som besökte folktandvård, distriktssköterske- och läkarmottagning under undersökningsperioden (25/6—6/7 1973). Enkäten besvarades anonymt i hemmet och återsändes i frankerat svarskuvert.

Tabell 1. Frågeformuläret vid *ettapp 1*.

Frågeformuläret vid *ettapp 1* innehöll — utöver uppgifter om kön, ålder och hemort samt omständigheterna vid vårdtillfället — följande frågor:

Om Ni har något förslag när det gäller vårdcentralen, skriv det här!

Jag saknar

Jag skulle vilja ändra

Jag skulle vilja förbättra

Övrigt

Ettapp 2—3 har omfattat längre och strukturerade frågeformulär till alla som sökte läkarmottagningen under två i stort sett slumpvis valda 2-veckorsperioder (3/12—14/12 1973 resp 11/2—22/2 1974). *Ettapp 2* har enbart innefattat enkäter, besvarade och avlämnade anonymt på vårdcentralen. *Ettapp 3* har innefattat dels en *intervjudel* (3i) med intervjuer av patienter utvalda genom en modifierad slumpvals-metod, dels en *enkätudel* (3e) omfattande alla de individer som besökt läkarmottagningen under undersökningsperioden och som inte valts ut för intervju. Enkätmetodiken i *ettapp 3* har varit samma som i *ettapp 2*.

Då flera personer i en familj samtidigt konsulterat läkare har detta räknats som ett besök och svaren från "primärsökanden" har registrerats. Då det varit svårt att motivera att besvara enkäten på nytt har sådana "på-nytt-svaranden" utslutits (summa 36 varav flertalet deltagare i *ettapp 2*, som återkommit för återbesök i *ettapp 3*).

Samma frågeformulär har använts vid intervjuer och enkäter i *ettapp 2—3* och detta har utformats under diskussioner med personal och provintervjuer med patienter vid vårdcentralen.

Ettapp 2—3 har till skillnad från *ettapp 1* innefattat systematiska instruktioner till patienterna om vikten att besvara och lämna in frågeformulären, i viss utsträckning påminnelser från personalen.

Frågeformuläret vid *ettapp 2—3* utformades för att ge så god belysning som möjligt av ovan redovisade frågeställningar varvid:

1. *Patienternas åsikter om vårdcentralen* studerades genom följande "åsiktsfrågor" med strukturerade svarsalternativ:

- Fick Ni utträttat det Ni önskade vid läkarbesöket? (ja/nej)
- Vad är Ert omdöme om det allmänna bemötandet vid vårdcentralen? (mycket bra/bra/nöjaktigt/dåligt/mycket dåligt)
- Vad är Er åsikt om kvaliteten på den medicinska behandlingen, som Ni fått vid

Detaljerad redovisning av metodik och material samt detaljresultat erhålles från författarna (CGW).

vårdcentralen? (svarsalternativ som vid föregående fråga)

Denna frågeställning studerades också genom tre öppna frågor:

- Vad tycker Ni är bäst med vårdcentralen?
 - Vad tycker Ni är sämst med vårdcentralen?
 - Vilka andra synpunkter vill Ni framföra angående vårdcentralen?
2. *Önskemålen om förändring av lokaler och arbetsförhållanden* studerades genom nyssnämnda öppna frågor.
3. *Olikheter i attityder mellan olika patientkategorier* studerades genom att jämföra svar på "åsiktsfrågor" med vissa bakgrundsdata som patienterna uppgivit.

Frågeformuläret innehöll utöver ovannämnda strukturerade och öppna frågor även uppgifter om kön, ålder och hemort, typen av vårdkontakt (jourfall etc), tidsmässiga förutsättningar för läkarbesök (möjlighet att få ledigt, väntetider) m m.

4. *Frågeformulärets lämplighet att mäta patienternas åsikter om sjukvården* är det väsentliga föremålet för denna rapport och utformningen och metodiken vid studiet av denna frågeställning behandlas mer utförligt i fortsättningen.

En rapport koncentrerad till de tre föregående frågeställningarna kommer att redovisas i en särskild artikel (8).

Administration av enkäter och intervjuer. För att leda fältnarbetet med enkäterna och genomföra intervjuerna anställdes en särskild projektsekreterare, tillika intervjuare (CL), med erfarenhet av intervjuarbete och viss klinisk erfarenhet (barnpsykiatri). Projektsekreteraren hade tidigare inte arbetat på vårdcentralen. Hon hade vid tiden för intervjuerna inte kännedom om resultatet av enkäterna i etapp 2.

Enkäterna delades ut av mottagningspersonalen som även gav information och instruktioner. Patienterna skulle besvara en del frågor under väntetiden och en del efter läkarbesöket.

Intervjuarens instruktioner har inneburit att så långt möjligt fråga vidare, följa upp öppna frågor för att få fram eventuella kritiska synpunkter på vårdcentralen samt att utröna undersökningsdelgarnas tolkning av otydliga frågor.

Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum, där man ostört kunde samtala under naturliga och angenäma former. Registrering av svaren skedde omedelbart och fullt synligt för den svarande, som också erbjöds att läsa igenom det ifyllda frågeformuläret efter intervjun.

Konsumentvärdering av vården — tillförlitlighet och relevans

Relevans och tillförlitlighet i konsumentvärdering belastas med i princip samma felkällor som i andra sammanhang karakteriserar enkäter, intervjuer, sjukhistorier etc.

Vissa felkällor kan i första hand hänföras till *egenskaper eller tillstånd hos de utfrågade*, t ex

- allmän motivation att delta i undersökningen (sammanhängande med t ex allmän inställning till intervjuer och enkäter, inställning till sjukvården och dess myndigheter etc)
- osäkerhet om anonymitet och rädsla för att bli "avslöjad" med "mindre lämpliga" svar
- bristande koncentration — t ex på grund av att man är helt absorberad av förestående läkarkontakt
- personliga egenskaper såsom introspektions-, formulerings- och kontaktförmåga; suggestibilitet, fysiska handikapp etc.
- okunnighet om vad som utifrån patientens "egentliga" förväntningar kan betraktas som "god vård".

Andra felkällor kan i första hand hänföras till *undersökningsmetodikens karaktär*, t ex

- omständigheterna vid undersökningssituationen (undersökningens strukturering och standardisering, risk för "missbruk" av den utlämnade informationen etc)
- frågornas utformning (språklig klarhet, värdeladdning etc)
- (vid intervjuer) intervjuarens egenskaper och tillstånd, speciella förväntningar, benägenhet att tolka svaren i viss riktning etc.

Dessa felkällor (för översikt, se t ex 9) kan mer eller mindre systematiskt påverka såväl reliabiliteten som olika aspekter på validiteten.

Utifrån samlade erfarenheter inom sociologisk och socialpsykologisk forskning kan man härvid anta särskilda fördelar och nackdelar med enkätresp intervjuetodiken.

Enkätmetodiken kan antas ha följande särskilda fördelar:

- bättre anonymitetsskydd än intervjuerna
- bättre möjlighet till betänketid
- ingen påverkan av intervjuarbias eller av "inadekvat" kontakt intervjuad — intervjuare
- mindre påverkan av speciella förväntningsfenomen från den utfrågades sida (önskan vara intervjuaren till lags etc).

Enkätmetodiken har dessutom ekonomiska fördelar genom möjligheten att snabbt nå många svaranden.

Intervjumetodiken kan antas ha följande särskilda fördelar:

- möjligheter att stimulera de utfrågade till mer fullständiga svar
- viss kontroll av de enskilda frågornas begripplighet och relevans
- möjligheter till information av icke-verbal karaktär, t ex mimisk information
- bättre möjlighet till personlig bedömning av undersökningsdeltagarnas engagemang
- större möjligheter att få svar på "svåra" och känsliga frågor från sådana undersökningsdeltagare som har det besvärligt att sätta sådana svar på pränt.

Motverkan av och undersökning av felkällorna

Betydelsen av här redovisade problem beträffande relevans och tillförlitlighet är svår att bedöma och även svår att studera.

Med hänsyn till frågornas komplexitet kan man knappast sträva efter ett samlat och övergripande mått på validiteten. Här som i övrigt beträffande frågor om utvärdering av vården måste målsättningen i första hand bli att försöka få relevanta skärvor av information, som till sin betydelse får

tolkas i ett större perspektiv.

Vissa felkällor kan till någon del — på sätt som skett i vår undersökning — motverkas t ex genom att i en serie provintervjuer utarbeta så relevanta och språkligt klara frågor som möjligt, genom att använda från vården fristående projektledare och intervjuare; genom största möjliga anonymitetskydd osv.

Betydelsen av andra felkällor kan ytterligare studeras och vårt arbete har i detta avseende givit förutsättningar för följande prövning:

1. En analys av bortfallet från respektive undersökningsmoment.
2. En jämförelse av svaren på intervjuerna med svaren på enkäterna från samma undersökningsperiod samt jämförelse mellan enkätsvar från de två sista etapperna.
3. Subjektiva iakttagelser av projektsekreteraren/intervjuaren av patienternas och vårdpersonalens relationer under undersökningens förlopp.

Anmärkning. Det bör noteras att vårdens förutsättningar varit i stora drag likartade vid etapp 2 och 3, dock med vissa förändrade betingelser, främst däri att

- etapp 2 inföll under julbrådskan
- färre läkare, något längre väntetid vid etapp 2
- personbyte beträffande en av läkartjänsterna.

Utvärderingen av betydelsen av bortfallet har studerats med Chi-2-metodik. Skillnaderna i svarsmonstret mellan enkät 2 respektive 3 samt mellan enkät- och intervjusvar i etapp 3 har signifikansprövats genom att jämföra differenserna mellan de olika procenttalen. Testningen har skett på 5-procentnivån och var tvåsidig.

Tidigare undersökningar. Sedan vår undersökning genomförts har en översiktsartikel av Lebow över konsumentvärderingar av vården publicerats i *Medical Care* (10). I detta arbete konstateras att metodiken framför allt behöver en standardisering och studier av metodernas relevans och tillförlitlighet. Bland annat behövs undersökningar av "concurrent validity" hos olika metoder, t ex intervjuer jämfört med enkäter. Den enda studie av sådan "concurrent validity" som Lebow kan redo-

visa är ett från metodologiska synpunkter ganska tvivelaktigt försök att "kontrollera" patientvärderingar genom projektiva test (11).

RESULTAT

Bortfall

Antal deltagare och bortfallet vid respektive undersökningsetapp redovisas i *tabell 2*.

Tabell 2. Antalet deltagare i undersökningen och dess olika etapper.

	Enkätundersökningar				Intervjuer
	Etapp 1	Etapp 2	Etapp 3e	Etapp 3i	
Undersökningsgrupp	1 200	679	623	119	
Inkomna bearbetbara enkäter/intervjuer		143	522	493	111
Bearbetbara enkäter/intervjuer i % av undersökningsgruppen	12 %	77 %	79 %	93 %	

Enkät etapp 1. En rad tänkbara orsaker kan förklara det mycket stora bortfallet: svårighet att på egen hand formulera omdömen om vårdcentralen, svårigheter att komma med egna konstruktiva förslag, bristande intresse eller glömska samt det förhållandet att inga särskilda åtgärder vidtagits för att få till stånd ett 100 %-igt deltagande. Det har inte varit möjligt att genomföra någon särskild analys av den relativa betydelsen av dessa faktorer. Med hänsyn till det stora bortfallet har emellertid resultaten från enkät etapp 1 icke vidare beaktats i denna redogörelse.

Enkät etapp 2—3. Bortfallet är av samma storleksordning vid de båda undersökningstillfällena, något över 20 %. En närmare analys av bortfallens karaktär visar (*tabell 3*):

- En liten del (2 % av totalmaterialet) som aldrig fått enkäten; enstaka tablett-alkoholpåverkade patienter; olycks- och andra akutfall; "bortglömda" fall etc.
- En annan liten del (3 % av totalmaterialet)

Tabell 3. Orsaker till bortfallet vid enkätundersökning etapp 2—3.

	Etapp 2 (n = 679)		Etapp 3e (n = 623)	
	Antal (%)		Antal (%)	
Ej erhållit formulär	14	2	20	3
Ej återlämnade formulär	14	2	32	5
Inlämnade obesvarade formulär	12		21	
Formulär med endast första sidan besvarad	48	18	38	12
Formulär inlämnade före läkarbesöket	70		19	
Summa bortfall	157	23	131	21
Undersökningsgrupp = n	679	100	623	100

som fått formuläret men aldrig lämnat tillbaka det.

- Större delen (12—19 % av totalmaterialet) har besvarat enkäten men på sådant sätt att den ej uppfyller våra krav på bearbetbarhet.

Subjektiva iakttagelser från projektledaren gav snart vid handen att många patienter ville besvara samtliga frågor redan innan de varit inne hos läkaren.

Man synes ha svarat utifrån tidigare erfarenheter både från vårdcentralen och sjukvården överhuvudtaget.

Personalen försökte så långt möjligt få patienterna att vänta med svaren på vissa frågor tills de var klara hos doktorn men många hade bråttom hem. Ansträngningarna inriktades därför främst på att avvärja att formulären *avlämnades* innan patienten träffat läkaren. Genom detta hade patienterna möjlighet att ändra eller komplettera sina svar efter läkarbesöket. De enkäter som ändå lämnats in före läkarkontakterna hänförs till bortfallet.

Det kan tilläggas att den sistnämnda typen av bortfall var mindre under de perioder då projektsekreteraren personligen deltog i administrationen av frågeformulären — i sistnämnda fall 12—14 % mot 28 % under övriga perioder.

Några patienter blev bortfall trots önskan att delta i undersökningen: handikappade med dålig syn, med afasi.

Intervjuundersökning etapp 3i. De 8 patienter som föll bort i intervjuundersökningen utgöres av

6 som aldrig kom till det avtalade läkarbesöket, 1 tablettförgiftning och 1 psykisk insufficiens.

En allmän erfarenhet var att intervjuerna gav god kontroll av bortfallet genom löpande möjligheter att motivera personer till medverkan och bättre kontakt med dem som inte kunde skriva eller läsa.

Betydelsen av bortfallet. Vad som skulle hänföras till bortfallet har inte varit självklart. Om alla som lämnat in enkätsvar inbegripits i bearbetningen hade bortfallet minskat starkt (till 4 % respektive 8 %).

Genom vårt förfarande har emellertid en stor del av bortfallet kunnat studeras med avseende på vissa bakgrundsfaktorer (demografiska data, typ av vårdkontakt etc).

Inga statistiskt signifikanta skillnader framkom mellan detta bortfall och den del som ingått i den fortsatta bearbetningen fränsett att den sista undersökningsetappen innefattat något fler återbesökare i bortfallet (70 % mot 84 % bland undersökningsdeltagarna) samt att något ehuru icke signifikant fler män (17 %) än kvinnor (13 %) lämnat ofullständiga uppgifter i enkätsvaren.

Även åsikterna om vården har i föreliggande form kunnat studeras hos bortfallsgruppen. Dessa åsikter är praktiskt taget identiska med motsvarande uppgifter från deltagargruppen.

Undersökningsgruppens sammansättning

Efter korrigering för bortfallet har undersöknings-

Tabell 4. Undersökningsgruppens sammansättning: demografiska karakteristika.

	Enkätuppgifter			Intervjuer
	Etapp 2 N = 522 (%)	Etapp 3e N = 493 (%)	Etapp 3i N = 111 (%)	
Män	37	37	48	
Kvinnor	63	60	52	
Obesvarat	—	2	—	
—30 år	35	36	31	
31—50 år	27	26	31	
51— år	37	36	38	
Obesvarat	1	2	—	

gruppen en sammansättning som beträffande demografiska karakteristika framgår av *tabell 4*, beträffande typen av kontakt med vårdcentralen *tabell 5* och beträffande tidsmässiga förutsättningar för besöket av *tabell 6*.

Tabell 5. Undersökningsgruppens sammansättning: typ av kontakt med vårdcentralen

	Enkätuppgifter			Intervjuer
	Etapp 2 N = 522 (%)	Etapp 3e N = 493 (%)	Etapp 3i N = 111 (%)	
Jourbesök	45	42	41	
Nybesök	13	14	11	
Återbesök	42	41	48	
Obesvarat	—	3	—	
Konsultation för egen del	85	85	90	
Följer annan person	15	15	10	
Förstagångsbesökare	18	15	19	
Besökt vårdcentralen tidigare	82	84	81	
Obesvarat	—	1	—	
Antal besökta institutioner vid vårdcentralen:				
endast läkare	31	33	33	
läkare + annan inst.	62	57	67	
Obesvarat	6	9	—	

Tabell 6. Undersökningsgruppens sammansättning: tidsmässiga förutsättningar för läkarbesöket.

	Enkätuppgifter	Inter- vjuer	
	Etapp 2 N = 522 (%)	Etapp 3e N = 493 (%)	Etapp 3i N = 111 (%)
Möjlighet att få ledigt för läkarkonsultationen:			
inga besvär	91	92	95
vissa besvär	5	4	5
Obesvarat	4	4	—
Väntetid vid dagens besök			
— 20 min	16	24	41
21— 60 min	36	41	40
61—120 min	35	28	17
121— min	14	7	2

Jämförelse mellan enkät- och intervjuuppgifter

Frågeformulärets tillförlitlighet har studerats genom jämförelser mellan enkät- och intervjugrupper beträffande uppgifter:

- av demografisk karaktär (kön, ålder, hemort)
- om typen av vårdkontakt (jourfall etc)
- om de tidsmässiga förutsättningarna för läkarbesöket (möjlighet att få ledigt, väntetid)
- om patienternas värdering av vårdcentralen samt
- gällande patienternas aktivitet på öppna frågor.

Skillnaden mellan enkät 2 och enkät 3. Svarmönstren mellan enkät 2 och 3 överensstämmer i stort sett men med ett undantag. De uppgivna väntetiderna är kortare vid etapp 3, sannolikt sammanhängande med en verklig minskning av väntetiden (jfr färre läkare och julbrådska vid etapp 2).

Skillnader mellan svaren på enkäter och intervjuer vid etapp 3. Vad gäller demografiska uppgifter (tabell 4) skiljer sig enkätsvaren signifikant från intervju svaren beträffande könsfördelningen. Antalet män är förhållandevis större i intervjugruppen. Beträffande åldersfördelningen finns en icke signifikant skillnad så tillvida att antalet individer över 31 år är något större i intervjugruppen. Dessa skillnader kan sammanhånga med att den som besvarat frågorna konsekvent markerats som undersökt person vid intervjuerna, medan vid enkäterna en del av svaren avsett barnen, varvid deras kön och ålder uppgivits. För männen tillkommer det något större bortfallet i enkätuppgifterna (jfr ovan).

Beträffande typen av vårdkontakt (tabell 5) har signifikant fler individer lämnat frågan om antalet besökta institutioner vid vårdcentralen obesvarad vid enkäterna, medan i motsvarande mån fler individer vid intervjuerna uppgivit att de vid vårdtillfället besökt flera institutioner vid vårdcentralen. Skillnaden kan sammanhånga med att vid intervjuerna funnits bättre möjligheter att definiera vad som menas med "flera institutioner".

Beträffande tidsmässiga förutsättningar för besöket (tabell 6) finns signifikanta skillnader däri

att de uppgivna väntetiderna vid enkäterna är längre än vid intervjuerna. Detta kan sammanhånga med att enkätsvaren i regel avsett den totala väntetiden på vårdcentralen, dvs inkl. väntan på laboratoriesvaren, medan denna sistnämnda "inbyggda" väntetid ej medräknas vid intervju svaren.

Jämförelser mellan undersökningsgrupperna omfattar också frågor på "hur lång väntetid som accepteras" (tabell 7).

Tabell 7. Hur lång väntetid accepteras?

	Enkätuppgifter Intervjuer		
	Etapp 2 N = 522 (%)	Etapp 3e N = 493 (%)	Etapp 3i N = 111 (%)
Accepterar			
1/2 timmes väntetid	43	42	25
1 " "	40	41	44
2 " "	10	8	10
övrigt	5	4	20
ej svar	2	5	—

Enkätsbesvararna skiljer sig signifikant från intervju personerna genom sina hårdare krav och har i stor utsträckning uppgivit, att de endast accepterar 1/2 timme som längsta godtagbara väntetid, medan upp till hälften av intervju personerna accepterat 1 timme. Till detta kommer att de flesta i enkät materialet, som kryssat för "övrigt" i kommentarerna, krävt ännu kortare väntetid än en halvtimme, medan majoriteten av intervju personerna, som valt detta alternativ, angivit att acceptabel väntetid beror på omständigheterna — hur akut det är osv.

Värdering av vårdcentralen (tabell 8). Värderingen av vårdcentralen är påtagligt likartad såväl mellan de två enkätetapperna som vid jämförelse mellan enkät svar och intervjuer.

Signifikanta skillnader förekommer endast i ett avseende. Lika många deltagare vid enkäterna som vid intervjuerna har förklarat att de fått uträttat vad de önskade vid läkarbesöket. Vid enkäterna har signifikant fler lämnat denna fråga obe-

svarad, medan i motsvarande utsträckning signifikant fler vid intervjuerna klart preciserat att de inte fått utträttat sitt ärende.

Andelen som förklarat det allmänna bemötandet på vårdcentralen mycket bra eller bra har varit något men ej signifikant lägre i enkätuppgifterna än vid intervjuerna.

Tabell 8. Åsikter om vården vid vårdcentralen.

	Enkätuppgifter		Inter- vjuer
	Etapp 2 (%)	Etapp 3e (%)	Etapp 3i (%)
"Fick Ni utträttat det Ni önskade vid läkar- besöket?"			
Ja	90	90	90
Nej	1	1	10
Obesvarat	9	9	—
"Vad är Er åsikt om det allmänna bemötandet på vårdcentralen?"			
Mycket bra—bra	89	89	93
Nöjaktigt	8	6	7
Dåligt—mycket dåligt	1	1	—
Obesvarat	2	4	—
"Vad är Er åsikt om kvaliteten på den medicinska behandling som Ni fått på vårdcentralen?"			
Mycket bra—bra	74	77	73
Nöjaktigt	9	7	6
Dålig—mycket dålig	1	—	3
Obesvarat	16	16	18

Tabell 9. Visad aktivitet på öppna frågor.

	Enkätuppgifter		Inter- vjuer
	Etapp 2 (%)	Etapp 3e (%)	Etapp 3i (%)
Besvarat öppna frågor	25	33	100
Ej besvarat öppna frågor	75	67	—

Skillnader vid aktivitetsnivå vid öppna frågor (tabell 9). Benägenheten att framföra egna synpunkter och önskemål vid öppna frågor är signifikant större vid den senare än vid den tidigare enkätetappen, men ännu större skillnader framkommer vid intervjuerna jämfört med enkäterna.

Subjektiva iakttagelser vid undersökningen

Patienternas reaktioner vid enkäterna. Av och till märktes en avvaktande hållning från patienternas sida inför enkäterna. Detta tycktes dock ofta förändras vid en närmare information om undersökningens uppläggning och syfte. Man fick då ofta en positiv reaktion på att sjukvårdshuvudmannen överhuvudtaget brydde sig om vad patienterna ansåg om vården och att man var beredd att ta hänsyn till patienternas åsikter.

Aktiviteten och stämningen var märkbart förhöjd den tid då enkäterna var ute. Tidvis kunde man tala om en livlig och engagerad gruppverksamhet i väntrummet. Patienterna hjälpte varandra med besvarandet, diskuterade erfarenheter inom sjukvården osv.

I princip kan detta gruppsytryck ha verkat i riktning mot att allt fler omfattat majoritetens uppfattning, alltså i det här fallet i positiv riktning. En motström kan också ha förekommit genom att patienterna stöttat, inspirerat och underlättat för varandra att komma med kritik — även av sådant som de själva ej upplevt eller haft obehag av.

Patienternas reaktioner vid intervjuerna. Ibland uppstod kontakt omedelbart, ibland fordrades en stunds allmänt prat, innan patienten kände sig så trygg och motiverad att intervjun var lämplig att genomföra. Tidsåtgången för varje intervju varierades allt efter patientens behov och önskemål.

Flertalet intervjuade hade i början svårt att komma med egna preciserade åsikter — sade att "det kom så plötsligt på" osv. Några var också obenägna att kritisera — "vill inte vara sådan som klagar" osv. Man berättade gärna om andras klagomål men framhöll också att man själv inte tyckte så. Man kunde också komma med kritik som omedelbart togs tillbaka — "väntetiden är lång men kortare än på sjukhus" etc. Efter en tvekan inledning ökade benägenheten att komma

med synpunkter och i förekommande fall kritik. Många "försiktiga" patienter blev mindre rädda för att uttala sig efter att med intervjuaren ha diskuterat debatten kring vårdcentralen.

Flertalet patienter var mycket positiva till medverkan, vilket kanske inte är förvånande då intervjuerna var föga tids- eller energikrävande och inte innehöll särskilt känsliga frågor. Denna bedömning kunde patienten göra innan intervjun genom att han fick se formuläret och blev informerad om hur intervjun skulle gå till.

Ibland var patienterna rädda att "missa" sin tur genom att inte höra vilka namn som ropades upp. Därför fick personalen meddelande om vem som intervjuades så att man kunde komma och hämta vederbörande när han stod i tur.

Sammanfattningsvis visar erfarenheterna från undersökningen att omständigheterna kring intervjun måste vara gynnsamma om metoden skall ge maximalt utbyte, dvs nyanserade, specificerade, uttömmande och sanningsenliga besked. Intervjupersonerna får inte vara tidspressade. De måste informeras och instrueras om intervjuns eller enkätens värde och få trygghet om anonymitetsskyddet.

Personalens reaktioner. Redan i planeringen och förberedelsen till undersökningen framkom en viss osäkerhet hos personalen vad undersökningen egentligen kunde gå ut på. Möjligen kunde anas en misstänksamhet att det gällde ett kontrollinstrument och en eventuell "betygssättning" av enskilda befattningshavare. En del reaktioner med detta innehåll kunde märkas under undersökningens gång, t ex snabbt framkastade frågor om vad undersökningen nu lett fram till osv.

Det synes vara av stor vikt för undersökningens genomförande att ge utförlig och återkommande information till personalen. Ett subjektivt intryck var att det var möjligt att förändra mottagningspersonalens attityder genom att engagera dem i utdelning av enkäterna, med instruktioner och annan hjälp till patienterna att fylla i enkäterna.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Den löst strukturerade och genomförda enkätundersökningen av typ etapp 1 har medfört så stort bortfall att resultatet får betecknas som ointressant som konsumentvärdering. Däremot har bortfallet vid de mer strukturerade och standardiserade enkäterna kunnat hållas inom rimliga gränser och utan något påtagligt systematiskt bortfall. Intervjuerna har kunnat genomföras utan något egentligt bortfall.

Jämförelsen mellan enkäter och intervjuer visar likheter och olikheter.

Likheterna är framför allt påtagliga när det gäller de kanske mest centrala frågorna, åsikten om vårdens kvalitet.

De olikheter som framkom kan tolkas som uttryck för felkällor i undersökningsmetodiken men också som reaktioner hos undersökningsdeltagarna.

Erfarenheterna beträffande undersökningsmetodiken pekar framför allt på felkällor i enkätmetoden, där det varit svårare att få entydiga frågor—svar. Felkällornas karaktär är sådana att de knappast kan motverkas utan så ingående enkätinstruktioner att en del av enkätmetodens fördelar (möjligheten till massundersökningar) riskerar att gå förlorade.

En avvikelse där felkällan möjligen kan sammanhånga med subjektiva reaktioner hos undersökningsdeltagarna är uppgifterna om den väntetid man accepterar. De betydligt hårdare kraven i enkätsvaren kan tyda på att undersökningsdeltagarna i intervjuerna dragit sig för att redovisa alltför stora pretentioner.

Intervjuerna har medfört en större benägenhet hos patienterna att framföra egna synpunkter och önskemål. De har också enligt projektsekreterarens subjektiva iakttagelser, medgivit tilläggsinformation och möjlighet att klarlägga frågor som annars missuppfattats.

De subjektiva iakttagelserna från projektsekreteraren gällande administrationen av enkäterna och intervjuerna ger olika exempel på en osäker och sviktande motivation hos patienterna när det gäller att överhuvudtaget besvara enkäten. Vidare framkommer osäkerhet om man skall våga

komma med egen kritik samt svårigheter att formulera en kritik från egna utgångspunkter.

Trots detta blir helhetsintrycket att flertalet patienter varit positiva till medverkan och att denna positiva inställning förstärktes när utvärderingen väl kommit igång på vårdcentralen, med ett livaktigt grupparbete i väntrummet som mest påtagliga resultat. Erfarenheten från intervjuerna understryker dock att ett sådant positivt engagemang kräver gynnsamma omständigheter kring enkäten/intervjun.

Patienternas benägenhet att besvara enkäterna innan respektive läkarbesök kan tolkas som bristande omsorg när det gällt att ta del av instruktionerna och som uttryck för en flack motivation för deltagande i enkäten. En väsentlig förklaring kan dock ligga i att konsumentvärderingar av föreliggande typ kanske inte så mycket fångar in reaktioner på det enstaka besöket som patienternas habituella attityd till vården och vårdinrättningen. Man kan naturligtvis fråga sig om detta förhållande kan vara särskilt utmärkande för vården vid en vårdcentral, där relativt många patienter har en kontinuerlig kontakt med en och samme läkare.

Sammanfattningsvis har vi erfarit konsumentvärderingen som ett givande och väsentligt inslag i utvärderingen av verksamheten vid vårdcentralen (jfr 8). Redovisade analyser och tolkningar understryker dock behovet av ytterligare utvecklingsarbete för att få bättre kontroll över olika felkällor och deras orsaker. I likhet med resultaten från Lebow (10) tyder våra resultat på att man vid konsumentvärderingar behöver använda kombinationer av olika undersökningsmetoder ("multimethod multitrait designs") och att därvid intervjuer och enkäter kan komplettera varandra. Informationen och motivationen av patienterna måste underkastas stor och kvalificerad omsorg.

Vi föreställer oss att det — för att öka patienternas trygghet och frihet att ge inopportuna svar — behöver anställas särskild personal utan tillhörighet till vårdcentralen för att introducera och övervaka denna typ av undersökning. En lämplig bakgrund kan vara psykologutbildning med klinisk erfarenhet — med hänsyn till kraven på beteendevetenskaplig skolning, intervjuutrustning och kunskaper om vårdens villkor.

Stor omsorg måste även ägnas kontakten och informationen av personalen, som annars lätt känner sig utsatta för obehaglig kontroll.

REFERENSER

1. *Israel, J.* (1972): Hur patienten upplever sjukhuset. *Almqvist & Wiksell*, Uppsala.
2. *Werner, B.* (1970): Sjukhussamhället ur patientens synvinkel. *Läkartidningen* 67, 4161.
3. SIFO-undersökning (1974): Allmänhetens erfarenhet av läkarvård 1974. *Läkartidningen* 71, 2650.
4. Allmänhetens åsikter om sjukvård och landstingsinformation. Intervjuundersökning 1975 i Skaraborgs län. Stencil. Mariestad.
5. *Nylander, I.* (1973): Kontakt med en barnpsykiatrisk klinik. *Socialmedicinsk tidskrift* 50, 167.
6. *Westrin, C-G.* (1974): Utvecklingsarbete vid Skara vårdcentral. Föredrag vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte 1974.
7. *Westrin, C-G.* (1973): Samordning av medicinsk och social vård på en vårdcentral. *Socialmedicinsk tidskrift* 50, 9.
8. *Lindhé, C., K. Tode & C-G. Westrin* (1975): Patientreaktioner på vården vid Skara vårdcentral. Manus för publikation i *Socialmedicinsk tidskrift*.
9. *Westrin, C-G.* (1974): The reliability of auto-anamnesis. *Scand J Soc Med* 2, 23.
10. *Lebow, J.* (1974): Consumer assessments of the quality of medical care. *Medical Care* 12, 328.
11. *Birch, J. & S. Wolfe* (1972): A pretest of a patient-satisfaction study as a step to ghetto consumer evaluations of health care. Unpublished. (Citerat av Lebow, J. 1974).