

Minna Johanna Laru

TRIAGERESULTAT OG PASIENTTILFREDSHET PÅ LEGEVAKTEN

Masteroppgave i Helsevitenskap

Veileder: Aslak Steinsbekk og Bjarne Austad

August 2020



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Minna Johanna Laru

TRIAGERESULTAT OG PASIENTTILFREDSHET PÅ LEGEVAKTEN



Masteroppgave i Helsevitenskap
Veileder: Aslak Steinsbekk og Bjarne Austad
August 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Forord

Nå er masterstudiet ved veis ende- masteroppgaven er ferdig!

For en lærerik reise det har vært! Denne reisen startet allerede i 2008 i Finland, når jeg som nyutdannet sykepleier startet å studere helsevitenskap. Disse studiene ble avbrutt på grunn av flytting til Trondheim. Etter to barn og nok noen år i arbeidslivet var det tide å fortsette med studiene, nå på NTNU. Å fullføre mastergrad har vært målet mitt siden jeg startet studiene i Oulu, men jeg kunne nok aldri forestilt meg at jeg endte opp med å skrive oppgaven min på norsk.

Først en stor takk til mine veiledere, Aslak Steinsbekk og Bjarne Austad for optimisme, råd og innspill gjennom hele prosessen. Dere har vært til uvurderlig hjelp og støtte når dere tålmodig har veiledet meg gjennom denne prosessen.

Jeg ønsker også takke Trondheim Legevakt, ledergruppen og ansatte. Og ikke minst pasientene som deltok i undersøkelsen.

Jan-Kåre Jøsok fra ESIKT, en stor takk for teknisk støtte og godt samarbeid under datainnsamling.

Takk til familie, venner og kollegaer som har oppmuntret og støttet meg underveis. Takk Linn-Renée for at alle ordene er i riktig rekkefølge og for at de riktige preposisjonene også fant sin plass.

En varm takk til Oskari og Valtteri for tålmodigheten, nå er mamma endelig ferdig med skolen. Tusen takk til deg min kjære mann, Timo, for at du har alltid støttet meg. Jeg hadde aldri klart dette uten deg.

Sammendrag

Bakgrunn: Når kvalitet av akuttmedisinske tjenester skal evalueres, er brukererfaringer og tilfredshet hos pasienter viktig kunnskap. En faktor som kan påvirke pasienttilfredshet er triageresultatet, som er en kategorisering av hastegrad. Hvis det brukes to triagesystemer, ett ved telefonkontakt og senere ett ved oppmøte, kan det bli endringer i vurdering av hastegrad som ytterligere kan påvirke pasienttilfredshet. Det er behov for oppdaterte studier på hva som påvirker pasienttilfredshet ved norske legevakter og det er ikke funnet studier som har undersøkt om endringer i hastegrad mellom telefon- og oppmøtetriage påvirker pasienttilfredshet med legevakten.

Mål: Bidra med kunnskap om hvordan pasientens triageresultatet og andre faktorer er assosiert med pasienttilfredshet på en kommunal legevakt som bruker to ulike triagesystemer. Ett for telefonhenvendelser og ett for fysisk oppmøte.

Metode: Det ble gjennomført en observasjonsstudie med en elektronisk spørreskjemaundersøkelse av pasienttilfredshet og innhenting av registreringsinformasjon om legevaktbesøket og triageresultater. Det ble brukt deskriptive analyser for å beskrive pasienttilfredshet og triageresultat, og bivariable- og regresjonsanalyser for å undersøke assosiasjonen mellom pasienttilfredshet (avhengig variabel), triageresultat og andre uavhengige variabler.

Resultat: Pasientene (N=715) skåret generelt høyt på totaltilfredshet med opplevelsen av legevakten (75,6 på en skala fra 0 til 100). De skåret noe lavere på tilfredshet med organisering, enn på tilfredshet med telefon-, lege- og sykepleierkontakt. Totalt var det 59% (420 av 715 personer) som fikk samme hastegrad i både telefon- og oppmøtetriage, mens 17% (121) ble nedtriagert (lavere triage ved oppmøte enn ved telefon) og 24 % (174) ble opptriagert. Regresjonsanalysene viste at hverken nedtriagering (lavere triage ved oppmøte enn ved telefon) eller opptriagering (høyere triage ved oppmøte enn ved telefon) påvirket pasienttilfredsheten generelt. Det å få tilstrekkelig informasjon om tilstanden var den eneste variabelen som hadde en sammenheng med alle målene for tilfredshet. Totaltilfredshet økte mest hvis hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre, mens over 3 timers ventetid var det som reduserte den mest.

Konklusjon: Pasienter er generelt tilfreds med legevakten, men minst tilfreds med organiseringen. Seks av ti personer får samme hastegrad i både telefon og oppmøtetriage.

Funnene i denne studien tyder på at endring i triage ikke påvirker pasienttilfredshet, og at forventninger og ventetid er det som henger sterkest sammen med totaltilfredshet.

Nøkkelord: Pasienttilfredshet, legevakt, triage, Manchester Triage system, Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp

Abstract

Background: Patient experience and satisfaction are essential means for evaluating the quality of the out-of-hours primary care (OOHPC). One of the factors possibly affecting the patient satisfaction is the triage result, which dictates into which priority category the patient falls into. When two different triage systems are used, where the patient is first triaged over the telephone and then later in person when checking in at the OOHPC, the possible change in priority assessment can affect the patient satisfaction. More studies are needed on the factors that affect the patient satisfaction in Norwegian OOHPC, yet no such studies exist that focus specially on how the change between the two triage results affects the patient satisfaction.

Goal: To gain better understanding of how the patient's triage result and other factors relate to the patient satisfaction at a municipal OOHPC unit that is using two different triage systems: One for telephone contacts and second for check-in triage.

Method: An observational study was conducted using an electronic (web-based) questionnaire about the patient satisfaction, whose results were then combined with data from OOHPC unit patient database including triage results etc. Descriptive analysis was used to analyse the patient satisfaction and triage results, while bivariable and regression analysis were used to analyse the associations between the patient satisfaction (dependent variable), triage results and the other independent variables.

Results: On average, the patients rated their overall satisfaction with the OOHPC rather high (mean=75,6 on a scale from 0 to 100; N=715). They were generally less satisfied with the organization of the OOHPC, compared to the telephone contact, doctor and nursing services at the OOPHC. 59% (420 out of 715) of the patients got the same priority rating in the telephone triage and in the check-in triage. The percentages for lower and higher rating (compared to the telephone triage) in check-in triage were 17% (121) and 24% (174) respectively. Regression analysis showed that change in the triage rating (either to lower or higher) had no effect on the overall patient satisfaction. The only factor that seems to be associated with all of the satisfaction-related variables was the patient's perceived sufficiency of information about one's own condition. The biggest increasing effect in the overall patient satisfaction was observed in the group that perceived the help they got at the OOHPC met or exceeded their expectations.

Conclusion: The patients were generally satisfied with the OOHPC, but least satisfied with how it is organized. On average, 6 out of 10 persons received the same priority rating in both the telephone triage and in the check-in triage. The findings in this study suggest that a change in the triage rating has no effect whatsoever on the patient satisfaction, and that the patients' personal expectations and the waiting time had the strongest effect on the overall patient satisfaction.

Keywords: Patient satisfaction, out-of-hours primary care, OOHPC, triage, Manchester Triage System, Norwegian Index for Medical Emergency Assistance

Innhold

FORORD	1
SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	4
INNHold	6
FIGURER & TABELLER.....	8
INNLEDNING	9
KVALITETSARBEID, BRUKERERFARINGER OG PASIENTTILFREDSHET	9
AKUTT MEDISIN OG KOMMUNAL LEGEVAKT	10
PASIENTTILFREDSHET MED AKUTT MEDISINSKE TJENESTER OG LEGEVAKT	11
<i>Faktorer som påvirker pasienttilfredshet med akuttmedisinske tjenester.....</i>	<i>11</i>
<i>Pasienttilfredshetsundersøkelser i kommunal legevakt i Norge</i>	<i>13</i>
TRIAGE	13
<i>Triage i legevakten</i>	<i>14</i>
<i>Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp og Manchester Triage System</i>	<i>15</i>
TRIAGE OG PASIENTTILFREDSHET	15
FORMÅL MED STUDIEN	17
METODE.....	18
ETIKK	18
SETTING	19
INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	20
REKRUTTERING OG DATAINNSAMLING	20
INFORMASJON FRA REGISTER	21
SPØRRESKJEMA	21
BESKRIVELSE AV VARIABLENE I STUDIEN	24
<i>Avhengige variabler – ulike mål på tilfredshet.....</i>	<i>24</i>
<i>Uavhengige variabler</i>	<i>24</i>
ANALYSE	26
RESULTATER.....	27
BESKRIVELSE AV UTVALGET	28
BESKRIVELSE AV OPPLEVELSE OG TILFREDSHET	30
<i>Opplevelse av situasjonen før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.....</i>	<i>30</i>
<i>Opplevelse av informasjon, tilfredshet og situasjon etter legevaktkontakt.....</i>	<i>31</i>
<i>Hvor tilfreds var informantene alt i alt, og med organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakten?</i>	<i>32</i>
Hvilke resultat ga telefon- og oppmøtetriage?	34
BIVARIABLE ANALYSER	36
<i>Totaltilfredshet og ulike triagekategorier.....</i>	<i>36</i>
<i>Korrelasjon mellom totaltilfredshet, organisering, telefon, leger og sykepleier</i>	<i>37</i>
<i>Oversikt over resultatene fra bivariable analyser i forhold til de ulike målene for tilfredshet</i>	<i>38</i>
Totaltilfredshet.....	39
Tilfredshet i forhold til organisering, telefonkontakt, legeskontakt og sykepleierkontakt.....	43
Organisering.....	43
Telefonkontakt.....	44
Legeskontakt	44
Sykepleierkontakt.....	44
MULTIVARIABEL LINEÆR REGRESJON	44
<i>Påvirker endring i triage pasientens tilfredshet?.....</i>	<i>46</i>
<i>Hvilke forhold henger sammen med ulike mål for tilfredshet?</i>	<i>49</i>
Totaltilfredshet.....	49

Organisering.....	49
Telefonkontakt.....	50
Legekontakt	50
Sykepleierkontakt.....	50
DISKUSJON AV METODE	52
FORSKERS ROLLE	52
DESIGN	53
<i>Deltagere, rekruttering og generaliserbarhet</i>	<i>53</i>
<i>Spørreskjema</i>	<i>55</i>
Reliabilitet.....	56
Validitet	56
<i>Andre spørsmål som kunne vært med</i>	<i>57</i>
<i>Omkoding av variablene.....</i>	<i>58</i>
<i>Analyse</i>	<i>59</i>
DISKUSJON AV RESULTATENE.....	60
OPPSUMMERING AV RESULTATENE.....	60
PASIENTTILFREDSHET PÅ LEGEVAKTEN	60
FORDELING AV TRIAGERESULTATET	62
PÅVIRKER TRIAGERESULTATET TILFREDSHET?.....	63
HVA PÅVIRKER TILFREDSHET MED LEGEVAKTEN?	64
KONKLUSJON.....	69
BETYDNING FOR PRAKSIS OG FREMTIDIG FORSKNING	69
REFERANSER	72
VEDLEGG.....	84
VEDLEGG 1 SAMLEVARIABLER TILFREDSHET.....	84
VEDLEGG 2 BIVARIABLE ANALYSER: ORGANISERING	86
VEDLEGG 3 BIVARIABLE ANALYSER: TELEFONKONTAKT	90
VEDLEGG 4 BIVARIABLE ANALYSER: LEGEKONTAKT	94
VEDLEGG 5 BIVARIABLE ANALYSER: SYKEPLEIERKONTAKT	98
VEDLEGG 6 MULTIVARIABLE LINEÆRE REGRESJONER	102
VEDLEGG 7 FRITEKSTKOMMENTARER FRA SPØRRESKJEMAET.....	108
VEDLEGG 8 INFOSKRIV.....	111
VEDLEGG 9 SPØRRESKJEMA	113
VEDLEGG 10 VURDERING FRA REK.....	122

Figurer & tabeller

FIGUR 1. PASIENTFORLØPET FOR PASIENTER SOM HAR RINGT TIL 116 117.....	19
FIGUR 2. FLYTSKJEMA AV INFORMANTENE	27
FIGUR 3. RESULTAT FOR OPPMØTETRIAGE I MTS FOR DE SOM HAR FÅTT GUL HASTEGRAD I NORSK INDEKS. RØD OG ORANSJE ER OPPTRIAGE, MENS GRØNN OG BLÅ ER NEDTRIAGE.	35
FIGUR 4 RESULTAT FOR OPPMØTETRIAGE I MTS FOR DE SOM HAR FÅTT GRØNN HASTEGRAD I NORSK INDEKS. ORANSJE OG GUL ER OPPTRIAGE, MENS BLÅ ER NEDTRIAGE.....	36
TABELL 1.KARAKTERISTIKA VED NORSK INDEKS FOR MEDISINSK NØDHJELP OG MANCHESTER TRIAGE SYSTEM. 15	
TABELL 2. OVERSIKT OVER HVILKE ENKELTSPØRSMÅL SOM INNGÅR I DE FIRE ULIKE SAMLEVARIABLENE FOR Å MÅLE TILFREDSHET.....	23
TABELL 3. RESULTATET FOR RELIABILITETSANALYSE (CRONBACHS ALFA) FOR SAMLEVARIABLENE.....	24
TABELL 4. BESKRIVELSE AV TRIAGE ENDRING-VARIABLEN.....	25
TABELL 5.BESKRIVELSE AV UTVALGET.	28
TABELL 6. BESKRIVELSE AV UTVALGET. ANTALL OG PROSENTANDELER SOM HAR SVART I DE ULIKE SVARKATEGORIENE SAMT MED INFORMASJON FRA REGISTRET.....	29
TABELL 7.OPPLEVELSE AV SITUASJON FØR LEGEVAKTKONTAKT OG ETTER ANKOMST TIL LEGEVAKTEN.....	30
TABELL 8.OPPLEVELSE AV INFORMASJON, TILFREDSHET OG SITUASJON ETTER LEGEVAKTKONTAKT.	32
TABELL 9. TOTALTILFREDSHET MED LEGEVAKTEN.	33
TABELL 10. GJENNOMSNIITT OG STANDARDAVVIK FOR SAMLEVARIABLENE ORGANISERING, TELEFON-, LEGE- OG SYKEPLEIERKONTAKT.	33
TABELL 11.FORDELING AV HASTEGRAD FRA NORSK INDEKS TIL MTS (N=715).....	34
TABELL 12. BIVARIABEL SAMMENHENG MELLOM TOTALTILFREDSHET OG ULIKE TRIAGEKATEGORIER ETTER NORSK INDEKS FOR MEDISINSK NØDHJEPL OG MANCHESTER TRIAGE SYSTEM.	37
TABELL 13. RESULTATENE FRA PEARSON PRODUKTMOMENTKORRELASJON FOR VARIABLENE «TOTALTILFREDSHET», «ORGANISERING», «TELEFONKONTAKT», «LEGEKONTAKT» OG «SYKEPLEIERKONTAKT».....	37
TABELL 14. OVERSIKT OVER P-VERDIER FRA BIVARIABLE ANALYSENE (TOTALTILFREDSHET, ORGANISERING TELEFONKONTAKT, LEGEKONTAKT OG SYKEPLEIERKONTAKT).....	38
TABELL 15.BIVARIABEL SAMMENHENG MELLOM TOTALTILFREDSHET OG ULIKE KARAKTERISTIKA VED PASIENT, HVEM HAR FYLT UT SKJEMA, KONSULTASJONSTIDSPUNKT, KONSULTASJONSTYPE OG ENDRING I TRIAGE MELLOM TELEFON OG OPPMØTE.	40
TABELL 16.BIVARIABEL SAMMENHENG MELLOM TOTALTILFREDSHET OG OPPLEVELSE AV SITUASJON FØR LEGEVAKTKONTAKT OG ETTER ANKOMST TIL LEGEVAKTEN.	41
TABELL 17.BIVARIABEL SAMMENHENG MELLOM TOTALTILFREDSHET OG OPPLEVELSE AV SITUASJON ETTER LEGEVAKTKONTAKT.	42
TABELL 18.OVERSIKT OVER P-VERDIENE FRA REGRESJONSANALYSENE (TOTALTILFREDSHET, ORGANISERING TELEFONKONTAKT, LEGEKONTAKT OG SYKEPLEIERKONTAKT).....	45
TABELL 19.MULTIPPEL LINEÆR REGRESJONSANALYSE FOR VARIABLENE SOM AVKLARER VARIASJON I TOTALTILFREDSHET MED LEGEVAKTEN.	47

Innledning

Kvalitetsarbeid, brukererfaringer og pasienttilfredshet

Norsk helsevesens overordnede mål er å tilby pasienter tjenester av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). De helsemessige effekter av medisinsk behandling er viktig når kvalitet av helsetjenester skal evalueres, men disse fanger ikke alltid opp pasienters egne opplevelser av møtet med helsevesenet (Frich, 2012). Det er enighet om at helsetjenester trenger brukererfaringer (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2019) for å peke konkret på hvilke områder har forbedringspotensial (Muntlin et al., 2006). Pasienttilfredshet har blitt anerkjent for å være en av de viktigste kvalitetsindikatorne for helsetjenester (Danielsen et al., 2012; Nairn et al., 2004), da den også samtidig fanger opp pasientens subjektive erfaringer (Sun et al., 2000).

Donabedians kvalitetsmodell brukes ofte når kvalitet av helsetjenestene evalueres og utvikles (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2019). Denne modellen er basert på tre ulike kvalitetsindikatorer; struktur, prosess og utfall (Donabedian, 1997). Ifølge Danielsen et al. (2012) kan pasienttilfredshet defineres som et pasientrapportert resultatmål, mens strukturer og prosesser i helsetjenesten kan måles ved pasientrapporterte erfaringer. Ved hjelp av brukerundersøkelser er det mulig å undersøke brukeropplevd kvalitet og ulike dimensjoner innenfor hvert av disse overnevnte kvalitetsområdene, og en slik kartlegging av brukererfaringer kan bidra både til kvalitetssikring og forbedringsarbeid (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2019).

Når det gjelder måling av brukererfaringer, er det ofte snakk om pasienttilfredshet. Det er utfordrende å definere begrepet «pasienttilfredshet» på kun en bestemt måte (Al-Abri & Al-Balushi, 2014; Jenkinson et al., 2002). Ifølge Trout et al. (2000) er en pasient tilfreds når pasientens egne forventninger for behandling og omsorg blir møtt eller oversteget. I tidligere litteratur beskrives pasienttilfredshet oftest som et subjektivt mål, som er knyttet både til pasientens individuelle behov og forventninger for omsorg og behandling (Bjertnaes et al., 2012; Mollaoğlu & Çelik, 2016; Topacoglu et al., 2004). Det er både de fylte og ikke-fylte forventningene som påvirker pasienttilfredsheten. Dette kan forklare hvorfor resultatene fra

pasienttilfredshetsmålinger varierer mye; noen er takknemlig mens andre ikke er fornøyd i hele tatt (Muntlin et al., 2006).

Akuttmedisin og kommunal legevakt

Akuttmedisin kan betegnes som medisinsk diagnostikk, rådgiving, behandling og/eller overvåkning ved en akutt oppstått tilstand eller ved forverring av sykdom, skade eller akutt psykisk lidelse, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Offentlige helsetjenester i Norge har to nivåer, primær- og spesialisthelsetjeneste, som begge deltar i organisering av akuttmedisinske tjenester (Hansen & Hunskaar, 2008).

I Norge er det kommunene som har ansvar for primærhelsetjenesten og er pliktig til å organisere blant annet en døgnåpen legevaktordning til befolkningen. Ifølge Akuttmedisinforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) skal legevaktordningen sikre befolkningens behov for nødvendig helsehjelp ved å vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta behandling av sykdom og skade som ikke kan vente. Kommunene står fritt til å velge hvordan legevakttjenesten skal organiseres innen akuttmedisinforskriftens rammer. Det finnes mange ulike løsninger og det er blant annet befolkningsgrunnlag, geografi og avstand til nærmeste sykehus som påvirker hvordan legevakttjenesten organiseres og kan dette for eksempel gjøres i samarbeid med nabokommuner. Legevakttjenesten består av en legevaktsentral som tar imot telefonhenvendelser og en fysisk og/eller mobil legevakt bemannet av én eller flere leger i vaktberedskap, enten alene eller sammen med annet helsepersonell (Johansen et al., 2018).

Legevakt og legevaktsentral er en del av den norske akuttmedisinske behandlingskjeden sammen med fastlege, AMK-sentralen, ambulansetjenesten og mottak i sykehus (Lidal, 2011). Både legevaktsentraler (felles nasjonalt telefonnummer 116 117) og AMK-sentraler (felles nasjonalt telefonnummer 113) tar imot henvendelser fra publikum. Hovedprinsippet er at AMK-sentralene svarer på nødsamtaler når liv er i fare, mens fastlegene og legevaktsentralene tar imot henvendelser som haster mindre (Hansen & Hunskaar, 2008; Johansen et al., 2018). En stor andel av pasientene som trenger øyeblikkelig hjelp utenom fastleges åpningstider undersøkes og behandles på legevakt, mens de pasientene som har

sykdom eller skade som er mer alvorlig kan henvises til mottak i sykehus direkte via ambulansetjeneste eller etter en undersøkelse fra legevakten.

Pasienttilfredshet med akuttmedisinske tjenester og legevakt

Pasienttilfredshet er anerkjent som en viktig kunnskap når det evalueres akuttmedisinske tjenester (Topacoglu et al., 2004). Akutt sykdom eller skade treffer oftest slik at pasient ikke har mulighet til å forberede seg på kontakten med helsevesenet. Pasienter er ofte bekymret over sine sykdom eller skade, og føler seg redd og engstelig når dem tar kontakt med akuttmedisinske tjenester (Burroughs et al., 2005; Ekwall, 2013; Watt et al., 2005), og er ikke alltid fornøyd med den helsehjelpen de får (Muntlin et al., 2006).

Alle pasienter har sine individuelle forventninger til omsorg (Danielsen et al., 2012), og disse dannes allerede før pasient tar kontakt med akuttmedisinske tjenester (Watt et al., 2005). Som regel oppsøker pasienter øyeblikkelig hjelp for å bli tilsett av en lege (Roper, 2010). Hvis pasienter da mot sine forventninger får bare en telefonkonsultasjon med sykepleier kan dette påvirke tilfredsheten negativt (Salisbury, 1997). Generelt sett forventer akuttmedisinske pasienter å få riktig diagnose, samt med en rett og rask behandling (Watt et al., 2005). De ønsker også å bli sett og hørt som individer (Watt et al., 2005) og få hyppig informasjon fra personalet om ventetid, forsinkelser, undersøkelser og resultater (Cooke et al., 2006; Watt et al., 2005). Pasienters kontakter med akuttmedisinske tjenester er som regel kortvarige (Muntlin et al., 2006) og det kan i perioder være utfordrende å møte pasienters forventninger og behov når et økende antall av pasienter oppsøker øyeblikkelig helsehjelp (Ganley & Gloster, 2011; Halvorsen et al., 2014).

Faktorer som påvirker pasienttilfredshet med akuttmedisinske tjenester

Det finns en god del tidligere forskning angående pasienttilfredshet innen akuttmedisin og ulike faktorer som påvirker dette (Abidova et al., 2020; Tanniru & Khuntia, 2017). Resultatene fra tidligere studier indikerer at pasienttilfredshet er et komplisert fenomen og flere ulike faktorer påvirker det (Nairn et al., 2004).

Pasientens erfaringer med helsepersonell er anerkjent som en vesentlig faktor for pasienttilfredshet i flere tidligere studier (Abidova et al., 2020; Danielsen et al., 2010). God

omsorg og vennlig personalet har stor betydning for akuttmedisinske pasienter (Kihlgren et al., 2004), samt med opplevelsen av pasient- legerelasjonen (Crow et al., 2002; Orloski et al., 2019; Topacoglu et al., 2004) og pasient- sykepleierrelasjonen (Mollaoğlu & Çelik, 2016; Tanniru & Khuntia, 2017; Wright et al., 2013).

Sammenhengen mellom pasientrelaterte faktorer og pasienttilfredshet har blitt undersøkt med varierende resultater. Tidligere forskning viser at alder og pasienttilfredshet har en sammenheng (Crow et al., 2002; Danielsen et al., 2010; McCarthy et al., 2013; Salisbury, 1997; Zinger et al., 2019), mens et annet studie ikke viste sammenheng (Topacoglu et al., 2004). Betydning av kjønn og sosioøkonomisk status for pasienttilfredshet er tvetydig (Crow et al., 2002). Ifølge tidligere studier det er sammenheng mellom helsestatus og pasienttilfredshet (Danielsen et al., 2010; Tranberg et al., 2018). Relasjon mellom etnisitet og pasienttilfredshet er tvetydig (Crow et al., 2002), mens språk og eventuelle språkvansker mellom pasient og personalet kan påvirker pasienttilfredshet (Carrasquillo et al., 1999).

Ifølge tidligere studier er kommunikasjon en av de viktigste faktorene som påvirker pasienttilfredshet i akuttmedisinske tjenester (Boudreaux et al., 2000; Nairn et al., 2004; Stuart et al., 2003; Tanniru & Khuntia, 2017; Taylor et al., 2002), og misnøye er ofte relatert med dårlig kommunikasjon (Taylor et al., 2002). Ventende pasienter kan oppleve å få svært lite informasjon om hva som kommer til skje videre og hvor lang tid det eventuelt kommer til å ta (Bergsagel, 2018). Ifølge tidligere litteratur fått informasjon øker pasienttilfredsheten (Boudreaux & O’Hea, 2004; Sun et al., 2000; Topacoglu et al., 2004), men samtidig kan effektiv og korrekt kommunikasjon være en utfordring spesielt innen akuttmedisin på grunn av hektiske omgivelser og begrenset tid til hver pasientkontakt (Engel et al., 2009; McCarthy et al., 2013; Watt et al., 2005).

Det er også flere andre faktorer som kan påvirke pasienttilfredshet innen akuttmedisin som for eksempel; ventetid på telefonen når pasienten tar kontakt (Kelly et al., 2010; Moore et al., 2002; Zinger et al., 2019), ventetid for undersøkelse og behandling (Boudreaux et al., 2000; van Uden et al., 2005; Watt et al., 2005), ventearealer (Danielsen et al., 2008; McCarthy et al., 2011), og ikke minst begrenset informasjon fra personalet knyttet til estimert ventetid (Göransson & von Rosen, 2010; Kihlgren et al., 2004; Stuart et al., 2003).

Pasienttilfredshetsundersøkelser i kommunal legevakt i Norge

Norge har et høyt antall av legevaktkontakter sammenlignet med andre land (Hansen et al., 2009). På grunn av mangel på statistikk i forhold til legevaktvirksomheten ble Vaktårn-prosjektet etablert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i 2005 (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2015). Prosjektet har siden bidratt med representativ statistikk fra legevaktvirksomheten i Norge (Eikeland et al., 2019; Hansen & Hunskaar, 2008; *Vaktårnprosjektet- NORCE*, 2020). De sju legevaktene som deltar i prosjektet er valgt for å være mest mulig representative for hele Norge (Hansen & Hunskaar, 2008).

Det er viktig å kartlegge hva som påvirker pasienttilfredshet ved legevakten, og pasient- og brukerundersøkelser bør være en naturlig del av legevakttenester (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009). I forbindelse med Vaktårn-prosjektet har det blitt utviklet et spørreskjema "Undersøkelse om pasienters erfaringer med legevakten" med en tanke om at den kan brukes, i både lokale og nasjonale brukerundersøkelser, for kartlegging av pasienters erfaringer på ulike områder av legevaktkontakt (Danielsen et al., 2008). I 2006 var det bare cirka en av fem legevakter i Norge som hadde utført egne lokale brukerundersøkelser og det var tydelig behov for mer kunnskap av brukererfaringer innen legevakttenestene (Danielsen et al., 2008). I 2008 ble det utført et studie som undersøkte sammenhengen mellom sosio- demografiske faktorer, pasienterfaring og pasienttilfredshet på legevakten (Danielsen et al., 2010), mens i 2010/2011 ble det gjennomført en brukererfaringsundersøkelse på de sju legevaktene som deltar i Vaktårn-prosjektet (Danielsen et al., 2012). Det er fortsatt behov for mer kunnskap om de ulike faktorene som påvirker pasienttilfredsheten i kommunal legevakt i Norge.

Triage

Betegnelsen "triage" benyttes om metoder som brukes for å avgjøre hvordan pasienter skal prioriteres og hvor raskt de trenger behandling (FitzGerald et al., 2010; Göransson & von Rosen, 2010). Med andre ord bidrar triage til å sikre at behandling gis til rett tid og basert på pasientbehov (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009; Norwegian Manchester Triage Group, 2018). Målet med å implementere et triagesystem er å øke kunnskap innenfor vurdering av akuttpasientene, øke kvaliteten av pasientprioritering og administrere de tilgjengelige ressursene på en bedre måte (Lidal et al., 2013), og dermed bidra

også til økt pasientsikkerhet (Göransson & von Rosen, 2010) og kvalitet (Engebretsen et al., 2013).

De finns flere ulike systemer for triagering og vurdering av pasienter, noen av de er utviklet spesielt for telefonvurdering, mens andre er ment for å brukes når pasienten er fysisk tilstede (Helsedirektoratet, 2020). Lidal et al. (2013) hevder at valg av et triagesystem bør skje evidensbasert. Dette er imidlertid vanskelig på grunn av manglende studier (Lidal et al., 2013). I Norge finnes det ikke noen nasjonal standard i forhold til triage (Halvorsen et al., 2014), dette fører til en situasjon hvor alle akuttmedisinske aktørene står fritt til å velge et triagesystem som virker til å passe beste for dem (Lidal et al., 2013). En utfordring i forhold til et enhetlig system for hele den akuttmedisinske kjeden er at ingen av de eksisterende triagesystemene har moduler som er tilpasset bruk i alle leddene i kjeden. Dermed blir det brukt flere ulike systemer rundt om, og innen samme organisasjon (Halvorsen et al., 2014).

Triage i legevakten

Legevakt og legevaktsentral bør bruke triagesystem for prioritering og triagering av pasienter (Helsedirektoratet, 2020). Mesteparten av pasientene tar første kontakt med legevakten på telefon via legevaktsentralen (Midtbø et al., 2017), og et høyt antall av telefonkontakter er typisk for norske legevakter (Eikeland et al., 2019). Målet med telefontriage er å kartlegge pasientens tilstand og vurdere hvor raskt pasienten bør ha tilsyn av helsepersonell og hvordan dette bør skje slik at pasientsikkerhet samtidig blir ivaretatt. Mangel på muligheten til å observere pasienten på samme måte som «ansikt til ansikt» gjør telefontriage utfordrende (Leprohon & Patel, 1995).

Når en første vurdering er gjort over telefon og pasienten ikke har mottatt hjelp umiddelbart, bør pasienten triageres på nytt etter ankomst til legevakten (Helsedirektoratet, 2020). Målet med oppmøtetriage er å igjen kartlegge pasientens tilstand og vurdere hvor raskt et eventuelt legetilsyn bør skje, sykepleier har også mulighet til å måle vitale parameterer for å støtte sin vurdering. Dermed er det vanlig at pasienter kan bli triagert flere ganger når de tar kontakt med akuttmedisinske tjenester (Lidal et al., 2013), og dermed kan vurderingen av hastegrad endre seg.

Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp og Manchester Triage System

Hovedprinsippene for de ulike triagesystemene er like, triagering av pasient er basert på systematisk kartlegging av pasientens tilstand og vitale parameterne, dette gjøres som regel med hjelp av triageskjemaer som presenterer ulike hovedproblemer (Lidal et al., 2013). Ved legevakten som denne oppgaven ble utført ved, brukes to ulike triagesystemer; Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp (Norsk Indeks, til telefontriage) og Manchester Triage System (MTS, til oppmøtetriage). Begge triagesystemene (Tabell 1) består av flere kapitler med forskjellige temaer eller hovedproblemer, men de har ulikt antall av hastegrader, ulike definisjoner og terminologi.

Tabell 1. Karakteristika ved Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp og Manchester Triage System.

Karakteristika	Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp	Manchester Triage System
Antall av hastegrader	3	5
Fargekodene for ulike hastegrad	Rød Gul Grønn	Rød Oransje Gul Grønn Blå
Antall av kapitler/ flytskjemaer	Et startkort og 39 kapitler av ulike temaer	53 flytskjemaer med ulike hovedproblemer
Utviklet	I Norge av Den norske legeforening og Lærdal Medical i 1994	I Storbritannia i 1990-tallet
Brukes	Hovedsakelig i AMK- og legevaktssentralene i Norge ved mottakelsen av telefonhenvendelser	Oversatt til flere ulike språk og brukes innen akuttmedisin i flere ulike land, finns både som telefon-og oppmøtetriage

Kilde: (Christ et al., 2010; Halvorsen et al., 2014; Norwegian Manchester Triage Group, 2018)

Triage og pasienttilfredshet

Pasienter som tar kontakt med akuttmedisinske tjenester har svært varierende problemstillinger (Ganley & Gloster, 2011), de kan også bare være bekymret over sykdom eller skade, som egentlig trenger ikke øyeblikkelig hjelp (Keizer et al., 2015). På grunn av stor pågang i perioder er det viktig å prioritere de pasientene som trenger hjelp raskest (Ganley & Gloster, 2011). Ifølge tidligere litteratur forventer også akuttmedisinske pasienter selv at de

som trenger hjelp raskest skal få hjelp først (Watt et al., 2005) mens forventninger for behandling er lik uavhengig av hastegrad (Cooke et al., 2006). Det har blitt påvist at akuttmedisinske pasienters vurdering av egen alvorlighetsgrad ofte er en annen enn personalets vurdering (Keizer et al., 2015; Nørøxe et al., 2017; Ruud et al., 2016; Toloo et al., 2016).

Tidligere studie viser at pasienter med sykdom eller tilstander som virker alvorlig og derfor behandlet raskt, er mest tilfreds, mens de pasientene som fikk diagnostisert en ikke-alvorlig sykdom, som for eksempel øvre luftveisinfeksjon eller virusinfeksjon, var minst tilfreds (Smith et al., 2007). Ifølge Smith et al (2007) kan dette ha sammenheng med pasientens forventninger for rask diagnostisering og behandling, som ikke nødvendigvis blir møtt på grunn av pasientens lave hastegrad. Som regel er hastegrad avgjørende for pasientens ventetid (Ekwall, 2013), og pasienter som har lav hastegrad venter oftest lengst for vurdering og behandling (Horwitz et al., 2010).

Sammenhengen mellom pasienttilfredshet og hvor akutt pasientens tilstand er har blitt undersøkt også i flere andre studier (Boudreaux et al., 2004; Carrasquillo et al., 1999; Ekwall, 2013; Sun et al., 2000). Flere studier har funnet at pasienter med de mest akutte tilstandene er mest tilfreds (Boudreaux et al., 2004; Carrasquillo et al., 1999; Sun et al., 2000), mens Ekwall et al (2013) fant ikke noen klar sammenheng mellom pasienters triagekategori og tilfredshet.

Det er uavklart hvilke konsekvenser bruk av to ulike triagesystemer eventuelt kan ha for pasienten. I litteratursøk ble det ikke funnet studier som har undersøkt om endring i triageresultatet kan påvirke pasienttilfredshet.

Formål med studien

Det overordnede formålet er å bidra med kunnskap om hvordan pasientens triageresultatet og andre faktorer er assosiert med pasienttilfredshet på en stor kommunal legevakt som bruker ulike triagesystemer for telefonhenvendelser og fysisk oppmøte.

Dette skal undersøkes ved å besvare de spesifikke forskningsspørsmålene:

1. Hvor tilfreds er pasientene med opplevelsen på legevakten alt i alt og med organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakt?
2. I hvilket omfang skjer det opp- eller nedtriagering fra telefontriage med Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp til oppmøtetriage med Manchester Triage System?
3. Hvordan påvirker endring i triage totaltilfredsheten med legevakten?
4. Hvilke faktorer er assosiert med pasienttilfredshet med legevakten?

Metode

Dette var en observasjonsstudie med innhenting av registreringsinformasjon om legevaktbesøk og triageresultater, samt en spørreskjemaundersøkelse av pasienttilfredshet på en kommunal legevakt i en norsk storby. Datainnsamling måtte ta plass i to perioder på grunn av høytid; den første inklusjonsperioden tok plass 13.11.- 19.12.19 og den andre 30.12.19- 6.1.20.

Etikk

Det ble sendt inn en søknad (ref.nr 7241) til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i juni 2019. REK vurderte at prosjektet var ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde og derfor kunne gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK (Vedlegg 10). Det ble ikke opprettet noe eget personregister i prosjektet (utenfor Trondheim Kommunes egne systemer), og det ble derfor ikke søkt om godkjenning fra NSD. Det ble innhentet godkjenning fra Legevakta og prosjektet ble vurdert i Trondheim Kommunes Enhet for service og internkontroll (ESIKT). Trondheim Kommunes retningslinjer for intern databehandling ble fulgt.

Informasjon om forskningsprosjektet og det informerte samtykket ble vist først i undersøkelsen (Vedlegg 8). Tilbakesendt spørreskjema ble regnet som samtykke for å delta på denne studien og tillatelse til å hente ut data fra legevakten som ble koblet til svarene på pasienttilfredshetsundersøkelsen. Denne ble gjort avidentifisert ved at det ble brukt en egen prosjekt-ID. Hendelsesnummer ble brukt for å knytte sammen triageresultat og svar på pasienttilfredshetsskjema. Nøkkelfilen, som koblet sammen hendelsesnummer og prosjekt-ID ble behandlet og oppbevart konfidensielt.

Deltakelse var frivillig, og pasienten kunne trekke seg fra deltakelsen når som helst. Deltakerne ble informert om hvorfor undersøkelsen ble gjort, samt hvordan resultatene kommer til å brukes.

«Undersøkelse av pasienters erfaringer med legevakten»- spørreskjemaer, som er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonalt kompetansesenter for

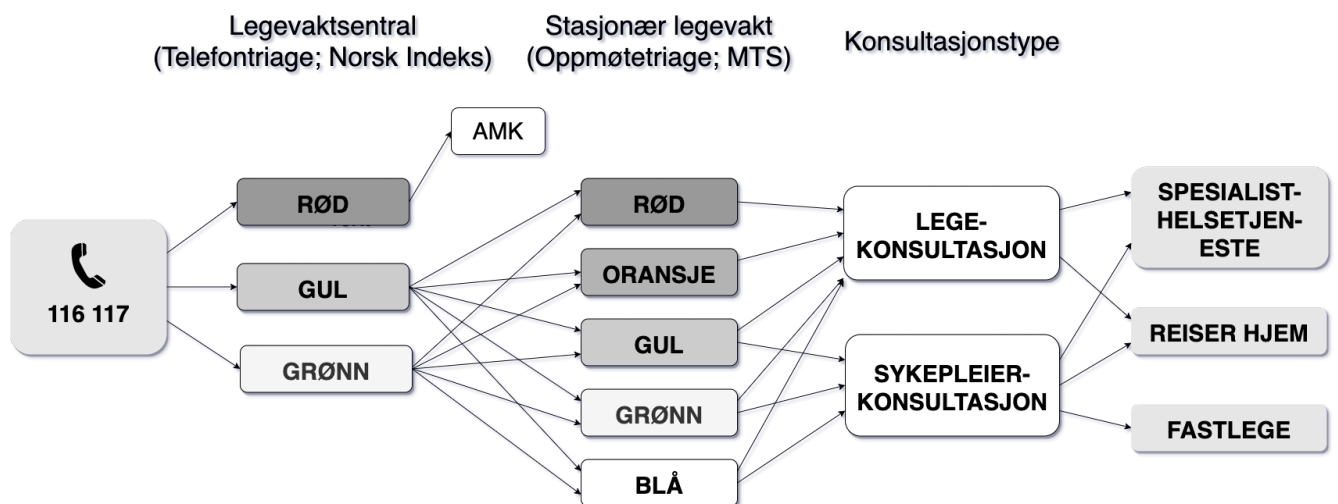
legevaktmedisin, ble brukt i dette prosjektet. Det har blitt gitt tillatelse til å bruke nevnte skjemaer i dette prosjektet.

Setting

Undersøkelsen ble utført ved den kommunale Legevakten i Trondheim, som er et døgnåpent tilbud for alle innbyggere med en nylig oppstått sykdom eller skade, som kan ikke vente til fastlegekontoret åpner (Trondheim Kommune, 2018). Legevakta består av én legevaktsentral (telefon) og én stasjonær legevakt (oppmøte). I 2018 var det per måned gjennomsnittlig 6575 telefonkontakter med legevaktsentralen og 2850 pasientkontakter på den stasjonære legevakta.

Pasienter er oppfordret til å ta den førstekontakten med Legevakta via legevaktsentralen. På legevaktsentralen svarer sykepleiere på telefonhenvendelser fra pasienter som ringer på legevaktnummer 116 117. De bruker Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp for å sette inn en hastegrad. Basert på dette får pasienten dersom behov, et oppmøtetidspunkt på stasjonær legevakt (Figur 1). En pasient som får rød hastegrad basert på Indeks skal overføres til AMK-sentralen som tar over hendelsen.

Figur 1. Pasientforløpet for pasienter som har ringt til 116 117.



På stasjonær legevakt møter pasienter fysisk opp for videre vurdering av sykepleier. Under den fysiske konsultasjonen triageres pasientene ved bruk av Manchester Triage System. Den nye triagen gjøres for å avgjøre hvor fort et eventuelt legetilsyn bør skje. Det kan være at

pasientens hastegrad ikke endres på stasjonær legevakt, eller at pasienten blir opp- eller nedtriagert i forhold til resultatet fra telefontriagen. Pasienten trenger ikke alltid legetilsyn på legevakta, det kan også være aktuelt med kun sykepleierkonsultasjon eller at pasienten oppfordres til heller å ta kontakt med sin fastlege.

Legevakta i Trondheim har valgt til å bruke ulike triagesystemer i legevaktsentralen (telefon) og stasjonær legevakt (oppmøte). Med å bruke Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp for telefontriage sikres det et godt samarbeid med AMK-sentralen ved akutte situasjoner når begge aktørene bruker samme triagesystem. Flere ulike triagesystemer for oppmøte ble vurdert, men Manchester Triage System ble ansett som å passe beste for legevakten og ble implementert som oppmøtetriage i 2018.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriet var personer i alle aldre som både hadde ringt til legevaktstelefonen 116 117 i området til den kommunale legevakten, og som etterpå hadde møtt opp på stasjonær legevakt i undersøkelsesperioden. I tillegg måtte pasienten selv eller pårørende være registrert som innringer i hendelsen og registrert med et mobiltelefonnummer i journalsystemet. For barn og ungdom under 16 år, var det pårørende som ble forespurt om deltagelse og som ble bedt om å svare på spørsmål. Det var ingen eksklusjonskriterier, men spørreskjemaet var kun på norsk.

Rekruttering og datainnsamling

Identifisering av informanter ble gjort ved at telefonnummer og hendelsesnummer for alle aktuelle pasienter, som fylte inklusjonskriteriene, ble hentet ut fra legevaktens register av IT-produsenten for pasientregistreringsprogrammet og denne informasjonen ble videre sendt elektronisk til Legevakta. Etter dette ble det laget en koblingsnøkkel til hver informant som inneholdt både hendelsesnummer fra legevaktens registre og en egen prosjekt-ID som ble generert av studien. I tillegg ble det laget en egen fil hvor telefonnummer ble koblet på til den individuelle prosjekt-IDen, denne filen ble videre overført elektronisk fra Legevakta til Trondheim Kommunes Enhet for service og internkontroll (ESIKT). De sendte ut tekstmeldingene med en unik link til den elektroniske pasienttilfredshetsundersøkelsen i

Questback for alle aktuelle pasienter. ESIKT administrerte også svar og tok av seg sending av purringer til dem som ikke hadde svart.

Pasienter mottok tekstmeldingen senest 8 dager etter de var i kontakt med legevakten. Det ble sendt to purringer til pasienter som ikke svarte; første purring dagen etter første henvendelse, andre purring 3- 4 dager etter det igjen. Det ble ikke sendt mer enn 3 SMS'er, ut fra en tanke om at flere meldinger kunne hadde gitt irritasjon og motstand hos mottaker. Det ble ikke sendt påminnelser til de som allerede hadde svart eller takket nei til deltakelse.

Informasjon fra register

For de pasientene som ga samtykke og sendte tilbake spørreskjema ble prosjekt-IDen brukt til å finne hendelsesnummer ved hjelp av koblingsnøkkelen. Hendelsesnummeret ble igjen brukt for å hente ut følgende informasjon fra legevaktens pasientregistreringsprogram;

- Resultat av telefontriage (Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp)
- Resultat av oppmøtetriage (Manchester Triage System)
- Kjønn
- Alder
- Når på døgnet pasienten hadde vært i kontakt med legevakten (dag/kveld/natt)
- Helg eller hverdag
- Konsultasjonstype

Spørreskjema

Hensikten med spørreskjemaet var å måle pasienters erfaringer og tilfredshet med legevakten på ulike områder. Spørreskjemaet som ble brukt, var en kombinasjon av to ulike versjoner av standardisert «Undersøkelse med pasienters erfaringer med legevakten»-spørreskjema (Danielsen et al., 2012; Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2020). Kort oppsummert, den nyeste versjonen av spørreskjemaet «Undersøkelse med pasienters erfaringer med legevakten»- (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2020) ble brukt samt med 11 spørsmål fra den tidligere versjonen (Danielsen et al., 2012), i tillegg til ett selvlaget spørsmål. Hele spørreskjemaet er gjengitt i Vedlegg 9.

For å lage en godt fungerende elektronisk løsning som passer til alle slags kontakttyper slik at det også kan brukes i fremtiden, ble det i samarbeidet med Trondheim Kommunes Enhet for service og internkontroll gjort noen mindre justeringer. Disse besto av å sette inn et tilleggsspørsmål «*møtte du lege på legevaktlokalet?*» for å sikre at pasientene kun svarte på det som var relevant for dem, samt med en endret rekkefølge til noen av spørsmålene. Spørsmålet «*Hvordan tok du/dere kontakt med legevakten?*» som var nesten identisk med spørsmålet «*Hva slags kontakt hadde du med legevakten?*», ble fjernet for å unngå unødvendig gjentakelse.

Spørreskjemaet ble testet på tolv personer, hvorav de fleste jobbet i helsevesenet. Det ble gitt tilbakemeldinger på at det tekniske fungerte bra, og at informasjon, spørsmål og svaralternativene var forståelige. Det ble gitt noen tilbakemeldinger angående noen enkelte ordvalg. Alle tilbakemeldingene ble gått gjennom og hovedendringen var at informasjonen om undersøkelsen ble forkortet og omskrevet noe.

Den endelige versjonen av spørreskjemaet inneholdt 33 spørsmål eller påstander, samt ett åpent spørsmål med mulighet for å gi ytterlige informasjon hvis ønskelig.

Spørreskjemaet besto av fire ulike deler (Vedlegg 9);

Del 1 Besto av spørsmål 1- 15. Disse spørsmålene handlet om primært om tilfredshet. De inngår i fire ulike samlevariabler som omhandler tilfredshet med *organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt* (Tabell 2). I tillegg inneholder del 1 også enkelte spørsmål angående kontakttype, tilgjengelighet og ventetid.

Tabell 2. Oversikt over hvilke enkeltspørsmål som inngår i de fire ulike samlevariablene for å måle tilfredshet.

Samlevariabeler	Enkeltspørsmål
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> - Fikk du tilfredsstillende informasjon om hvor lenge du måtte regne med å vente til du skulle få komme inn til undersøkelse/behandling? - Synes du tiden du måtte vente fra du ankom til du kom inn til undersøkelse/behandling var akseptabel? - Fikk du inntrykk av at legevakten var godt organisert? - Opplevde du at venterommet var tilfredsstillende?
Telefonkontakt	<p>Spørsmålene nedenfor handler om den personen du snakket med på telefon da du ringte legevakten. Opplevde du at denne personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tok deg på alvor? - Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din? - Snakket til deg slik at du forsto ham/henne? - Var faglig dyktig?
Legekontakt	<p>Spørsmålene nedenfor handler om ditt møte med legen(e) på legevaktlokalet. Opplevde du at han/hun:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tok deg på alvor? - Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din? - Snakket til deg slik at du forsto ham/henne? - Var faglig dyktig?
Sykepleierkontakt	<p>Spørsmålene nedenfor handler om ditt møte med sykepleier(ne) på legevaktlokalet. Opplevde du at han/hun:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tok deg på alvor? - Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din? - Snakket til deg slik at du forsto ham/henne? - Var faglig dyktig?

Del 2 besto av spørsmål 16- 18 og inkluderte det selvlagde spørsmålet. Disse spørsmålene handlet om situasjonen før pasienten tok kontakt med legevakten. To er brukt tidligere i Vaktårn-prosjektet (Danielsen et al., 2012). Spørsmål 18 «Hvor redd du var da du tok kontakt med legevakten?» var selvlaget og ble lagt til ut fra tidligere litteratur (Burroughs et al., 2005; Ekwall, 2013; Watt et al., 2005) og klinisk erfaring om at det kan variere hvor redd pasientene virker å være og en tanke om at dette kan påvirke tilfredsheten. Spørsmålet ble besvart på en Likert-skala, fra (1) ikke i hele tatt til (5) i svært stor grad slik at det var likt de andre tilsvarende spørsmålene i skjemaet.

Del 3 besto av spørsmål 19-24 som handlet om informasjon, totaltilfredshet («Alt i alt, var hjelpen du fikk fra legevakten tilfredsstillende?») og situasjonen etter legevaktbesøket. Disse

spørsmålene er fra «Undersøkelse med pasienters erfaringer med legevakten»- skjemaet (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2020).

Del 4 besto av spørsmål 25-34. Disse spørsmålene handlet primært om bakgrunnsinformasjon til pasienten og er brukt tidligere i Vaktårn-prosjektet (Danielsen et al., 2012). Spørsmål 34 er et åpent spørsmål angående ytterlige informasjon.

Beskrivelse av variablene i studien

I det følgende beskrives hvilke variabler som ble brukt i analysen i denne studien.

Avhengige variabler – ulike mål på tilfredshet

For å svare på forskningsspørsmål ble *totaltilfredshet*, og *samlevariablene tilfredshet med organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt* brukt som avhengige variabler i bivariable- og regresjonsanalysene. Det ble regnet ut et gjennomsnitt av alle enkeltspørsmål for samlevariablene. De avhengige variablene hadde opprinnelige verdier mellom 1 (minst tilfreds) og 5 (mest tilfreds), men for analyser ble de gjort om til skala fra 0- 100, hvor 0 (minst tilfreds) og 100 (mest tilfreds) slik at det ble likt med Vaktårn- prosjektet (Danielsen et al., 2010, 2012). Det ble også gjort en reliabilitetsanalyse for hver av de samlevariablene (Tabell 3).

Tabell 3. Resultatet for reliabilitetsanalyse (Cronbachs alfa) for samlevariablene.

Samlevariabler	Cronbachs alfa
Organisering	$\alpha = 0,80$
Telefonkontakt	$\alpha = 0,90$
Legekontakt	$\alpha = 0,93$
Sykepleierkontakt	$\alpha = 0,93$

Uavhengige variabler

For å svare på forskningsspørsmål om sammenhengen mellom endring i triage og tilfredshet ble *triage endring* brukt som en uavhengige variabel i bivariable- og regresjonsanalysene. *Triage endring*- variabelen ble laget basert på hastegradsinformasjon fra de to triagene som ble hentet fra registeret (Tabell 4). Triage endring ble kategorisert i tre grupper; Hvis telefon- og oppmøtetriage for pasienten var lik, ble det kategorisert som *Uendret*. Hvis pasienten fikk lavere hastegrad ved oppmøtetriage i forhold til telefontriage, ble det kategorisert som

Nedtriagert. I de tilfellene pasienten fikk høyere hastegrad, ble de kategorisert som *Opptriagert*.

Tabell 4. Beskrivelse av triage endring-variabelen

Triage (telefon)	Triage (oppmøte)	Endring
Grønn	Blå	Nedtriagert
Grønn	Grønn	Uendret
Grønn	Gul	Opptriagert
Grønn	Oransje	Opptriagert
Grønn	Rød	Opptriagert
Gul	Blå	Nedtriagert
Gul	Grønn	Nedtriagert
Gul	Gul	Uendret
Gul	Oransje	Opptriagert
Gul	Rød	Opptriagert
Rød	Rød	Uendret

*Tabell viser bare de triagekombinasjonene som eksistert i datasettet.

Det ble også hentet ut informasjon om kjønn, alder, konsultasjonstype, kontakttidspunkt og ukedag fra registret. Disse ble kategorisert som følger;

- Kjønn; (*mann*)og (*kvinne*)
- Alder; (*0- 4år*) (*5- 14 år*), (*15- 29 år*), (*30- 59 år*), (*60- 79år*) og (*80+år*)
- Konsultasjonstype; (*legekonsultasjon*) og (*sykepleierkonsultasjon*)
- Kontakttidspunkt; (*dagtid på hverdag*) og (*utenom fastlegens åpningstider, kveld/natt/helg*)

Det ble også brukt andre variabler og bakgrunnsvariabler fra spørreskjemaet (Vedlegg 9). Dette inkluderte spørsmål som handlet om demografi om pasient, reisetid, opplevelse av informasjon, opplevelse av eventuell feil behandling, videre oppfølging samt med situasjonen før og etter legevaktbesøket. For flere av disse ble svarkategoriene omkodet til i hovedsak dikotome kategorier slik det framkommer i resultatdelen. Ett eksempel er svarkategoriene i spørsmålet om redsel som ble omkodet til to kategorier; *redd* og *ikke redd*.

Analyse

Det ble brukt deskriptive analyser for å beskrive pasienttilfredshet og triageresultat. Det ble gjort korrelasjonsanalyse (*Pearsons r*) mellom totaltilfredshet, og tilfredshet med organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt. I de bivariable analysene ble t-test (variabler med to svarkategorier) og ANOVA (variabler med tre eller flere svarkategorier) brukt for å undersøke sammenhengen mellom hver av de enkelte uavhengige variablene og de avhengige variablene.

Det ble brukt multivariable lineære regresjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom endring i triage og de ulike målene for tilfredshet, justert for andre uavhengige variabler som i de bivariable analysene hadde hatt en sammenheng med de avhengige variablene med $p\text{-verdi} < 0,2$, samt med kjønn og alder. De ulike tilfredshetsmålene (*organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt*) ble også inkludert i regresjonsanalysen som uavhengige variabler når sammenhengen med totaltilfredshet ble undersøkt. Totalt ble fem separate regresjonsanalyser gjort for å undersøke sammenhengen mellom de ulike målene for tilfredshet (avhengige) og de uavhengige variablene.

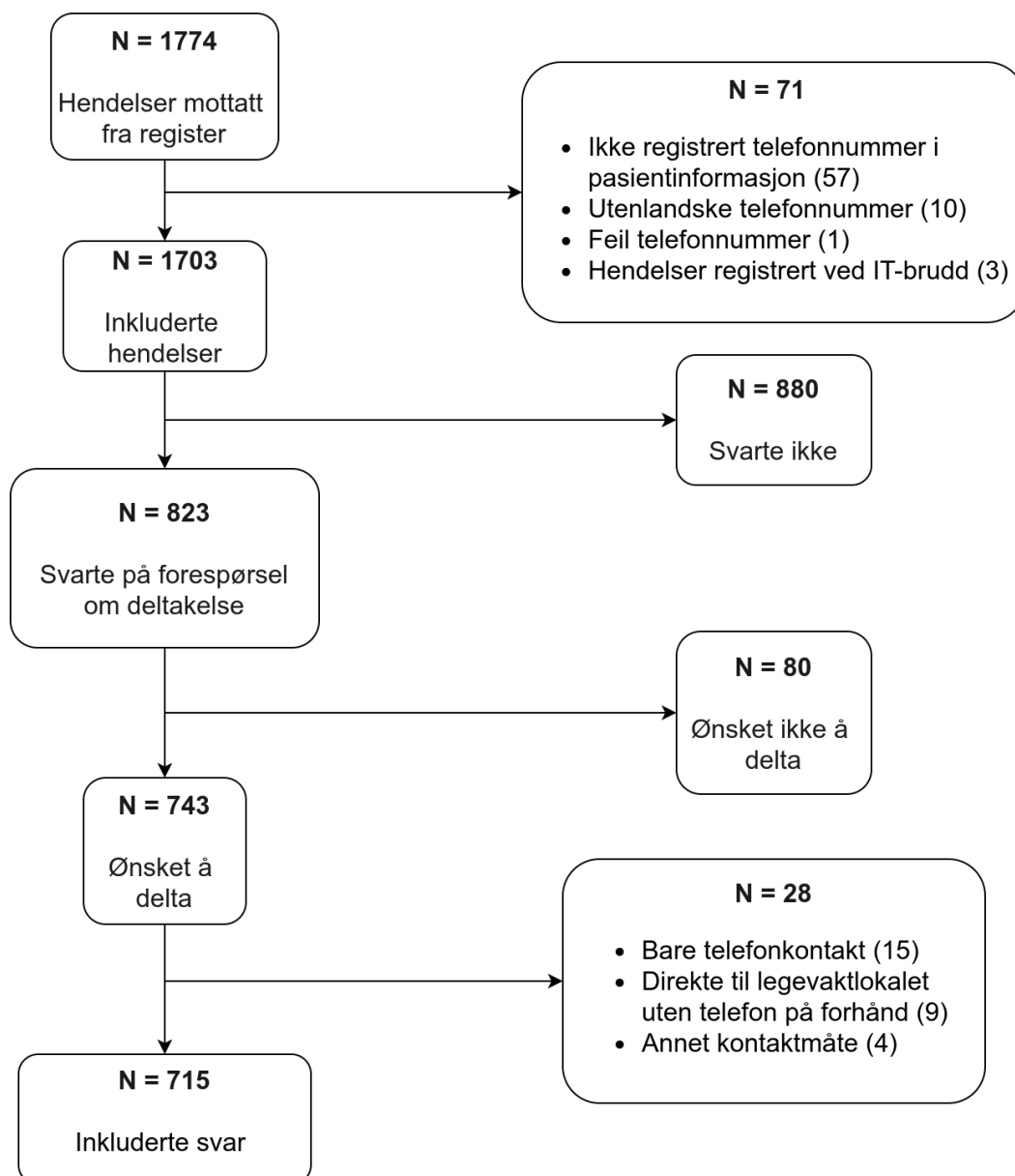
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ble benyttet for å analysere dataene.

Spørreskjemaet inneholdt et åpent spørsmål hvor pasienter kunne skrive litt mer om sine erfaringer med legevakten. Disse kommentarene ble gått gjennom og sortert etter ulike temaer, men ble valgt å ikke inkluderes med videre i analysene og selve oppgaven. En kort oppsummering av kommentarene finnes i Vedlegg 7.

Resultater

Totalt ble 1703 personer identifisert som aktuelle for deltagelse i undersøkelsen (Figur 2). Av de 1703 som ble invitert, var det totalt 743 (43,6%) informanter som svarte på undersøkelsen basert på deres siste kontakt med legevakten. 28 av disse ble ekskludert fordi det viste seg at de ikke fylte inklusjonskriteriene i forhold til kontaktttype. Totalt 80 personer åpnet spørreskjemaet, men valgte å ikke delta. Det var 715 informanter som hadde hatt både telefonkontakt og deretter oppmøte på legevaktlokalet, samt svarte på spørreskjemaet, og som ble inkludert i analysene.

Figur 2. Flytskjema av informantene



Beskrivelse av utvalget

Det var 331 menn og 384 kvinner som deltok i undersøkelsen (Tabell 5). Over halv parten av dem var fra 15 til 59 år, og litt under en femtedel var barn mellom 0- 4år. Informasjon om kjønn og alder ble hentet fra pasientregistret. Over halvparten av de som deltok var yrkesaktiv. Det var 5,3% som hadde annet morsmål enn norsk.

Pasientene hadde selv fylt ut skjema i 60,9% av tilfellene, mens i andre tilfeller var det pårørende eller noen andre som hadde fylt ut skjemaet for pasienten. Det ble presisert i spørreskjemaet at bakgrunnsspørsmålene gjaldt pasienten selv, også om noen andre skulle hjelpe til med å fylle ut skjemaet. Ved sammenligning av informasjon fra spørreskjemaet og informasjon fra pasientregistret, kom det frem at noen likevel hadde gitt informasjon om seg selv på bakgrunnsspørsmålene, istedenfor pasienten (for eksempel at det fra registeret kom fra at pasienten var et barn, mens i spørreskjema var oppgitt en alder som viste at det var en voksen). Spørreskjemaene hvor det ikke var samsvar mellom svarene i alder på bakgrunnsspørsmålene og registret (N=193), ble svarene på bakgrunnsspørsmålene ekskludert fra analysene.

Tabell 5. Beskrivelse av utvalget.

Karakteristika	Antall	Andel
Kjønn	(N=715)	
Kvinne	384	53,7%
Mann	331	46,3%
Alder	(N=715)	
0-4 år	118	16,5%
5-14 år	66	9,2%
15-29 år	158	22,1%
30-59 år	244	34,1%
60-79 år	113	15,8%
80+ år	16	2,2%
Bor du sammen med noen som står deg nær (ektefelle, samboer, pårørende el.)?	(N=518)*	
Ja	360	69,5%
Nei	158	30,5%
Hva er din høyeste fullført utdanning?	(N=505)*	
Grunnskole	60	11,9%
Videregående skole	191	37,8%
Høyskole/universitet (1- 4år)	134	26,5%
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	120	23,8%

Hva gjør du daglig?	(N=514)*	
Yrkesaktiv	275	53,5%
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	57	11,1%
Pensjonist	79	15,4%
Under utdanning	79	15,4%
Arbeidsledig	4	0,8%
Annen daglig aktivitet	20	3,9%
Hva er ditt morsmål?	(N=521)*	
Norsk	493	94,6%
Samisk	0	0%
Annet nordisk språk	7	1,3%
Annet europeisk språk	13	2,5%
Ikke- europeisk språk	8	1,5%
Stort sett, vil du si at din helse er..?	(N=521)*	
Utmerket	81	15,5%
Meget god	179	34,4%
God	146	28,0%
Nokså god	78	15,0%
Dårlig	37	7,1%
Hvem har fylt ut skjema	(N=713)	
Pasienten selv	434	60,9%
Pårørende til barn under 16 år	186	26,1%
Andre pårørende	87	12,2%
Andre	6	0,8%

*Lavere antall skyldes i hovedsak at spørreskjema hvor det ikke var samsvar i alder på bakgrunnsspørsmål og opplysningene i registret ble svarene på bakgrunnsspørsmålene ekskludert fra analysene.

72,9% av informantene hadde vært i kontakt med legevakten fra 1-2 ganger i løpet de siste to årene (Tabell 6). Ni av ti var i kontakt med legevakten utenom fastlegens åpningstider. Det var 2,5% som kun hadde sykepleierkonsultasjon, resten hadde konsultasjon med en lege.

Tabell 6. Beskrivelse av utvalget. Antall og prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene samt med informasjon fra registret.

Variabel	Antall	Andel
Var det denne type kontakt du ønsket?	(N=711)	
Ja	692	97,3%
Nei	19	2,7%
Kontakttidspunkt	(N=715)	
Dagtid på hverdag	75	10,5%
Utenom fastlegens åpningstider (kveld/natt/helg)	640	89,5%
Konsultasjonstype	(N=715)	

Legekonsultasjon	697	97,5%
Sykepleierkonsultasjon	18	2,5%
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?	(N= 517)*	
1 gang	243	47,0%
2 gang	134	25,9%
3- 5 ganger	106	20,5%
6- 10 ganger	25	4,8%
Mer enn 10 ganger	9	1,7%

* Lavere antall skyldes i hovedsak at spørreskjema hvor det ikke var samsvar i alder på bakgrunnsspørsmål og opplysningene i registret ble svarene på bakgrunnsspørsmålene ekskludert fra analysene.

Beskrivelse av opplevelse og tilfredshet

Opplevelse av situasjonen før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten

Mesteparten av informantene hadde ikke vært i kontakt med fastlege før de tok kontakt med legevakten (Tabell 7). Det var bare 8,8% som hadde prøvd å få time hos fastlegen først. Tre av fire (75,1%) opplevde situasjonen som meget alvorlig eller alvorlig da de kontaktet legevakten, og at de måtte ha hjelp med en gang eller innen få timer. En av syv opplevde situasjonen mindre alvorlig og kunne ventet til neste dag, men tok likevel kontakt med legevakten. Det var 22,5% som var svært stor grad eller i stor grad redd når de tok kontakt med legevakten.

Tabell 7. Opplevelse av situasjon før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.

Variabel	Antall	Andel
Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	(N=715)	
Ja	63	8,8%
Nei	639	89,4%
Har ikke fastlege	13	1,8%
Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	(N=715)	
Meget alvorlig (måtte ha hjelp med én gang)	80	11,2%
Alvorlig (måtte ha hjelp innen få timer)	457	63,9%
Mindre alvorlig (kunne vente til neste dag)	101	14,1%
Vet ikke	77	10,8%
Hvor redd var du når du tok kontakt med legevakten?	(N=715)	
Ikke i hele tatt	141	19,7%
I liten grad	167	23,4%
I noen grad	246	34,4%
I stor grad	135	18,9%

I svært stor grad	26	3,6%
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon?	(N=715)	
Ikke i hele tatt	450	62,9%
I liten grad	159	22,2%
I noen grad	81	11,3%
I stor grad	22	3,1%
I svært stor grad	3	0,4%
Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	(N=715)	
Under ½ time	408	57,1%
½- 1 time	131	18,3%
1- 2 timer	78	10,9%
2- 4 timer	69	9,7%
Mer enn 4 timer	29	4,1%
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	(N=715)	
Ikke i hele tatt	8	1,1%
I liten grad	13	1,8%
I noen grad	89	12,4%
I stor grad	280	39,2%
I svært stor grad	325	45,5%
Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/ behandling?	(N=713)	
Under 10 minutter	122	17,1%
10- 30 minutter	191	26,8%
30- 60 minutter	134	18,8%
1- 2 timer	116	16,3%
2- 3 timer	95	13,3%
Mer enn 3 timer	55	7,7%

Opplevelse av informasjon, tilfredshet og situasjon etter legevaktkontakt

Over halvparten av informantene som deltok i undersøkelsen opplevde at de i svært stor grad eller stor grad fikk tilstrekkelig info, både om sin tilstand og om resultater av prøver og undersøkelser (Tabell 8). Det var 4,3% som svarte at de ble i svært stor grad eller stor grad ble feilbehandlet på en eller annen måte ut ifra sin egen bedømmelse, mens 14,0% opplevde hjelpen dårligere enn forventet.

Tabell 8. Opplevelse av informasjon, tilfredshet og situasjon etter legevaktkontakt.

Variabel	Antall	Andel
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	(N=711)	
Ikke i hele tatt	10	2,8%
I liten grad	43	6,0%
I noen grad	158	22,2%
I stor grad	274	38,5%
I svært stor grad	189	26,6%
Ikke aktuelt	27	3,8%
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	(N=711)	
Ikke i hele tatt	32	4,5%
I liten grad	54	7,6%
I noen grad	125	17,6%
I stor grad	216	30,4%
I svært stor grad	152	21,4%
Ikke aktuelt	132	18,6%
Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging?	(N=714)	
Ja, sykehus	188	26,3%
Ja, fastlegen	220	30,8%
Ja, annet	22	3,1%
Nei	284	39,8%
Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?	(N=713)	
Mye dårligere enn forventet	25	3,5%
Noe dårligere enn forventet	75	10,5%
Som forventet	322	45,2%
Noe bedre enn forventet	160	22,4%
Mye bedre enn forventet	131	18,4%
Mener du at du ble feilbehandlet av legevakten?	(N=714)	
Ikke i hele tatt	543	76,1%
I liten grad	89	12,5%
I noen grad	51	7,1%
I stor grad	21	2,9%
I svært stor grad	10	1,4%

Hvor tilfreds var informantene alt i alt, og med organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakten?

Pasientene skåret generelt høyt på tilfredshet med opplevelsen av legevakten alt i alt (gjennomsnitt 75,6 på en skala fra 0 til 100, standardavvik 24,1). Prosentandeler for de som har svart i de ulike svarkategoriene for totaltilfredshet er presentert i Tabell 9.

Tabell 9. Totaltilfredshet med legevakten.

Variabel	Antall	Andel
Alt i alt, var hjelpen du fikk fra legevakten tilfredsstillende?	(N=715)	
Ikke i hele tatt	18	2,5%
I liten grad	40	5,6%
I noen grad	94	13,1%
I stor grad	317	44,3%
I svært stor grad	246	34,4%

Informantene var minst tilfreds med organiseringen av legevakten og mest tilfreds med legekontakt (Tabell 10).

Tabell 10. Gjennomsnitt og standardavvik for samlevariablene organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakt.

Samlevariabel	Antall	Gjennomsnitt	Standardavvik
Organisering	(N=715)	59,0	22,9
Telefonkontakt	(N=714)	81,9	16,9
Legekontakt	(N=669)	83,2	18,0
Sykepleierkontakt	(N=600)	82,4	17,6

*Skala fra 0- 100, hvor 100 er mest tilfreds

Prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene for de samlevariablene er presentert i Vedlegg 1. I det følgende oppsummeres hovedpunktene.

Spørsmål om kommunikasjon og kontakt med personalet var de spørsmålene hvor den høyeste andelen svarte i en av de to beste svarkategoriene; *i stor* eller *svært stor grad*. Mer enn ni av ti opplevde at de forsto sykepleieren (92,8%) og legen (90,9%) de møtte på legevakten. Det var 95,0% av informantene som oppga at de forsto personen de snakket med på telefonen. Et klart flertall av informantene opplevde at personalet tok dem på alvor og var interessert i beskrivelsen av tilstanden deres.

Informantene var minst tilfreds med ventetid og organisering (prosentandeler som har svart i en av de tre dårligste svarkategoriene; *ikke i det hele tatt, i liten grad eller i noen grad*). Over 72,8% oppga at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon om hvor lenge de måtte regne med å vente på venterommet. Halvparten av informantene opplevde at ventetiden til undersøkelse/behandling ikke var akseptabel, mens over 29,8% opplevde at venterommet

kunne forbedres. Men likevel oppga over 67,8% av informantene at legevakten var godt organisert.

Hvilke resultat ga telefon-og oppmøtetriage?

Totalt var det 58,7% (420 av 715 personer) som fikk samme hastegrad i både telefon- og oppmøtetriage, mens 16,9% (121 personer) ble nedtriagert og 24,3% (174 personer) ble opptriagert (Tabell 11).

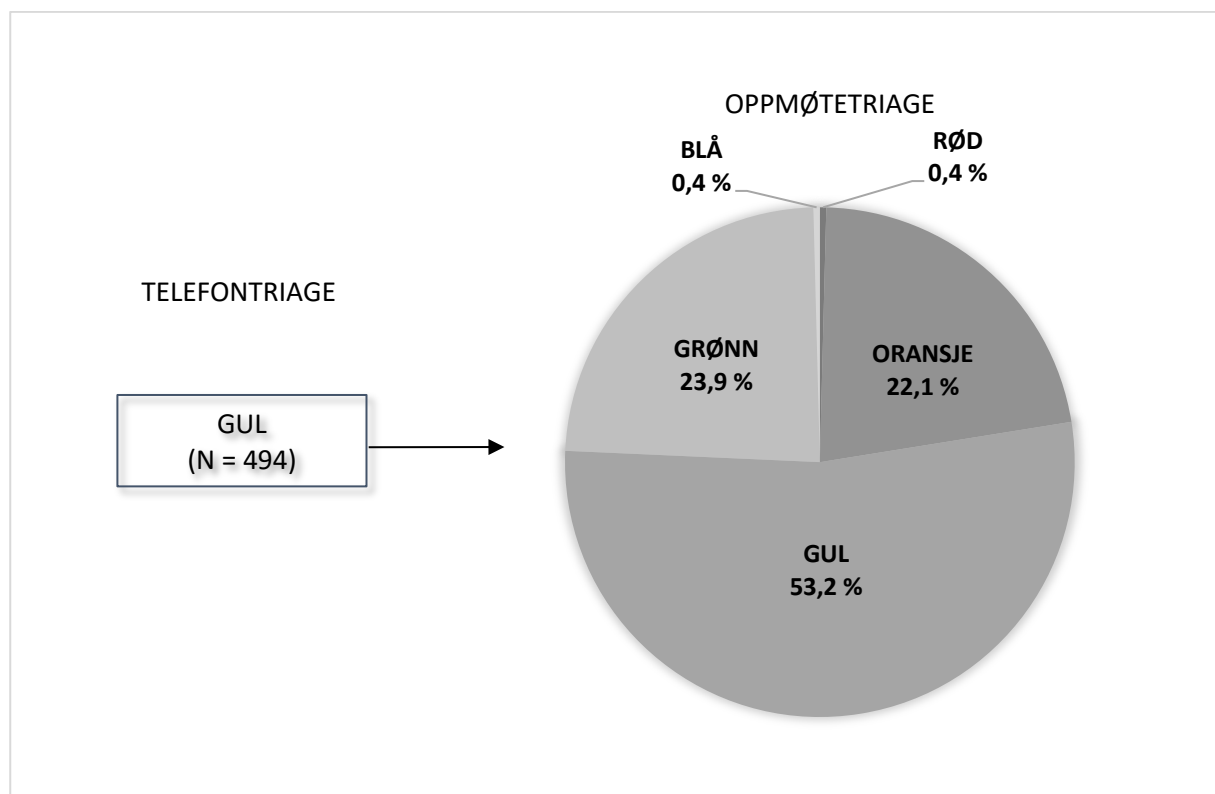
Tabell 11. Fordeling av hastegrad fra Norsk Indeks til MTS (N=715).

Norsk Indeks (telefon)		MTS (oppmøte)		
Hastegrad	Antall	Hastegrad	Antall	Andel
Rød	1	Rød	1	100%
				100%
Gul	494	Rød	2	0,4%
		Oranje	109	22,1%
		Gul	263	53,2%
		Grønn	118	23,9%
		Blå	2	0,4%
Grønn	220	Rød	0	0%
		Oransje	13	5,9%
		Gul	50	22,7%
		Grønn	156	70,9%
		Blå	1	0,5%

Det var 220 pasienter som fikk grønn hastegrad og 494 som fikk gul hastegrad i Norsk Indeks når de ringte til legevaktssentralen, mens 1 fikk rød hastegrad.

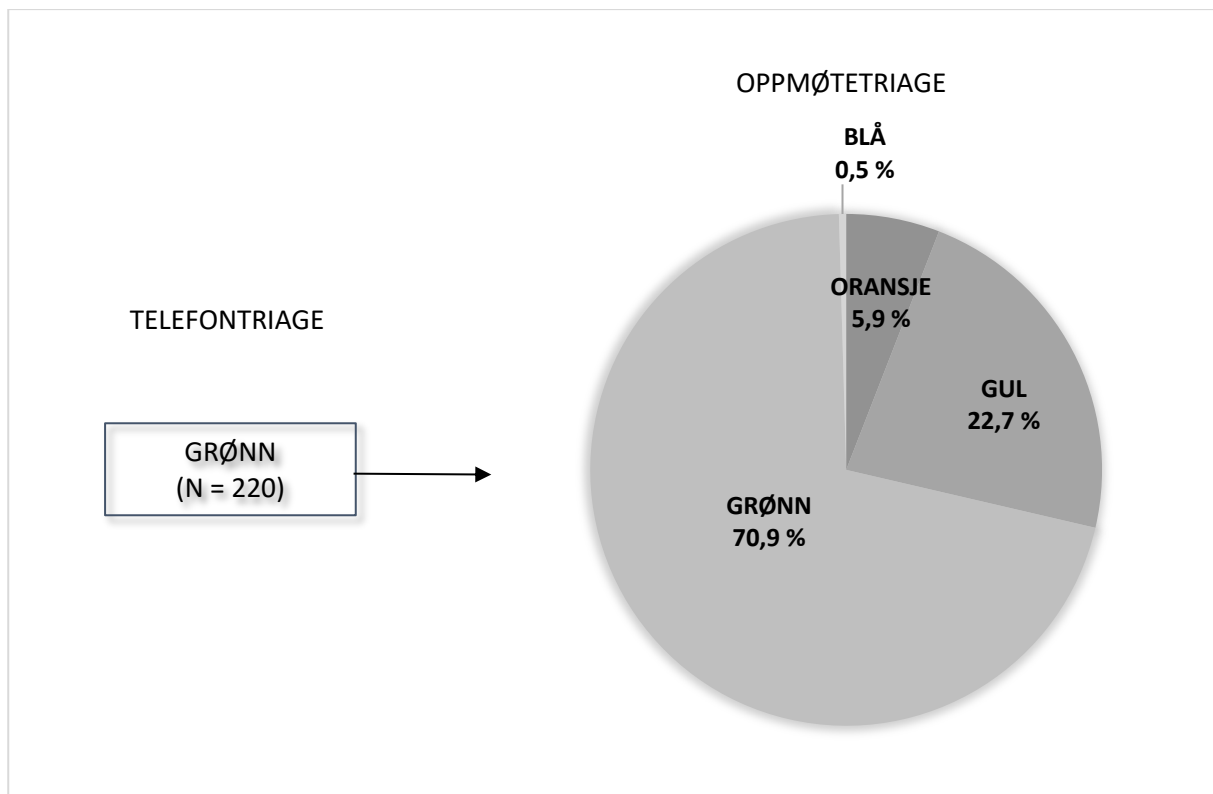
Det var 53,2% av de 494 pasienter med gul hastegrad fra Norsk Indeks som også fikk gul hastegrad i MTS (Figur 3). Det var nesten like stor andel av de med gul hastegrad som ble enten grønn (23,9%) eller oransje (22,1%) ifølge MTS. I tillegg var det to gule pasienter som fikk rød hastegrad i MTS (0,4%) og to gule pasienter som fikk blå hastegrad (0,4%).

Figur 3. Resultat for oppmøtetriage i MTS for de som har fått gul hastegrad i Norsk Indeks. Rød og oransje er opptriage, mens grønn og blå er nedtriage.



Når det sees nærmere på de 220 pasientene som fikk grønn hastegrad fra telefon viser det at 70,9% av dem også ble triagert som grønn når de kom på legevakten (Figur 4). Det var en del grønne pasienter som ble opptriagert, 22,7% av dem fikk gul hastegrad og 5,9% fikk oransje hastegrad i MTS. Ingen av de grønne ble triagert som rød i MTS og det var bare en pasient som ble triagert som blå (0,5%). Den ene pasienten med rød hastegrad fra Indeks ble også triagert som rød i MTS.

Figur 4 Resultat for oppmøtetriage i MTS for de som har fått grønn hastegrad i Norsk Indeks. Oransje og gul er opptriage, mens blå er nedtriage.



Bivariable analyser

Totaltilfredshet og ulike triagekategorier

Den bivariable analysen (Tabell 12) viser at pasienter med grønn hastegrad fra telefon var gjennomsnittlig mer tilfredse enn pasienter med gul hastegrad, mens den ene pasienten med rød hastegrad var mest tilfreds. De med oransje hastegrad i MTS var gjennomsnittlig mer tilfreds enn de tre pasientene med rød hastegrad i MTS. Analysen viser også at de med blå hastegrad i MTS var gjennomsnittlig mer tilfreds enn de med grønn og gul hastegrad.

Tabell 12. Bivariabel sammenheng mellom totaltilfredshet og ulike triagekategorier etter Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp og Manchester Triage System.

Triagekategorier	Antall	Totaltilfredshet		P-verdi
		Gjennomsnitt	Standardavvik	
Norsk Indeks	(N=715)			0,583
Rød	1	100,0	-	
Gul	494	75,5	24,4	
Grønn	220	75,9	23,3	
MTS	(N=715)			<0,001
Rød	3	83,3**	14,4	
Oransje	122	84,4**	18,8	
Gul	313	74,0**	24,0	
Grønn	274	73,4**	25,3	
Blå	3	75,0**	43,3	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med ANOVA.

**p-verdi < 0,05

Korrelasjon mellom totaltilfredshet, organisering, telefon, leger og sykepleier

Korrelasjonen (*Pearson produktmomentkorrelasjon*) mellom totaltilfredshet, og tilfredshet med organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakt, varierte mellom $r = 0,402$ og $r = 0,686$ (Tabell 13). Dette indikerte at de måler ulike ting, og at det dermed kan være ulike forhold som påvirker disse. Derfor ble det gjort egne analyser for hver av disse variablene (og at de kan inkluderes i regresjonsanalyse for totaltilfredshet uten at det blir et problem med multikollinearitet).

Tabell 13. Resultatene fra Pearson produktmomentkorrelasjon for variablene «Totaltilfredshet», «Organisering», «Telefonkontakt», «Legekontakt» og «Sykepleierkontakt».

	Total-tilfredshet	Organi-sering	Telefon-kontakt	Lege-kontakt	Sykepleier-kontakt
Total-tilfredshet					
Organi-sering	0,641*				
Telefon-kontakt	0,509*	0,421*			
Lege-kontakt	0,686*	0,402*	0,468*		
Sykepleier-kontakt	0,533*	0,429*	0,452*	0,513*	

*p-verdi <0,001

Oversikt over resultatene fra bivariable analyser i forhold til de ulike målene for tilfredshet

For å gi en generell oversikt over assosiasjonene funnet i de bivariable analysene, er kun p-verdiene fra de bivariable analysene presentert i Tabell 14.

I det følgende oppsummeres de bivariable sammenhengene som var like for alle de fem ulike målene på tilfredshet: De som var redd eller opplevde at det var vanskelig å komme i kontakt med legevakten var mindre tilfreds. De som hadde ønsket denne typen kontakt de fikk (telefon+ oppmøte), de som opplevde at reisetiden var akseptabel og de som ventet under en time for å komme til undersøkelse var mer tilfreds. De som fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand og prøvesvar var også mer tilfreds enn de som ikke fikk det. De som opplevde at hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre og de som følte at de ikke ble feilbehandlet var mer tilfreds.

Tabell 14. Oversikt over p-verdier fra bivariable analysene (totaltilfredshet, organisering telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt).

Variabel	Totaltilfredshet	Organisering	Telefonkontakt	Legekontakt	Sykepleierkontakt
Endret triage	<0,001*	<0,001*	0,705	0,373	0,261
Kjønn	0,055*	0,211	0,756	0,545	0,543
Alder	0,001*	0,132*	0,003*	0,456	0,693
Høyeste fullført utdanning	0,709	0,431	0,945	0,618	0,163*
Hva gjør du daglig	0,005*	0,330	0,023*	0,517	0,006*
Bor du sammen med noen	0,495	0,810	0,104*	0,886	0,910
Morsmål	0,261	0,878	0,177*	0,460	0,482
Helse	0,188*	0,083*	0,027*	0,089*	0,828
Ønsket kontakttype	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,016*	0,004*
Kontakttidspunkt	0,304	0,146*	0,383	0,411	0,458
Konsultasjonstype	0,049*	0,937	0,542	0,912	0,232
Hvor mange ganger kontakt med legevakten i de to siste årene	0,053*	0,149*	0,184*	0,098*	0,210
Hvem har fylt ut skjema	0,614	0,534	0,148*	0,552	0,688
Prøvde du å få time hos fastlegen	0,037*	0,028*	0,015*	0,205	0,330

Hvor alvorlig opplevde du situasjon	0,561	0,780	0,036*	0,672	0,291
Var du redd	<0,001*	0,052*	0,111*	0,025*	0,029*
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Hvor lang tid brukte du til legevakten	0,011*	<0,001*	0,006*	0,478	0,602
Reisetiden var akseptabel	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,009*	0,010*
Ventetid til undersøkelse	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Tilstrekkelig informasjon om tilstand	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Tilstrekkelig informasjon prøver	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Henvisning til videre oppfølging	0,11*	0,233	0,333	0,104*	0,119*
Hvordan opplevde du hjelpen fra legevakten	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Ble du feilbehandlet	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

*P-verdi < 0,2

Totaltilfredshet

Det var flere andre variabler enn de som ble omtalt over, som var assosiert med totaltilfredshet (Tabell 15). Den bivariable analysen viste at menn var i gjennomsnitt mer tilfreds enn kvinner. De som var over 60 år, arbeidsledige eller pensjonister var gjennomsnittlig mer tilfreds enn andre. De som hadde en sykepleierkonsultasjon var gjennomsnittlig minst tilfreds. De som ble opptriagert fra telefon ved oppmøte var mer tilfreds enn de som fikk uendret triage eller ble nedtriagert.

Tabell 15. Bivariabel sammenheng mellom totaltilfredshet og ulike karakteristika ved pasient, hvem har fylt ut skjema, konsultasjonstidspunkt, konsultasjonstype og endring i triage mellom telefon og oppmøte.

Variabel	Antall	Totaltilfredshet		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Triage endring	(N=715)			<0,001
Nedtriagert	121	72,3**	26,4	
Uendret	420	73,9**	24,7	
Opptriagert	174	82,2**	19,2	
Kjønn	(N=715)			0,055
Mann	331	77,5	22,0	
Kvinne	384	74,0	25,6	
Alder	(N=715)			0,001
0-14 år	184	74,0**	24,6	
15-29 år	158	70,7**	26,5	
30-59 år	244	76,6**	23,8	
60+ år	129	82,0**	18,7	
Bor du sammen med noen som står deg nær (ektefelle, samboer, pårørende el.)?	(N=518)			0,495
Ja	360	76,9	23,6	
Nei	158	75,3	24,6	
Hva er din høyeste fullført utdanning?	(N=505)			0,709
Grunnskole	60	72,9	29,2	
Videregående skole	191	76,7	24,2	
Høyskole/universitet (1- 4år)	134	76,9	23,1	
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	120	76,9	21,8	
Hva gjør du daglig?	(N=514)			0,005
Yrkesaktiv	275	76,9**	23,3	
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	57	76,8**	24,0	
Pensjonist	79	81,6	18,2	
Under utdanning	79	72,5	25,2	
Arbeidsledig	4	87,5	14,4	
Annen daglig aktivitet	20	60,0	36,6	
Hva er ditt morsmål?	(N=521)			0,261
Norsk	493	76,0	24,3	
Annet språk	28	81,3	17,5	
Stort sett, vil du si at din helse er..?	(N=521)			0,188
God	406	77,0	23,7	
Dårlig	115	73,7	24,7	
Var det denne typen du ønsket?	(N=711)			<0,001
Ja	692	76,2**	23,5	
Nei	19	56,6**	29,9	
Konsultasjonstidspunkt	(N=715)			0,304
På dagtid på hverdag	75	78,3	23,4	

Variabel	Antall	Totaltilfredshet		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Utenom FL åpningstider (kveld, natt, helg)	640	75,3	24,1	
Konsultasjonstype	(N=715)			0,049
Legekonsultasjon	697	76,1**	23,4	
Sykepleierkonsultasjon	18	56,9**	38,2	
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?	(N=517)			0,053
1- 2 gang	377	77,6	23,7	
3- 5 ganger	106	71,2	25,1	
6- 10 ganger eller mer	34	77,2	21,6	
Hvem har fylt ut skjema?	(N=713)			0,614
Pasient	434	75,9	24,6	
Noen andre	279	75,0	23,2	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Ifølge den bivariable analysen var det flere variabler, som omhandlet situasjonen før legevaktkontakten og etter ankomst til legevakten, som påvirket totaltilfredsheten (Tabell 16). De som var redd da de tok kontakt og de som opplevde at det var vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon var gjennomsnittlig mindre tilfreds. De ulike variablene som handler om reise- eller ventetid hadde sammenheng med totaltilfredshet, og det viste seg at de med lengre reise-og ventetid var gjennomsnittlig mindre tilfreds. De som ventet over 3 timer til undersøkelse/ behandling, var gjennomsnittlig minst tilfreds med det totale.

Tabell 16. Bivariabel sammenheng mellom totaltilfredshet og opplevelse av situasjon før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.

Variabel	Antall	Totaltilfredshet		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	(N=715)			0,037
Nei	652	76,4**	23,2	
Ja	63	67,9**	30,9	
Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	(N=715)			0,561
Ikke alvorlig	178	74,7	23,3	
Alvorlig	537	75,9	24,3	

Variabel	Antall	Totaltilfredshet		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Hvor redd var du når du tok kontakt med legevakten?	(N=715)			<0,001
Ikke redd	554	77,7**	21,9	
Redd	161	68,6**	29,4	
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon?	(N=715)			<0,001
Ikke i hele tatt	450	79,7**	22,0	
Var vanskelig	265	68,7**	25,7	
Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	(N=715)			0,011
Under en time	539	77,0**	23,1	
Over en time	176	71,3**	26,5	
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	(N=715)			<0,001
Ikke akseptabel	110	63,0**	27,9	
Akseptabel	605	77,9**	22,6	
Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling?	(N=713)			<0,001
Under 10min	122	85,5**	18,1	
10- 60 min	325	81,5**	19,3	
1- 3 timer	211	66,8**	25,8	
Over 3 timer	55	52,3**	28,2	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Den bivariable analysen viste at det var flere variabler, som omhandlet situasjonen etter legevaktkontakten, som påvirket totaltilfredsheten (Tabell 17). De som fikk tilstrekkelig informasjon var gjennomsnittlig mer tilfreds enn de som ikke fikk det. De som opplevde at hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre og de som mente at de ikke ble feilbehandlet var gjennomsnittlig mer tilfreds med det totale.

Tabell 17. Bivariabel sammenheng mellom totaltilfredshet og opplevelse av situasjon etter legevaktkontakt.

Variabel	Antall	Totaltilfredshet		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	(N=711)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	248	59,2**	27,4	

Variabel	Antall	Totaltilfredshet		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Tilstrekkelig	463	84,3**	16,1	<0,001
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	(N=711)			
Ikke tilstrekkelig	343	67,1**	26,8	0,11
Tilstrekkelig	368	83,8**	17,6	
Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging?	(N=714)			
Ikke henvist	284	73,9	25,5	<0,001
Henvist	430	76,8	23,1	
Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?	(N=713)			
Ikke som forventet	100	39,0**	24,2	<0,001
Som forventet eller bedre	613	81,6**	18,0	
Mener du at du ble feilbehandlet av legevakten?	(N=714)			
Ikke i hele tatt	543	82,7**	18,0	<0,001
Ble feilbehandlet (fra liten til svært stor grad)	171	53,1**	27,0	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Tilfredshet i forhold til organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt

Kort gjennomgang av de andre resultatene fra bivariable analyser er presentert under for hver for seg; *organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt*. Alle resultatene fra de bivariable analysene for hver enkelte samlev variabel er i tillegg presentert i vedlegg 2- 5. Her omtales hovedfunnene (variabler med en p-verdi < 0,05) for hver av de ulike målene.

Organisering

Menn var gjennomsnittlig mer tilfreds med organiseringen av legevakten enn kvinner (Vedlegg 2). Ifølge den bivariable analysen var arbeidsledige og de som var 60+ år gjennomsnittlig mer tilfreds. De som ble nedtriagert var mindre tilfreds med organiseringen av legevakten enn de som ble opptriagert eller fikk sammen hastegrad. De som hadde prøvd å få kontakt med fastlegen og de som hadde ventet over 3 timer for undersøkelser eller behandling var gjennomsnittlig mindre tilfreds.

Telefonkontakt

Som resultatene fra de bivariable analysene viser (Vedlegg 3), var personer med dårlig helse og de mellom 15 til 29 år mindre tilfreds med telefonkontakt. Arbeidsledige og pensjonister var gjennomsnittlig mer tilfreds. De med annet morsmål enn norsk og de som hadde prøvd å få kontakt med fastlegen var gjennomsnittlig mindre tilfreds med telefonkontakt. De som ble opptriagert var gjennomsnittlig mer tilfreds enn de som ble nedtriagert eller fikk samme hastegrad.

Legekontakt

Den bivariable analysen viser (Vedlegg 4), at de med annet daglig aktivitet og de som hadde vært i kontakt med legevakten fra 3- 5 ganger i løpet av de siste årene var gjennomsnittlig mindre tilfreds med legene. De som ble opptriagert ved oppmøte var gjennomsnittlig mer tilfreds med legekontakt enn de som ble nedtriagert eller fikk samme hastegrad.

Sykepleierkontakt

Ifølge den bivariable analysen (Vedlegg 5) var arbeidsledige gjennomsnittlig mest tilfreds med sykepleierkontakt. De med høyskoleutdanning (fra 1 til 4 år) og de med et annet morsmål enn norsk var også gjennomsnittlig mer tilfreds. De som ble opptriagert ved oppmøte var gjennomsnittlig mer tilfreds med sykepleierkontakt enn de som fikk samme hastegrad eller ble nedtriagert.

Multivariabel lineær regresjon

Det ble brukt multivariable lineære regresjonsanalyser som inkluderte de uavhengige variablene som hadde en sammenheng med de avhengige variablene med p-verdi $<0,2$ i de bivariable analysene. Dette ble gjort for å undersøke sammenheng mellom endring i triage og de ulike målene for tilfredshet, når det ble justert for de andre uavhengige variabler, og samtidig se på assosiasjonen mellom de ulike målene for tilfredshet og ulike andre faktorer. For å gi en generell oversikt, er p-verdiene fra regresjonsanalysene om hva som henger sammen med ulike mål for tilfredshet presentert i Tabell 18.

Tabell 18.Oversikt over p-verdiene fra regresjonsanalysene (totaltilfredshet, organisering telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt).

Uavhengige variabler	Totaltilfredshet	Organisering	Telefonkontakt	Legekontakt	Sykepleierkontakt
Nedtriagert	0,533	0,935	0,646	0,064	0,415
Opptriagert	0,134	0,259	0,107	0,250	0,821
Kvinne	0,187	0,156	0,780	0,865	0,692
Alder 0-14 år	0,156	0,640	0,208	0,987	0,361
Alder 15-29 år	0,012*	0,203	0,917	0,053	0,824
Alder 30-59 år	0,042*	0,770	0,113	0,796	0,853
Videregående skole	-	-	-	-	0,020*
Høyskole/universitet (1-4år)	-	-	-	-	0,005*
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	-	-	-	-	0,303
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	0,721	-	0,657	-	0,415
Pensjonist	0,135	-	0,239	-	0,693
Under utdanning	0,375	-	0,346	-	0,257
Arbeidsledig	0,245	-	0,944	-	0,132
Annen daglig aktivitet	0,312	-	0,067	-	0,026*
Bor sammen med noen	-	-	0,457	-	-
Morsmål er ikke norsk	-	-	0,034*	-	-
God helse	0,473	0,589	0,507	0,442	-
Ønsket kontakttipe	0,577	0,033*	0,001*	0,001*	0,392
Kontakt på dagtid på hverdag	-	0,739	-	-	-
Sykepleierkonsultasjon	0,383	-	-	-	-
Kontakt med legevakten 3- 5 ganger i de siste to år	0,461	0,211	0,579	0,568	-
Kontakt med legevakten 6- 10 ganger eller mer i de siste to år	0,931	0,905	0,695	0,098	-
Pasient har fylt ut skjema	-	-	0,916	-	-
Prøvde å få kontakt med fastlegen først	0,095	0,926	0,841	-	-
Opplevde skade eller sykdom alvorlig	-	-	0,479	-	-
Var redd når tok kontakt med legevakten	0,004*	0,140	0,499	0,293	0,152
Var vanskelig å komme i kontakt med legevakten	0,873	<0,001*	<0,001*	0,939	0,337
Brukte over en time til legevakten	0,606	0,775	0,733	-	-
Reisetiden var akseptabel	0,776	<0,001*	0,016*	0,720	0,290

10- 60 min ventetid til undersøkelse	0,484	<0,001*	0,585	0,732	0,494
1-3 timer ventetid til undersøkelse	0,615	<0,001*	0,021*	0,307	0,053
Over 3 timer ventetid til undersøkelse	<0,001*	<0,001*	0,560	0,940	0,245
Tilstrekkelig informasjon om tilstand	0,050	<0,001*	0,059	<0,001*	0,032*
Tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	0,992	0,050	0,825	0,208	0,867
Ble henvist til videre oppfølging	0,679	-	-	0,874	0,822
Hjelpen var som forventet eller bedre	<0,001*	<0,001*	0,075	<0,001*	0,194
Ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse	0,092	0,785	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Telefonkontakt	0,135	-	-	-	-
Legekontakt	<0,001*	-	-	-	-
Sykepleierkontakt	0,075	-	-	-	-
Organisering	<0,001*	-	-	-	-

*p-verdi <0,05

Som vist i Tabell 18, var det flere av de uavhengige variablene som var assosiert med de totalt 5 avhengige variablene i analysene. Antallet uavhengige variable med en p-verdi under 0,05 i de ulike analysene var; sju for totaltilfredshet, åtte for organisering, seks for telefonkontakt, fire for legekontakt og fem for sykepleierkontakt.

Det var ingen av de uavhengige variablene som hadde en p-verdi <0,05 for alle ulike målene for tilfredshet. Samtidig har tilstrekkelig informasjon om tilstand en klar sammenheng både med legekontakt ($p < 0,001$), sykepleierkontakt ($p=0,032$) og organisering ($p < 0,001$), mens den virker også til å ha sammenheng med totaltilfredshet ($p=0,50$) og telefonkontakt ($p=0,059$).

Påvirker endring i triage pasientens tilfredshet?

Som presentert i Tabell 19 hadde hverken nedtriagering (B 1,35, 95% konfidensintervall -2,91 til 5,61, $p=0,533$) eller opptriagering (B 2,38, 95% konfidensintervall -0,74 til 5,49, $p=0,134$) noen påvirkning på totaltilfredshet med legevakten når det ble justert for andre uavhengige variabler. Den gjennomsnittlige regresjonskoeffisienten (B) var i begge tilfeller over 0, og en

verdi over 0 betyr økt totaltilfredshet med legevakten. Heller ikke de andre samlevariablene for tilfredshet (organisering, telefon-, lege- eller sykepleierkontakt) ble påvirket av en endring i triageresultatet sammenlignet med å få samme hastegrad på både telefon- og oppmøtetriage justert for de andre uavhengige variablene. Det ble heller ikke oppdaget noe klart mønster i retninger på regresjonskoeffisientene. De to sammenhengene som skilte seg ut ga begge mindre tilfredshet selv om den ene hang sammen med nedtriagering og den andre opptriagering; å bli nedtriagert og være mindre tilfreds med legekontakt (B -3,52, 95% konfidensintervall -7,24 til 0,21, $p=0,064$), samt med å bli opptriagert og være mindre tilfreds med telefonkontakt (B -2,76, 95% konfidensintervall -6,12 til 0,60, $p=0,107$).

Tabell 19. Multippel lineær regresjonsanalyse for variablene som avklarer variasjon i totaltilfredshet med legevakten.

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Uendret triage	Ref.			
Nedtriagert	1,35	-2,91	5,61	0,533
Opptriagert	2,38	-0,74	5,49	0,134
Mann	Ref.			
Kvinne	-1,81	-4,50	0,88	0,187
Alder 60 år +	Ref.			
Alder 0-14 år	-5,26	-12,54	2,02	0,156
Alder 15-29 år	-8,76*	-15,55	-1,96	0,012
Alder 30- 59 år	-6,17*	-12,12	-0,23	0,042
Yrkesaktiv	Ref.			
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	-0,90	-5,86	4,06	0,721
Pensjonist	-5,01	-11,59	1,57	0,135
Under utdanning	2,07	-2,52	6,66	0,375
Arbeidsledig	-8,95	-24,06	6,16	0,245
Annen daglig aktivitet	-3,66	-10,77	3,45	0,312
Dårlig helse	Ref.			
God helse	-1,38	-5,16	2,40	0,473
Ikke ønsket kontaktttype	Ref.			
Var ønsket kontaktttype	-2,60	-11,76	6,56	0,577
Legekonsultasjon	Ref.			
Sykepleierkonsultasjon	-6,71	-21,81	8,39	0,383
Kontakt med legevakten 1 -2ganger i løpet av de siste to år	Ref.			
Kontakt med legevakten 3- 5 ganger i løpet av de siste to år	-1,32	-4,84	2,20	0,461
Kontakt med legevakten 6- 10 ganger eller mer i løpet av de siste to år	0,25	-5,54	6,05	0,931

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Prøvde ikke å få kontakt med fastlegen først	Ref.			
Prøvde å få kontakt med fastlegen først	4,09	-0,72	8,89	0,095
Var ikke redd når tok kontakt med legevakten	Ref.			
Var redd når tok kontakt med legevakten	-4,84*	-8,12	-1,56	0,004
Ikke vanskelig å komme i kontakt med legevakten	Ref.			
Vanskelig å komme i kontakt med legevakten	-0,25	-3,29	2,79	0,873
Brukte under en time til legevakten	Ref.			
Brukte over en time til legevakten	-0,84	-4,06	2,38	0,606
Reisetiden var ikke akseptabel	Ref.			
Reisetiden var akseptabel	0,56	-3,31	4,42	0,776
Under 10min ventetid til undersøkelse	Ref.			
10- 60 min ventetid til undersøkelse	-1,30	-4,95	2,35	0,484
1-3 timer ventetid til undersøkelse	-1,24	-6,07	3,60	0,615
Over 3 timer ventetid til undersøkelse	-13,95*	-20,82	-7,08	<0,001
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om tilstand	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand	3,36	-0,01	6,73	0,050
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	-0,16	-3,05	3,02	0,992
Ble ikke henvist for videre oppfølging	Ref.			
Ble henvist for videre oppfølging	-0,59	-3,38	2,21	0,679
Hjelpen var dårligere enn forventet	Ref.			
Hjelpen var som forventet eller bedre	11,88*	6,82	16,94	<0,001
Ble ikke feilbehandlet i hele tatt etter sin egen bedømmelse	Ref.			
Ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse (fra liten til svært stor grad)	-3,34	-7,23	0,55	0,092
Telefonkontakt	0,07	-0,02	0,17	0,135
Legekontakt	0,50*	0,39	0,61	<0,001
Sykepleierkontakt	0,09	-0,01	0,19	0,075
Organisering	0,21*	0,11	0,30	<0,001

**Justert R² = 0,659. B = ustandardisert regresjonskoeffisient , 95% KI = Konfidensintervall for B.

*p-verdi < 0,05

Hvilke forhold henger sammen med ulike mål for tilfredshet?

Resultatene for regresjonsanalysene for totaltilfredshet finnes i Tabell 19, mens for de andre ulike målene for tilfredshet (organisering telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt) finnes de i Vedlegg 6.

Totaltilfredshet

Den lineære regresjonsmodellen forklarer 65,9% av variasjonen i totaltilfredshet med legevakten. Som presentert i Tabell 19 er det sju faktorer som har en klar sammenheng med totaltilfredshet.

Over 3 timers ventetid har den sterkeste negative sammenhengen ($B=-13,95$), dette betyr at når man tar hensyn til de andre variablene, var totaltilfredshet for de med over 3 timers ventetid redusert med gjennomsnittlig med 13,95 på en skala fra 0- 100. De andre variablene som hadde negativ sammenheng med totaltilfredshet var følgende; Alder 15- 29 år ($B=-8,76$), alder 30- 59 år ($B=-6,17$), og å være redd når man tok kontakt med legevakten ($B=-4,84$).

De variablene som klart bidro til økt totaltilfredshet var at hjelpen var som forventet eller bedre ($B=11,88$), tilfredshet med legekontakt ($B=0,50$ for hvert ett-poengs økning) og tilfredshet med organisering av legevakten ($B=0,21$ for hvert ett-poengs økning). I tillegg har tilstrekkelig informasjon om tilstanden ($B=3,36$) positiv sammenheng med totaltilfredshet.

Organisering

Den lineære regresjonsmodellen forklarer 57,5% av variasjonen i organisering med legevakten (Vedlegg 6). Ifølge regresjonsanalysen er det åtte faktorer som har klar sammenheng med tilfredshet i forhold til organisering av legevakten.

Over 3 timers ventetid har den sterkeste negative sammenhengen ($B=-37,60$). Andre signifikante faktorer med negativ sammenheng var 1- 3 timers ventetid ($B=-27,73$), ventetid fra 10-60min ($B=-10,79$) og at det var vanskelig å komme i kontakt med legevakten ($B=-7,80$).

De variablene som bidro til økt tilfredshet i forhold til organisering var at hjelpen var som forventet eller bedre ($B=10,34$), fikk ønsket kontaktttype ($B=9,29$), opplevde reisetiden som akseptabel ($B=8,54$) og fikk tilstrekkelig informasjon om sin tilstand ($B=7,68$).

Telefonkontakt

Ifølge den lineære regresjonsmodellen er det seks faktorer som har klar sammenheng med samlevariabelen telefonkontakt (Vedlegg 6). Den lineære regresjonsmodellen forklarer 24,7 % av variasjonen i tilfredshet ved telefonkontakt med legevakten.

Opplevelse av feilbehandling hadde den sterkeste negative sammenhengen ($B=-7,69$). Den nest sterkeste sammenhengen har annet morsmål enn norsk ($B=-6,71$) og de andre faktorene med negativ sammenheng var vanskelig å komme i kontakt med legevakten ($B=-5,94$) og 1-3 timers ventetid for undersøkelser/behandling ($-5,08$). De variablene som bidro til økt tilfredshet i forhold til telefonkontakt var ønsket kontaktttype ($B=16,90$) og at de opplevde reisetiden som akseptabel ($B=4,80$).

Legekontakt

Ifølge den lineære regresjonsmodellen er det fire faktorer som har klar sammenheng med gjennomsnittsvariabelen legekontakt. Denne regresjonsmodellen forklarer 39,9% av variasjonen i tilfredshet med leger på legevakten (Vedlegg 6).

Analysen viser at følelsen av å bli feilbehandlet hadde den sterkeste negative sammenhengen med ($B=-13,02$), mens de variablene som bidro til økt tilfredshet i forhold til legene var ønsket kontaktttype ($B=14,27$), at hjelpen var som forventet eller bedre ($B=10,18$), og at de fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand ($B=9,83$).

Sykepleierkontakt

Den lineære regresjonsmodellen forklarer 19,0 % av variasjonen i tilfredshet med sykepleierkontakt på legevakten. Som presentert i Vedlegg 6 er det fem faktorer som har klar sammenheng med tilfredshet i forhold til sykepleierne.

De tre faktorene som hadde negativ sammenheng var å ha en «Annen daglig aktivitet» enn det å være bl.a. yrkesaktiv, student eller pensjonist ($B=-10,70$) og ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse ($B=-9,83$). De variablene som bidro til økt tilfredshet i forhold til sykepleierne var å ha fullført høyskoleutdanning 1- 4 år ($B=8,55$) og videregående skole ($B=6,75$) og fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand ($B=4,05$).

Diskusjon av metode

I dette kapittelet vil forskers rolle og de ulike aspektene av metode bli diskutert. Diskusjonen av metode har samme struktur som metodedelen for å vise hvordan ulike metodiske valg kan ha påvirket resultatene. Det er lagt spesiell vekt på å diskutere spørreskjema med fokus på reliabilitet og validitet, og andre aktuelle spørsmål som kunne vært med.

Forskers rolle

I forskningsprosjektet er det alltid viktig med egen refleksjon, men det er spesielt viktig å reflektere over egen rolle når man har tett tilknytting på undersøkelsesområdet (Ringdal, 2012). Jeg (masterstudent og forsker i denne studien), har jobbet mange år innen akuttmedisin, både på akuttmottak i spesialisthelsetjenesten og på legevakt i primærhelsetjenesten, og arbeider i dag på Legevakta i Trondheim som sykepleier. Dette er samme sted som undersøkelsen ble gjennomført, noe som ikke er tilfeldig. Da det var tid for å skrive en masteroppgave, foreslo jeg for ledelsen at jeg kunne gjøre en oppgave der.

Ifølge Malterud (2001) vil forskerens tidligere erfaring og forforståelse påvirke valg av forskningstema og -metode. Jeg har vært bevisst på bakgrunnen til hvorfor jeg valgte å fokusere på triage og pasienttilfredshet. Når Legevakta tok i bruk Manchester Triage System for oppmøtetriage i 2018, i tillegg til det systemet som var i bruk for telefontriage vekket det en interesse hos meg for å se nærmere på konsekvenser for pasienttilfredshet når det brukes to ulike triagesystemer. Bruk av to triagesystemer og ulike erfaringer knyttet til dette har også vært et mye diskutert tema blant mine kollegaer på Legevakta. Når jeg startet på denne oppgaven, hadde jeg en forforståelse om at triageresultatene og endring i disse ville påvirke pasienttilfredshet.

Det er først og fremst valg av studiedesign og analysemetoder, samt diskusjoner med veiledere og andre, som har bidratt til objektivitet. Det ble brukt et ferdiglagd standardisert spørreskjema fra Vaktårn-prosjektet og datainnsamling av pasienterfaringer ble gjort som spørreskjemaundersøkelse etter pasientens legevaktbesøk uten at jeg kunne påvirke hvem som deltok. Likevel, min forforståelse kan ha påvirket både tolkning og analysing av datamaterialet (Malterud, 2001). Jeg har ingen direkte egeninteresse for hvilke resultater

undersøkelsen gir, noe som trolig har gjort det lettere å legge forforståelsen min til side i forskningsprosessen. Jeg har underveis hatt tett samarbeid med begge veiledere, og valgene som har blitt tatt underveis i forskningsprosjektet har blitt diskutert og reflektert med dem.

Design

For å svare på forskningsspørsmålene ble det gjennomført en kvantitativ observasjonsstudie med innhenting av registreringsinformasjon om legevaktbesøket og triageresultater, samt med en spørreskjemaundersøkelse av pasienttilfredshet på en kommunal legevakt. Ved å velge en kvantitativ studie, kan det sies noe om andeler av personer som har for eksempel ulike opplevelser. Men det kan ikke gås i dybden på disse opplevelsene slik man kunne gjort i en kvalitativ studie.

En viktig begrensing ved valg av en observasjonsstudie hvor flere av variablene (spørreskjemaet) er samlet inn i en tverrsnittstudie, er at man ikke kan si noe om årsakssammenhengen mellom disse variablene. Variabelen som ble tatt fra pasientregistret ble registrert når pasient var i kontakt med legevakten, altså tidsmessig før spørreskjema ble sendt ut. Dermed kunne data fra registret brukes til å si noe om hvordan registrerte hendelser ved legevakten påvirket tilfredshet. Dette er tilfelle for sammenheng mellom triageresultat som ble registrert på legevakten og tilfredshet som ble målt når pasienten fylte ut spørreskjemaet.

Nasjonal kompetansesenter for legevaktmedisin (2019) anbefaler en minst 3- 4 uker lang undersøkelsesperiode for pasienttilfredshetsundersøkelse for å sikre mest mulig representative datamateriale. I dette tilfellet foregikk datainnsamling over 6 uker, dette for å skaffe et stort nok utvalg, samt med en god nok spredning på ulike ukedager og døgntider.

Det ble valgt å gjøre studien på en storbylegevakt. Dette er selvfølgelig en begrensing med tanke på resultatenes generaliserbarhet.

Deltagere, rekruttering og generaliserbarhet

Målet for forskningsprosjekt bør alltid være å samle inn så reliable, valide og representative data som mulig (McColl, et al., 2002). For at pasientutvalget skal være mest mulig

representativ i forhold til alle som bruker legevakten skal det være i størst mulig grad tilfeldig sammensatt (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2019). For å sikre mest mulig representativt utvalg i denne studien ble det valgt å inkludere personer fortløpende, og å sikre at inklusjonskriteriene var så brede at de fleste som oppsøkte legevakten ble inkludert. De som ble invitert måtte ha hatt både telefonkontakt og fysisk oppmøte, noe som er den vanligste kontakttypen. Dette betyr at resultatene bare er representative for personer med denne kontakttypen, og ikke for eksempel for de som kun er i kontakt med legevakten per telefon.

Selv om det ikke var noen eksklusjonskriterier, var spørreskjemaet kun på norsk fordi det ikke var praktisk mulig å oversette spørreskjemaet til flere språk i forbindelse med dette prosjektet. Pasienter som ikke behersker norsk ble dermed i praksis ekskludert. Disse kunne hadde gitt viktig informasjon om sine erfaringer med legevakten, men det er lite trolig at de utgjør en så stor gruppe at det ville endret funnene i særlig grad.

Informantene for denne studien ble invitert ved å sende en tekstmelding til mobiltelefonnummeret som var registrert på pasientinformasjonen i pasientregistret. Etter Legevaktas retningslinjer skal personalet alltid sjekke at pasientens kontaktinformasjon er korrekt ved ankomst til legevakten. Allikevel var det ikke alltid registrert mobiltelefonnummer til pasienten, og noen få ganger var det registrerte mobiltelefonnummeret feil. I slike tilfeller ble disse personene ekskludert fra studien, fordi det da ikke var mulig å sende tekstmelding med invitasjon om deltakelse til dem. På grunn av tekniske begrensninger var det heller ikke mulig å sende tekstmelding til utenlandske telefonnummer, derfor måtte 10 pasienter ekskluderes fra studien. Mens en tekstmelding var enkelt å sende ut til store antall av pasienter og det var enkelt for informanten å sende spørreskjemaet tilbake, var det en fare for at noen pasientgrupper blir utelatt fordi de ikke kunne svare elektronisk. Dette gjaldt pasienter som ikke hadde smarttelefon eller av andre grunner ikke var i stand til å svare på en elektronisk undersøkelse, som kan ha vært tilfelle hos eldre pasienter i denne studien.

Informantene fikk som oftest tekstmeldingene 1- 3 dager etter legevaktbesøket, men alltid senest etter 8 dager. Det kan tenkes at når spørreskjemaer blir sendt ut relativt kort tid etter legevaktbesøk, så kan dette påvirke svarprosenten positivt fordi det da ikke har gått så lang

tid og pasientene fortsatt har sine erfaringer fersk i minne, som Danielsen et al. (2008) hevder. For å sikre en så høy svarprosent som mulig, ble det sendt to purringer til de som hadde ikke svart. I denne studien var svarprosenten på 44%, som er et likt nivå med tidligere lignende undersøkelser (Danielsen et al., 2008, 2012).

Seleksjonsbias er en skjevhet som kan forekomme hvis et utvalg ikke er representativt (Ringdal, 2012). Ett eksempel er at de informantene som svarer har sterke meninger om temaet og de vil mer sannsynlig svare enn noen som har mer nøytrale meninger. Dette kan føre til en situasjon hvor de som er veldig misfornøyde eller veldig fornøyde blir overrepresentert i datasettet (Pearl & Fairley, 1985). Ifølge Danielsen et al (2008) er representativitet ikke mulig å vurdere uten data om ikke-svarerne. I denne studien var ikke informasjon om alle som ble invitert til å delta i undersøkelsen tilgjengelig. Dermed er det heller ikke mulig å sammenligne de som svarte og de som ikke svarte. Dette kan ansees å være en svakhet. For å likevel kunne vurdere representativitet, ble «utvalget» i denne studien sammenlignet med epidemiologiske data fra Vaktårn-prosjektet som representerer generell norsk legevaktvirksomhet. Fordeling i forhold til alder og kjønn var like de nyeste, tilgjengelige tallene fra Vaktårn-prosjektet (Eikeland et al., 2019), bort sett fra noen mindre forskjeller i andel av de yngste og de eldste pasientene. Andelen av de fra 0- 4år var 16,5% i denne studien sammenlignet med 12,6% i Vaktårn-prosjektet, mens andelen av de over 80 år bare var 2,2% i denne undersøkelsen, mens det var 8,4% i Vaktårn- prosjektet (Eikeland et al., 2019). At det var en mindre andel av eldre pasienter som deltok i denne undersøkelsen kan mulig forklares med studiens elektroniske fremgangsmåte.

Spørreskjema

En spørreundersøkelse er en systematisk metode for å samle inn informasjon fra et utvalg og spørsmål blir stilt på samme måte til alle informantene (Ringdal, 2012). Det ble valgt å bruke ferdiglagde, validerte spørreskjema fra Vaktårn-prosjektet i denne studien (Garratt et al., 2010). Det var 33 av 34 spørsmål som var lukkede med faste svaralternativer, et av disse spørsmålene var et selvlaget lukket spørsmål. Bruk av lukkede spørsmål sikrer at svarene er lett å sammenligne, men samtidig er ulempen at informanten ikke kan formulere sin mening fritt (Ringdal, 2012). Det var et lavt antall av «missing» på flesteparten av spørsmålene. Det

tyder på at spørreskjemaet var enkelt å bruke og informantene opplevde spørsmålene som relevante, og at de lett kunne forstå hvordan de skulle svare på spørsmålene.

Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet, det vil si, gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultatet (Ringdal, 2012). Spørreskjemaet som ble brukt har blitt utviklet og validert gjennom en prosess med flere ulike faser som har vist at skjemaet gir data av god kvalitet (Garratt et al., 2010). Når spørreskjemaet ble utviklet ble reliabilitet vurdert ved å måle indre konsistens (Cronbachs alfa) for de ulike målene for tilfredshet (*organisering, telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt*). Alle disse målene hadde en indre konsistens på utmerket eller godt nivå (Garratt et al., 2010), og det ble også funnet i denne undersøkelsen.

For å belyse situasjon når pasienten tok kontakt med legevakten ble det inkludert et enkelt, selvlaget spørsmål «*Hvor redd du var da du tok kontakt med legevakten?*» i spørreskjemaet. Reliabilitet for dette enkelte, selvlagde spørsmålet kan bare vurderes ut ifra allmennkildekritikk (Ringdal, 2012). Dette spørsmålet ble lagt til ut fra tidligere litteratur (Burroughs et al., 2005; Ekwall, 2013; Watt et al., 2005), og klinisk erfaring om at det kan variere hvor redd pasientene virker å være, og en tanke om at dette kan påvirke tilfredsheten slik som resultatene fra denne studien senere bekreftet.

Tilfeldige målefeil kan også påvirke reliabilitet, informantene kan huske eller skrive feil (Ringdal, 2012). Det kan også oppstå feil ved elektroniske dataregistrering. I denne studien ble data overført elektronisk fra Questback til SPSS som reduserer mulighetene for feil. Henting av informasjon fra pasientregistret måtte gjøres manuelt, og dette ga en mulighet for at feilregistrering kunne være tilstede. Derfor ble all informasjon kontrollert uten at noen større feil ble oppdaget.

Validitet

Ifølge Ringdal (2012) er dataenes validitet basert på spørsmålet om variablene måler det fenomenet de er ment å måle. Som nevnt tidligere er "Undersøkelse om pasienters erfaringer

med legevakten” -spørreskjemaet blitt utviklet gjennom en prosess med flere ulike faser for å sikre dette (Garratt et al., 2010).

Det ble gjort noen mindre justeringer for spørreskjemaet for å få det til å passe bedre til en elektronisk framgangsmåte, men selve spørsmålene som måler pasienterfaringer ble ikke berørt. Etter dette ble det gjort en pilotundersøkelse med tolv personer for å samle tilbakemeldinger fra de som har fylt ut skjema.

Andre spørsmål som kunne vært med

Pasienttilfredshet er et komplekst fenomen, og flere ulike faktorer påvirker det (Nairn et al., 2004). Det ble valgt å bruke allerede eksisterende spørreskjema for pasienttilfredshetsundersøkelsen. Som nevnt tidligere ble det lagt inn et selvlaget spørsmål om redsel når pasienten tar kontakt med legevakten. Dette spørsmålet ble lagt til ut i fra tidligere litteratur og klinisk erfaring.

Det er vanskelig å skape en regresjonsmodell som kan forklare alt av variasjon i forhold til tilfredshet. De uavhengige variablene som ble inkludert i de ulike regresjonsanalysene kunne forklare fra 19,0% til 65,9% av variasjon i de ulike målene for tilfredshet. Dette betyr det at det finnes andre spørsmål enn de som ble inkludert i spørreskjemaet, som kunne bidratt til å forklare pasienttilfredshet.

Som resultatene fra analysene viste er det andre faktorer enn endring i triage som påvirker tilfredshet mest. Selv om det ikke ble funnet noen sammenheng mellom tilfredshet og pasienters opplevelse av sine tilstanders alvorlighet når de tok kontakt med legevakten, kan det være at pasientens egen vurdering av sin hastegrad hadde bidratt for å forklare pasienttilfredshet, slik i tidligere studie (van Uden et al., 2005). Det hadde også vært interessant å se om pasientens vurdering i forhold til sin hastegrad hadde endret seg underveis, for eksempel etter samtalen med legevaktsentralen.

Det er både de fylte og ikke-fylte forventningene som påvirker pasienttilfredshet (Muntlin et al., 2006), slik i denne studien hvor det at hjelpen var som forventet eller bedre, sterkest bidro til økt totaltilfredshet. Informantene vurderte hvordan hjelpen var alt i alt i forhold til

forventningene, mens pasientenes spesifikke forventninger ikke ble kartlagt. Det har også blitt hevdet at relasjonen mellom forventninger og tilfredshet egentlig er uklar, og at det trengs mer forskning for å forstå hvordan pasienter evaluerer fått helsehjelp (Batbaatar et al., 2015). Det kan tenkes at flere, mer spesifikke spørsmål angående forventninger kunne bidratt til å forklare pasienttilfredshet mer.

Ifølge tidligere litteratur er det oftest en sammenheng mellom pasientens hastegrad og ventetid (Ekwall, 2013; Horwitz et al., 2010), og begge kan også ha sammenheng med tilfredshet (Taylor & Bengner, 2004). Som skrevet under design, kan disse variablene samlet inn på samme tidspunkt ikke brukes til å si noe om direkte årsakssammenheng. Derfor kan ikke et spørsmål i spørreskjemaet om ventetid brukes. Hadde faktisk ventetid blitt målt på forhånd, altså ved selve besøket, i god tid før de svarte på spørsmål om tilfredshet, kunne det bli analysert om dette hadde en konfunderende effekt i forhold til triage. På grunn av tekniske begrensninger var ikke informasjonen om pasientens faktiske ventetid tilgjengelig i denne studien, og dermed var det ikke mulig å vurdere effekten av dette. Ifølge en tidligere studie estimerer flesteparten av pasienter ofte lengre ventetid enn hva det i virkeligheten har vært (Thompson et al., 1996) og man bør ta hensyn til dette i forhold til tolkning av resultatene.

Omkoding av variablene

Ofte er de fenomenene som skal undersøkes komplekse og omfattende, slik som i dette tilfellet, hvor datamaterialet inneholder mange spørsmål og mye informasjon. Det er ofte nødvendig å forenkle datamaterialet med omkoding slik at analysene ikke blir uoversiktlige (Johannessen, 2009). Derfor ble flesteparten av de uavhengige variablene, som var ikke i fokus i utgangspunktet, omkodet til dummyvariabler eller til å ha færre kategorier. For eksempel ble variabelen «feilbehandling», ble omkodet til dummyvariabel med to kategorier, slik at de som etter egen bedømmelse mente de ikke ble feilbehandlet i hele tatt fikk verdi 0 mens de som mente seg feilbehandlet (fra liten til svært stor grad) fikk verdi 1. En ulempe med omkoding er at informasjonen ikke lengre er så detaljert. Samtidig hadde analysing og tolkning av data blitt uoversiktlig uten omkoding.

Analyse

Det ble brukt standard statistiske analysemetoder i et mye brukt statistikkprogram, noe som sikrer kvaliteten på selve utregningen. Likevel ble det gjort valg som kan påvirke resultatene. Ett eksempel er at det ble valgt en grenseverdi ($p\text{-verdi} < 0,2$ i de bivariable analysene) for hvilke variabler som ble med regresjonsanalyse. Selv om det er en vanlig brukt grense, er det andre som bruker en $p\text{-verdi} < 0,1$ eller $0,05$ som en grense. Fordelen med å ha den valgte grensen er at flere variabler ble med i analysen, noe som gjenspeiler et ønske om å beskrive assosiasjoner bredt, framfor å undersøke for eksempel årsakssammenhenger.

Uavhengige variabler som er sterk korrelert med hverandre kan skape problemer i regresjonsanalyse (Johannessen, 2009). Det ble gjort korrelasjonsanalyse (*Pearson produktmomentkorrelasjon*) mellom totaltilfredshet, og tilfredshet med organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakt for å utelukke multikollinearitet. Resultatene fra denne analysen indikerte at de måler ulike ting, og at det dermed kan være ulike forhold som påvirker disse. Derfor ble det gjort egne analyser for hver av disse variablene, samt med at de (organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakt) kunne bli inkludert i regresjonsanalyse for totaltilfredshet. Når det kommer til andre begrensninger ved forutsetningene for regresjonsanalyse var relasjonen mellom de uavhengige og avhengige variabelene hovedsakelig lineære med noen unntak. Relasjonen mellom alder og tilfredshet var ikke lineær i utgangspunktet, men dette ble løst med omkoding til dummyvariabler.

Det ble valgt å omtale variabler som var assosierte med tilfredshet i regresjonsanalysene som hadde en $p\text{-verdi}$ rundt $0,05$ eller lavere. Dette kan kritiseres fordi det er gjort mange sammenligninger. Hvis man gjør 20 sammenligninger vil man kunne forvente at i gjennomsnitt en av disse vil bli signifikant ved en $p\text{-verdi}$ på $0,05$. Når det likevel ikke ble valgt til å justere $p\text{-verdien}$ for antallet sammenligninger (*Bonferroni correction*), er det på grunn av at denne studien er av en utforskende type.

Diskusjon av resultatene

I dette kapittelet vil først hovedfunnene fra analysene oppsummeres. Deretter sees det nærmere på pasienttilfredshet på legevakten, samt fordeling av triageresultatet og dens påvirkning på tilfredshet. Senere diskuteres andre sentrale faktorer som er assosiert med pasienttilfredshet på legevakten. Avslutningsvis blir betydning for praksis og forslag til videre forskning presentert.

Oppsummering av resultatene

Generelt sett har mange pasienter fra denne undersøkelsen positive erfaringer med legevakten. Pasientene skåret generelt høyt på totaltilfredshet med opplevelsen ved legevakten. De skåret noe lavere på tilfredshet med organisering, enn på tilfredshet med telefon-, lege- og sykepleierkontakt.

Nesten seks av ti pasienter fikk samme hastegrad i både telefon- og oppmøtetriage, mens cirka en av fire ble opptriagert (høyere triage ved oppmøte enn ved telefon). Regresjonsanalysene viste at hverken nedtriagering (lavere triage ved oppmøte enn ved telefon) eller opptriagering (høyere ved oppmøte enn ved telefon) påvirket pasienttilfredshet generelt.

Det å få tilstrekkelig informasjon om sin tilstand var den eneste variabelen som hadde en sammenheng med alle de ulike målene for tilfredshet. Regresjonsanalysen viste også at totaltilfredshet økte mest dersom hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre, mens over 3 timers ventetid var det som reduserte den mest.

Pasienttilfredshet på legevakten

Mesteparten av pasientene pleier å være tilfreds med opplevelsen av legevakten (Danielsen et al., 2012), slik som i denne studien. Når det gjelder totaltilfredshet med opplevelsen av legevaktkontakt svarte ca. 79% at de i stor eller svært stor grad var tilfreds med den hjelpen som de fikk på legevakten, mens en tidligere studie fra 2010-2011 fra Danmark rapporterte at ca. 83% av pasientene var tilfredse eller veldig tilfredse etter konsultasjon på legevakten (Tranberg et al., 2018). Lignende studie har også blitt gjort 2003 i Nederland hvor pasientenes

totaltilfredshet med legevakten etter en legekonsultasjon var på likt nivå med overnevnte studier (van Uden et al., 2005). Disse overnevnte studiene presenterer noe høyere tall enn Vaktårn-prosjektet, som i 2010/2011 målte tilfredsheten hos sju norske legevakter, hvor den tilsvarende andelen var ca. 72% (Danielsen et al., 2012). I Vaktårn-prosjektet var alle ulike kontakttypene inkludert med, også telefonkontakter og hjemmebesøk. Tidligere studier viser at de som fikk bare telefonkontakt skåret lavere på totaltilfredshet med legevakten (Tranberg et al., 2018; van Uden et al., 2005). Dermed bør forskjeller mellom disse ulike tallene tolkes med forsiktighet på grunn av ulike kontakttyper som er inkludert i de ulike studiene.

Når det sees nærmere på de ulike målene av tilfredshet, var informantene minst tilfredse med organiseringen av legevakten. De var mest tilfredse med legekontakt og nesten like tilfredse med sykepleier- og telefonkontakt, slik også Vaktårn-prosjektet viser (Danielsen et al., 2012).

Som nevnt tidligere i oppgaven handler spørsmålene innen de ulike tilfredshetsmålene, telefon-, lege- og sykepleierkontakt, om den/de personene på legevakten som pasienten var i kontakt med. I denne studien skåret pasientene høyt på tilfredshet med alle disse ulike målene. Mer enn ni av ti opplevde at de forsto sykepleieren og legen de møtte på legevakten, mens 95% oppga at de forsto personen de snakket med på telefon. Et klart flertall av informantene opplevde at personellet var faglig dyktig, tok dem på alvor og var interessert i beskrivelsen av tilstanden deres. Også disse resultatene er på lik linje med tidligere resultater fra Vaktårn-prosjektet (Danielsen et al., 2012).

Pasientene var minst tilfreds med organisering av legevakten, som omhandlet informasjon om estimert ventetid, selvopplevd ventetid, inntrykk av venterom og hvor godt legevakten var organisert. Ventetidens påvirkning på tilfredshet har blitt påvist også i tidligere studier (Salisbury, 1997; Topacoglu et al., 2004; van Uden et al., 2005). Sammenlignet med Vaktårn-prosjektet (Danielsen et al., 2012) oppga flere pasienter lengre selvopplevd ventetid på legevakten i denne studien. Samtidig opplevde halvparten av informantene at ventetiden til undersøkelse/behandling ikke var akseptabel. Dette funnet er på lik linje med tidligere resultater fra norske legevakter (Danielsen et al., 2012). Nesten tre av fire oppga at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon om hvor lenge de måtte regne med å vente på venterommet.

Lignende resultater har også blitt oppdaget i tidligere studier innen akuttmedisinske tjenester (Danielsen et al., 2012; Göransson & von Rosen, 2010).

I denne studien var det nesten 70% av informantene som svarte at legevakten var godt organisert, som er på linje med tidligere resultater (Danielsen et al., 2012). Det kan tenkes at det kanskje er lettere for pasienten å være mindre tilfreds med organisering enn personalet på legevakten. Ifølge Nairn et al. (2004) prøver pasienter å være «gode» og «ordentlige» og ofte forsøker de heller å skjule sin misnøye ovenfor personalet.

Fordeling av triageresultatet

Som nevnt i innledningen, har Norge et høyt antall av legevaktkontakter sammenlignet med andre land, og det er hevdet at en stor andel av disse egentlig kunne hadde ventet til neste dag (Hansen et al., 2009). Dette gjelder pasienter med sykdom eller skade som ikke trenger øyeblikkelig hjelp, og som regel blir triagert som grønn eller blå på de systemene som er brukt i denne undersøkelsen. De nyeste, tilgjengelige tallene fra Vaktårn-prosjektet viser at det var 63,8% av alle slags kontakter (telefon, oppmøte og hjemmebesøk) fikk grønn hastegrad i 2018 (Eikeland et al., 2019). I denne studien var det cirka en tredjedel som ble triagert grønn eller blå ved telefon og oppmøte. Det er da viktig å huske på at i denne studien ikke har tall på alle typer kontakter, de som møter opp legevakten direkte eller bare ved telefon er ikke med, da studien kun inkluderte de som både ringte og møtte opp for å kunne undersøke endring i triageresultatet.

Det er ikke funnet studier som har rapportert på i hvilket omfang det skjer opp- eller nedtriagering fra telefontriage med Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp til oppmøtetriage med Manchester Triage System. Resultatene i denne studien viser at nesten 60% av pasientene fikk samme hastegrad i begge systemer, mens litt flere ble opptriagert enn nedtriagert ved oppmøte. Fordi de ulike triagesystemene har ulike antall av hastegrader (Norsk Indeks 3 og MTS 5), vil dette trolig øke andelen som får endringer i hastegrad. Likevel, er det vanskelig å si noe om denne fordelingen uten å ha andre studier å sammenligne med. En betraktning er at det er betryggende at et klart flertall får samme hastegrad. Det indikerer at man over telefon kan gjennomføre en rimelig sikker triage. Et akutt forløp kan raskt bli både bedre eller verre, så endring i hastegrad mellom telefon- og oppmøtetriage kan gjenspeile

utviklingen i tilstanden, mer enn kvalitetsforskjell i triagen uten at denne studien kan bidra med kunnskap om dette.

Påvirker triageresultatet tilfredshet?

Et av denne studiens hovedmål var å bidra med kunnskap om hvordan pasientens triageresultatet og endring i denne er assosiert med pasienttilfredshet på en kommunal legevakt som bruker to ulike triagesystemer, ett for telefonhenvendelser og ett for fysisk oppmøte.

Relasjon mellom ulike hastegrader og totaltilfredshet er ikke alltid lineær (Boudreaux et al., 2004), som resultatene fra denne studien også bekrefter. Det var ikke mulig å gjøre regresjonsanalyse for å undersøke assosiasjonen mellom ulike hastegrader og totaltilfredshet når man justerer for andre variabler på grunn av multikollinearitet mellom de ulike hastegradene. Derfor må resultatene fra de bivariable analysene brukes. I denne studien var pasienter med grønn hastegrad fra telefontriage gjennomsnittlig mer fornøyd enn pasienter med gul hastegrad. Det kan mulig forklares ved at hastepasienter kan ha høyere forventninger enn de som ikke haster og dermed ender de opp med å være mindre tilfredse dersom forventningene ikke blir møtt, som tidligere studie til Boudreaux et al. (2004) hevder. I praksis får pasienter med gul hastegrad oppmøtetid raskt etter telefonkontakt, dette kan også tenkes å samtidig øke pasientens forventninger om kort ventetid også på stasjonær legevakten. Dette kan fort føre til en situasjon hvor pasienten føler at ventetiden er for lang og føler seg urettferdig behandlet, noe som ofte kan være tilfelle blant akuttmedisinske pasienter (Welch, 2010).

De med oransje hastegrad ved oppmøtetriage (MTS) var gjennomsnittlig litt mer fornøyd enn de få akuttpasientene med rød hastegrad, og de få som fikk blå hastegrad i MTS var gjennomsnittlig mer fornøyd enn de med grønn og gul hastegrad. Dette kan mulig forklares fra en klinisk erfaring med det at de som får blå hastegrad som regel har en tilstand som ikke trenger tiltak på legevakten. Dermed kan disse pasientene oftest bare reise hjem rett etter vurdering hos sykepleier og slipper å sitte og vente videre på legen. Forskjell i totaltilfredshet mellom pasientene med røde og oransje hastegrad ved oppmøte var liten, og den kan mulig forklares med det at selv om røde pasienter får legetilsyn og behandling umiddelbart er

tilstanden deres svært alvorlig, og dette kan potensielt påvirke også tilfredsheten i det grad de er stand til å vurdere sine erfaringer i etterkant.

Endringer i hastegraden kan potensielt gi andre sammenhenger enn selve hastegraden. Det å bli opptriagert indikerer mer akutt sykdom enn først antatt, trolig på grunn av en forverring av tilstanden. I de bivariable analysene ble det funnet at pasientene som ble opptriagert fra telefon ved oppmøte, gjennomsnittlig var mer tilfreds på alle de ulike målene for tilfredshet (totaltilfredshet, organisering, telefon-, lege- og sykepleierkontakt) enn de som fikk en uendret hastegrad eller ble nedtriagert. Dette funnet støttes av tidligere studier som viser at de med mer akutt sykdom er mer tilfredse og samtidig de som har sykdom som haster mindre er også mindre tilfredse med akuttmedisinske tjenester (Carrasquillo et al., 1999; Smith et al., 2007). En mulig forklaring på dette er at pasienter med en akutt tilstand får mer oppmerksomhet, flere prøver og undersøkelser, som igjen da bidrar til økt tilfredshet (Boudreaux et al., 2004).

I regresjonsanalysen, hvor det ble justert for andre variabler, ble det imidlertid funnet at endring i triage (hastegrad) fra telefontriage til oppmøtetriage ikke påvirket tilfredsheten generelt. Dette er en klar indikasjon på at det er andre faktorer enn endring i triage som påvirker tilfredsheten mest. Dette gjør at hovedsvaret på spørsmålet om sammenheng mellom endring i triageresultatet og pasienttilfredshet er at det ikke er noen sammenheng.

[Hva påvirker tilfredshet med legevakten?](#)

Som nevnt tidligere er det andre faktorer enn endring i triage som påvirker tilfredshet mest. Kort oppsummert var det variablene; hjelpen var som forventet eller bedre, ønsket kontaktype, reisetiden var akseptabel, tilstrekkelig informasjon om tilstand, høyeste fullførte utdanning, tilfredshet med legekontakt og organisering som bidro til økt tilfredshet i denne studien. Samtidig var det variablene; å være redd når tok kontakt med legevakten, vanskelig å komme i kontakt med legevakten, ventetid, opplevelse av å bli feilbehandlet, alder, morsmål og annen daglig aktivitet som bidro til lavere tilfredshet med legevakten. I det følgende diskuteres noen av disse nærmere.

Ifølge tidligere litteratur er både pasientens individuelle behov og forventninger for omsorg og behandling knyttet til pasienttilfredshet (Bjertnaes et al., 2012; Mollaoğlu & Çelik, 2016; Topacoglu et al., 2004). Resultatene fra regresjonsanalysen viser at en av de variablene som sterkeste bidro til økt tilfredshet i denne studien var at hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre. Abidova et al. (2020) presenterte nylig lignende funn fra regresjonsanalyse når de undersøkte faktorene som var assosiert med totaltilfredshet i akuttmottak i Portugal. Tanniru & Khuntia (2017) hevder at pasienters lave forventninger for akuttmedisinske tjenester får de til å sette pris på alle positive erfaringer og dette kan videre bidra til økt pasienttilfredshet. Dette kan mulig forklare hvorfor oppfylte eller oversteget forventninger hadde så sterk sammenheng med tilfredshet i denne studien. Dette understreker også viktigheten av å identifisere og forstå pasienters forventninger, slik at det kan tas hensyn til disse og dermed også bidras til økt pasienttilfredshet.

Generelt kan det tenkes at pasientens forventninger blant annet er knyttet til kontakttype, ventetid og undersøkelser, og disse forventningene dannes allerede før pasienten tar kontakt med akuttmedisinske tjenester (Watt et al., 2005). Som nevnt tidligere får norske legevakter et høyt antall henvendelser fra pasienter, men en betydelig del av disse kan håndteres uten legekonsultasjon (Eikeland et al., 2019). Tidligere litteratur hevder at pasienter oftest tar kontakt med akuttmedisinske tjenester for å bli undersøkt av en lege (Roper, 2010), men ofte kan rådgiving over telefon være et tilstrekkelig tiltak når pasient tar kontakt med legevakten (Midtbø et al., 2017). De som kun hadde en telefonkonsultasjon eller fikk hjemmebesøk var ikke inkludert i denne studien. I denne studien ble det invitert de pasientene som først hadde vært i kontakt med legevakten via telefon og deretter fysisk møtte opp for en vurdering hos sykepleier på legevakten. Resultatene viser at i ca. 98% av tilfellene, resulterte oppmøtetid på legevakten også en legekonsultasjon. Nesten alle pasientene som deltok i studien oppga at de hadde ønsket denne typen kontakt med legevakten som de fikk, og i tråd med de andre studiene var dette sterkt assosiert med økt tilfredshet.

Det var flere faktorer som var knyttet til legevaktens tilgjengelighet som var assosiert med lavere tilfredshet. Vansker med å komme i kontakt med legevakten og ikke akseptabel reisetid (sannsynligvis større geografisk avstand) for fysisk oppmøte ga lavere tilfredshet med telefonkontakt og organisering av legevakten. I tidligere studie ble det også funnet

sammenheng mellom disse faktorene og totaltilfredshet (van Uden et al., 2005). Som nevnt i innledningen er det ønskelig at alle pasientene først tar kontakt med legevakten via legevaktsentralen. Ved stor pågang på legevaktsentralen, kan pasientene oppleve lengre ventetid på telefon. Å ha fokus på å redusere ventetid på telefonen, vil det også ha positiv effekt på pasienttilfredsheten. Det første steget for å oppnå opplevelse av kort ventetid på telefonen og at det er lett å komme i kontakt med legevakten bør være å nå målet til Akuttmedisinskforskriften om å svare 80% av alle telefonhenvendelser innen to minutter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Funnene i denne studien tyder på at ikke akseptabel reisetid for fysisk oppmøte er assosiert med lavere tilfredshet. Dette er et viktig funn når trenden er at legevakttjenester sentraliseres og små legevakter blir lagt ned, slik at enda flere pasienter har lengre reisetid til nærmeste legevakt.

Det er ikke uvanlig at pasienter som oppsøker akutt helsehjelp er redd og engstelig (Burroughs et al., 2005; Ekwall, 2013; Watt et al., 2005), slik som i denne studien hvor en av fem følte seg i svært stor grad eller i stor grad redd når de tok kontakt med legevakten. Regresjonsanalysen viste at det å være redd når man tar kontakt med legevakten hadde en klar negativ sammenheng med totaltilfredshet, mens tidligere studie ikke viste noe signifikant sammenheng mellom engstelse og pasienttilfredshet (Ekwall, 2013). I denne studien opplevde også tre av fire som opplevde situasjonen som meget alvorlig eller alvorlig da de kontaktet legevakten, og at de derfor måtte ha hjelp med en gang eller innen få timer. Ifølge tidligere litteratur overvurderer pasienter ofte hvor mye deres tilstand haster (Keizer et al., 2015). Det hevdes også at akuttmedisinske pasienter ikke skjønner hvordan triagesystemer fungerer og dermed ofte opplever system og ventetid urettferdige (Welch, 2010). Ventetidens påvirkning på tilfredshet har blitt oppdaget i tidligere studier (Salisbury, 1997; Topacoglu et al., 2004; Tranberg et al., 2018; van Uden et al., 2005). Også i denne studien ble det påvist en klar negativ sammenheng mellom ventetid på legevakten og alle de ulike målene for tilfredshet bortsett fra legekontakt.

Over 3 timers ventetid hadde den sterkeste negative effekten på totaltilfredshet og tilfredshet med organisering av legevakten. Når pasienten tar kontakt med legevaktsentralen i Trondheim, får pasienten et oppmøtetidspunkt på stasjonær legevakt. Det kan tenkes at dette kan også skape en forventning hos pasienten om å få undersøkelse og behandling når

vedkommende møter opp på legevakten ved avtalt tid. I praksis er et oppmøtetidspunkt et estimert tidspunkt for når pasienten skal møte opp, ikke en timeavtale med lege. Det er viktig å informere pasienten om dette allerede under telefonsamtalen, fordi ifølge Boudreaux & O’Hea (2004) vil lengre ventetid enn det pasienten har sett for seg sannsynligvis skape misnøye, uavhengig hvor lang tid pasienten faktisk har ventet. Tidligere studier viser også at estimert ventetid som viktigere i forhold til tilfredshet enn faktisk ventetid (Boudreaux et al., 2000). Tross at dette er kjent, blir pasientene alt for sjelden informert om estimert ventetid (Göransson & von Rosen, 2010), slik i denne undersøkelsen hvor bare en av fire ble informert som nevnt tidligere. For å bidra til økt tilfredshet må personalet ha fokus på å informere pasienter om deres hastegrad, samt med å informere oftere og mer regelmessig om estimert ventetid. Utfordringen i forhold til dette er at personalet ofte har en tendens til å overvurdere mengden av informasjon som de har gitt til pasienter (Allshouse, 2002).

Tidligere litteratur peker på at spesielt legekontakten har betydning for totaltilfredshet (Crow et al., 2002). Flere tidligere studier har påvist en sammenheng mellom legekontakt og totaltilfredshet (Abidova et al., 2020; Danielsen et al., 2010; Topacoglu et al., 2004), lik denne studien, hvor tilfredshet med legekontakten også bidro til økt totaltilfredshet. Basert på disse funnene må det ikke underestimeres hvor mye legekontakt kan påvirke tilfredshet selv om legekontakten på legevakten ofte kan være svært kortvarig.

Ifølge flere tidligere studier er kommunikasjon en av de viktigste faktorene som påvirker pasienttilfredshet i akuttmedisinske tjenester (Boudreaux et al., 2000; Nairn et al., 2004; Stuart et al., 2003; Tanniru & Khuntia, 2017; Taylor et al., 2002). Som presentert tidligere handlet spørsmål om telefon-, lege- og sykepleierkontakt også om kommunikasjon mellom pasient og legevaktpersonalet. Kommunikasjon mellom personalet og pasienter fungerer ikke alltid like godt, og tidligere studie foreslår at trening på kommunikasjonsferdigheter vil kunne være nyttig for akuttmedisinsk personell (Boudreaux & O’Hea, 2004). En slik trening kunne også hjelpe legevaktens personalet til å lære mer om non-verbal kommunikasjon og om samtaler med misfornøyde pasienter, selv om pasientene i denne studien generelt skåret allerede høyt på spørsmål angående kommunikasjon med personalet. Tidligere studie viser også at i tillegg til bedre kommunikasjon mellom lege og pasient kan økt tid som legen bruker på konsultasjonen øke pasienttilfredsheten (Soremekun et al., 2011). Det at pasienten føler

at den blir møtt som et individ kan tenkes å hindre følelsen av å være på «samlebånd», som en pasient beskrev sin kontakt med legevakten i fritekstkommentarene. Med tanke på forbedringsarbeid av tjenester, kan selv de minste tingene som at lege sitter ned under konsultasjonen, påvirke pasienttilfredsheten positivt (Orloski et al., 2019). Slike endringer kan være både effektive og økonomiske måter å påvirke brukernes erfaringer og dermed også øke pasienttilfredshet på legevakten.

Det å få tilstrekkelig informasjon om tilstanden sin, var den eneste variabelen som virket å ha en sammenheng både med totaltilfredshet og alle de andre målene for tilfredshet. Relasjonen mellom tilstrekkelig informasjon og totaltilfredshet har også blitt påvist i tidligere studier (Abidova et al., 2020; Boudreaux et al., 2000; Topacoglu et al., 2004). Som nevnt i innledningen forventer akuttmedisinske pasienter å få riktig diagnose og rett behandling (Watt et al., 2005). Ifølge Engel et al. (2009) forstår pasienter dårlig behandlingen som de har fått, de husker beste sin diagnose, mens de husker aller dårligst råd om oppfølging og videre behandling. Det er viktig at det blir oppdaget av personalet dersom pasienten har vanskeligheter med å forstå gitt informasjon. Ifølge Welch (2010) klager pasienter ofte over å ha fått feil diagnose eller at de har blitt feilbehandlet, men oftest viser disse klagene heller å være relatert til feil i kommunikasjonen enn virkelig medisinsk feilbehandling.

I denne studien ble det påvist en klar negativ sammenheng mellom opplevelsen av å ha blitt feilbehandlet og de ulike målene for tilfredshet som alle omhandlet direkte kontakt med legevaktpersonalet (telefonkontakt, legekontakt og sykepleierkontakt). Det reiser et spørsmål om det kan være at pasientene knytter følelsen av å bli feilbehandlet sterkest til tilfredshet med personalet. Dette er i tilfelle ikke bare den eneste forklaringen, da det i tidligere studie ble det påvist en klar negativ sammenheng mellom opplevelse av feilbehandling og totaltilfredshet med legevakten (Danielsen et al., 2010), selv om en lignende sammenheng ble ikke funnet i denne studien.

Sammenhengen mellom sosio- demografiske faktorer og pasienttilfredshet har blitt undersøkt tidligere med varierende resultater (Carrasquillo et al., 1999; Crow et al., 2002; Danielsen et al., 2010; McCarthy et al., 2013; Salisbury, 1997; Tranberg et al., 2018; Zinger et al., 2019). I denne studien ble det påvist sammenheng mellom flere sosio- demografiske faktorer og de

ulike målene for tilfredshet, blant annet viste den at de som er 60 år og eldre er mer tilfreds. Dette støttes av Sun et al (2000) sine funn om at yngre pasienter vanligvis er mindre tilfreds enn eldre. Annet morsmål enn norsk hadde negativ sammenheng med tilfredshet i forhold til telefonkontakt. Ifølge Carrasquillo et al. (1999) de med et annet morsmål var mindre tilfredshet med den akuttmedisinske hjelpen dem fikk og for å øke pasienttilfredshet anbefales det å bruke for eksempel tolketjenester. Å bruke tolketjenester når pasienten tar kontakt med legevaktsentralen over telefon kan være utfordrende med mindre om pasienten selv har ordnet dette i forkant. Det er mye mer vanlig å bruke tolketjenester når pasienten fysisk møter opp på legevakten.

Konklusjon

Pasienter er generelt tilfreds med legevakten, men er minst tilfreds med organiseringen. Seks av ti personer får samme hastegrad i både telefon- og oppmøtetriage. Funnene i denne studien tyder på at endring i triage ikke påvirker pasienttilfredshet. Regresjonsanalysen viste at totaltilfredsheten økte mest dersom hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre, mens lang ventetid påvirket totaltilfredsheten negativt.

Betydning for praksis og fremtidig forskning

Slik som nevnt innledningsvis, er det enighet om at helsetjenester trenger brukererfaringer (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2019) for å konkret peke på hvilke områder som kan ha forbedringspotensial (Muntlin et al., 2006). Det er viktig også i fremtiden å fortsette med å kartlegge pasienters erfaringer med legevakter.

Tidligere litteratur påpeker at eldre er en spesielt sårbar pasientgruppe, med flere kroniske sykdommer, dårlig syn og hørsel (Muntlin et al., 2006), dette kan gjøre at de opplever sin kontakt med legevakten annerledes enn yngre pasienter. Det viktig å involvere pasienter i utvikling av legevaktstjenester slik at også pasientenes erfaringer og behov, spesielt i svake grupper som eldre eller barn, blir ivaretatt. I denne studien ble pasienter i alle aldersgrupper invitert til å delta, men likevel var andelen av eldre pasienter som svarte undersøkelsen svært liten, dermed er det viktig i fremtidige undersøkelser å kartlegge grundigere de eldres erfaringer med legevakten.

Resultatene fra denne studien gir viktig informasjon om hva som har betydning for pasienttilfredshet når pasientene blir spurt om sine erfaringer med legevakt tjenester. Det er midlertidig flere grunner til å satse på økt pasienttilfredshet. Det har blitt funnet en sammenheng mellom pasienttilfredshet og tilfredshet for personalet. Når pasienttilfredsheten øker, blir for eksempel utskifting av personalet samtidig redusert (Press, 2002). Funnene fra tidligere studie hevder også at det er mer sannsynlig at pasienter som er tilfredse vil fullføre sine behandlinger som ordinert, og dermed kan det også tenkes at det kliniske resultatet av behandlingen kan bli bedre (Moore et al., 2002).

I denne studien det at hjelpen var som forventet eller bedre bidro til mest til økt totaltilfredshet. Ifølge Watt et al. (2005) er det slik at land hvor helsetjenester er en del av det offentlige tilbudet for befolkningen, er det viktigere å forstå befolkningens behov og forventninger enn å kun konsentrere seg om kartlegging av pasienttilfredshet. Det er fortsatt behov for undersøkelser som belyser nærmere pasienters forventninger til legevakt tjenester, som igjen da kan bidra til videre kvalitetsbedring av tjenester.

Resultatene fra denne studien pekte også på at pasientene i liten grad ble informert om estimert ventetid og selvrapportert lang ventetid hadde den sterkeste negative effekten på totaltilfredshet. Det tyder på at pasienttilfredshet kan økes hvis pasientene i større grad blir informert om sin hastegrad og estimerte ventetid. Det kan også tenkes at det vil være enklere for pasienten å akseptere ventetiden dersom man vet hvorfor, og eventuelt hvor lang til man må vente.

Det å påvirke på ventetid på legevakten er utfordrende på grunn av en svært varierende pasientpågang. En av de viktigste tiltakene i forhold til ventetid er å sikre at de pasientene som behandles på legevakten er der av riktige grunn. Det er anbefalt å bruke triagesystem for å hjelpe til å identifisere de pasientene som trenger hjelp raskt, og de det ikke haster like mye med. Samtidig er triage ikke et diagnoseverktøy og det erstatter ikke den endelige medisinske vurderingen (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009), men det kan hjelpe med å sile bort pasientene som ikke trenger øyeblikkelig- hjelp på legevakten. Dermed bidrar triage til bedre planlegging av legevaktaktiviteten og kortere ventetid for alle, også for de med lav hastegrad, som trenger hjelp.

Det trengs mer forskning rundt de ulike triagesystemene som blir brukt av de ulike aktørene i den norske akuttmedisinske kjeden, spesielt trengs det mer forskning for å belyse bruk av to ulike triagesystemer. Aktuelle spørsmål er om det for eksempel er noen sykdommer eller skader som systematisk får høyere eller lavere hastegrad avhengig av triagesystemet og hvordan det eventuelt påvirker tilfredshet.

Referanser

- Abidova, A., Alcântara da Silva, P., & Moreira, S. (2020). Predictors of Patient Satisfaction and the Perceived Quality of Healthcare in an Emergency Department in Portugal. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 21(2). <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.9.44667>
- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
- Allshouse, K. D. (2002). *Treating patients as individuals*. In: Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., DelBanco T.L. *Through the Patient's Eyes*. JosseyBass.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243–250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Bergsagel, I. (2018, June 10). Hvem skal få hjelp først på legevakten? *Sykepleien*, 2018. <https://sykepleien.no/2018/06/hvem-skal-fa-hjelp-forst-pa-legevakten>
- Bjertnaes, O. A., Sjetne, I. S., & Iversen, H. H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: Effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 39–46. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000137>
- Boudreaux, E. D., Ary, R. D., Mandry, C. V., & McCabe, B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 394–400. <https://doi.org/10.1053/ajem.2000.7316>
- Boudreaux, E. D., Friedman, J., Chansky, M. E., & Baumann, B. M. (2004). Emergency department patient satisfaction: Examining the role of acuity. *Academic Emergency*

Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 11(2), 162–168. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2004.tb01428.x>

Boudreaux, E. D., & O’Hea, E. L. (2004). Patient satisfaction in the Emergency Department: A review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 13–26. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2003.04.003>

Burroughs, T. E., Waterman, A. D., Gallagher, T. H., Waterman, B., Adams, D., Jeffe, D. B., Dunagan, W. C., Garbutt, J., Cohen, M. M., Cira, J., Inguanzo, J., & Fraser, V. J. (2005). Patient Concerns about Medical Errors in Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine*, 12(1), 57–64. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2005.tb01480.x>

Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of Language Barriers on Patient Satisfaction in an Emergency Department. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 82–87. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.1999.tb00002.x>

Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(50), 892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>

Cooke, T., Watt, D., Wertzler, W., & Quan, H. (2006). Patient Expectations of Emergency Department Care: Phase II – A Cross-Sectional Survey. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 8(3), 148–157. <https://doi.org/10.1017/S1481803500013658>

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 6(32), 1–244.

Danielsen, K., Bjertnaes, O. A., Garratt, A., Forland, O., Iversen, H. H., & Hunskaar, S. (2010).

The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: Results from three casualty clinics in Norway. *BMC Family Practice*, 11(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-73>

Danielsen, K., Førland, O., & Garratt, A. M. (2008). *Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/2485509>

Danielsen, K., Holmboe, O., Hansen, S. L., Førland, O., & Bjertnæs, Ø. A. (2012).

Brukererfaringer med norske legevakter: Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/2477236>

Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11), 1145–1150.

Eikeland, O. J., Fotland, S.-L. S., Raknes, G., & Hunskaar, S. (2019). *Vaktårnprosjektet*.

Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2018. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre. <https://bora.uib.no/handle/1956/20536>

Ekwall, A. (2013). Acuity and Anxiety From the Patient's Perspective in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 534–538. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.003>

Engbretsen, S., Røise, O., & Ribu, Li. (2013). Bruk av triage i norske akuttmottak. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2013(133), 285–289.

Engel, K. G., Heisler, M., Smith, D. M., Robinson, C. H., Forman, J. H., & Ubel, P. A. (2009). Patient Comprehension of Emergency Department Care and Instructions: Are

- Patients Aware of When They Do Not Understand? *Annals of Emergency Medicine*, 53(4), 454-461.e15. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.05.016>
- FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 27(2), 86–92.
<https://doi.org/10.1136/emj.2009.077081>
- Frich, J. C. (2012). Pasienters erfaringer – til nytte? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0158>
- Ganley, L., & Gloster, A. S. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard (through 2013); London*, 26(12), 49–56; quiz 58.
- Garratt, A. M., Danielsen, K., Forland, O., & Hunskaar, S. (2010). The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): Data quality, reliability, and validity. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 95–101.
<https://doi.org/10.3109/02813431003768772>
- Göransson, K. E., & von Rosen, A. (2010). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 18(1), 36–40.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.10.001>
- Halvorsen, K., Nilsen, J. E., & Olsen, J. Å. (2014). *Triage i den akuttmedisinske kjeden* (RAPPORT nr. 2-2014). Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.
https://www.nakos.no/pluginfile.php/95197/mod_folder/content/0/Triage%20i%20den%20akuttmedisinske%20kjeden.pdf
- Hansen, E. H., & Hunskaar, S. (2008). Development, implementation, and pilot study of a sentinel network (“The Watchtowers”) for monitoring emergency primary health

care activity in Norway. *BMC Health Services Research*, 8(1), 62.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-62>

Hansen, E. H., Zakariassen, E., & Hunskaar, S. (2009). Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: An observational study. *BMC Health Services Research*, 9, 123. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-123>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Akuttmedisinforskriften* - [Lovdata].

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=legevakt>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b, November 2). *NOU 2015: 11. Med åpne kort-forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse-og omsorgstjeneste*. [NOU]. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>

Helsedirektoratet. (2020). *Veileder for legevakt og legevaktsentral* -.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>

Horwitz, L. I., Green, J., & Bradley, E. H. (2010). US emergency department performance on wait time and length of visit. *Annals of Emergency Medicine*, 55(2), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.07.023>

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care*, 11(4), 335–339. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>

Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utgave). Abstrakt forlag.

Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2018). *Legevakthåndboken*. Legevakthåndboken - for Leger i Vakt. <https://lvh.no/>

- Keizer, E., Smits, M., Peters, Y., Huibers, L., Giesen, P., & Wensing, M. (2015). Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: Patients' beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Family Practice*, *16*, 157. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0376-9>
- Kelly, M., Egbunike, J. N., Kinnersley, P., Hood, K., Owen-Jones, E., Button, L. A., Shaw, C., Porter, A., Snooks, H., Bowden, S., & Edwards, A. (2010). Delays in response and triage times reduce patient satisfaction and enablement after using out-of-hours services. *Family Practice*, *27*(6), 652–663. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq057>
- Kihlgren, A. L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *18*(2), 169–176. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x>
- Leprohon, J., & Patel, V. L. (1995). Decision-making Strategies for Telephone Triage in Emergency Medical Services. *Medical Decision Making*, *15*(3), 240–253. <https://doi.org/10.1177/0272989X9501500307>
- Lidal, I. B. (2011). *Triagesystemer for akuttmedisinske tjenester prehospitalt og ved innleggelse i sykehus* (p. 68) [Rapport fra Kunnskapssenteret nr 22–2011 Systematisk oversikt].
- Lidal, I. B., Holte, H. H., & Vist, G. E. (2013). Triage systems for pre-hospital emergency medical services—A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *21*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-28>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, *358*(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

- McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Venkatesh, A. K., Engel, K. G., Cameron, K. A., Makoul, G., & Adams, J. G. (2013). Emergency Department Team Communication with the Patient: The Patient's Perspective. *The Journal of Emergency Medicine, 45*(2), 262–270.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.07.052>
- McCarthy, M. L., Ding, R., Zeger, S. L., Agada, N. O., Bessman, Chiang, W., Kelen, G. D., Scheulen, J. J., & Bessman, E. S. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Effect of Service Delivery Information on Patient Satisfaction in an Emergency Department Fast Track. *Academic Emergency Medicine, 18*(7), 674–685.
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01119.x>
- McColl, E., Jacoby, A., Thomas, L., Soutter, J., Bamford, C., Steen, N., Thomas, R., Harvey, E., Garratt, A., & Bond, J. (2002). Design and use of questionnaires: A review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technology Assessment, 5*(31). <https://doi.org/10.3310/hta5310>
- Midtbø, V., Raknes, G., & Hunskaar, S. (2017). Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: A cross-sectional study. *BMC Family Practice, 18*.
<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z>
- Mollaoğlu, M., & Çelik, P. (2016). Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *Journal of Clinical Nursing, 25*(19–20), 2778–2785.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13272>
- Moore, J. D., Saywell, R. M., Thakker, N., & Jones, T. A. (2002). An analysis of patient compliance with nurse recommendations from an after-hours call center. *The American Journal of Managed Care, 8*(4), 343–351.
- Muntlin, A., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.

Journal of Clinical Nursing, 15(8), 1045–1056. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x>

Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: A review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2004.04.001>

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). ... *Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1 2009*. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2015). (Nr. 6-2015). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen. https://uni.no/media/manual_upload/Nklm_festskrift.pdf

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2019). *Informasjon og veiledning for gjennomføring av brukerundersøkelse*. https://norce.s3.amazonaws.com/Generell-informasjon-og-veiledning-brukerunders%C3%B8kelse_langversjon.pdf

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2020, February 28). *Faglige rutiner og prosedyrer for legevakt—NORCE*. NORCE Norwegian Research Centre. <https://www.norceresearch.no/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/veiledere-faglige-rutiner-og-prosedyrer-for-legevakt>

Nørøxe, K. B., Huibers, L., Moth, G., & Vedsted, P. (2017). Medical appropriateness of adult calls to Danish out-of-hours primary care: A questionnaire-based survey. *BMC Family Practice*, 18(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0617-1>

Norwegian Manchester Triage Group. (2018). *Hva er MTS?* Nmtg. <https://www.nmtg.no>

Orloski, C. J., Tabakin, E. R., Shofer, F. S., Myers, J. S., & Mills, A. M. (2019). Grab a Seat! Nudging Providers to Sit Improves the Patient Experience in the Emergency

Department. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 110–116.

<https://doi.org/10.1177/2374373518778862>

Pearl, D. K., & Fairley, D. (1985). Testing for the Potential for Nonresponse Bias in Sample Surveys. *Public Opinion Quarterly*, 49(4), 553–560. <https://doi.org/10.1086/268950>

Press, I. (2002). *Patient Satisfaction: Defining, Measuring, and Improving the Experience of Care*.

http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fNzI1NDRfX0FO0?sid=0028a80f-4d13-4375-81c3-edddfc7d2aca@pdc-v-sessmgr03&vid=0&format=EB&lpid=lp_vii&rid=0

Ringdal, K. (2012). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (3. utgave). Fagbokforlaget.

Roper, M. L. (2010). “I Want To See The Doctor”: Meeting Patients’ Expectations in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 562–567. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.009>

Ruud, S. E., Hjortdahl, P., & Natvig, B. (2016). Is it a matter of urgency? A survey of assessments by walk-in patients and doctors of the urgency level of their encounters at a general emergency outpatient clinic in Oslo, Norway. *BMC Emergency Medicine*, 16(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0086-1>

Salisbury, C. (1997). Postal survey of patients’ satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7094), 1594–1598. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7094.1594>

Smith, G. D., Luk, J. H., Cochrane, D. G., Allegra, J. R., Eskin, B., Cody, R. P., & Dalsey, W. (2007). Diagnosis and satisfaction scores in emergency department patients who

return a mailed survey. *The Journal of Emergency Medicine*, 32(2), 131–135.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2006.05.039>

Soremekun, O. A., Takayesu, J. K., & Bohan, S. J. (2011). Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 41(6), 686–692.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.018>

Stuart, P. J., Parker, S., & Rogers, M. (2003). Giving a voice to the community: A qualitative study of consumer expectations for the emergency department. *Emergency Medicine*, 15(4), 369–374. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2003.00476.x>

Sun, B. C., Adams, J., Orav, E. J., Rucker, D. W., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (2000). Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*, 35(5), 426–434.

<https://doi.org/10.1067/mem.2000.104195>

Tanniru, M., & Khuntia, J. (2017). Dimensions of Patient Experience and Overall Satisfaction in Emergency Departments. *Journal of Patient Experience*, 4(3), 95–100.

<https://doi.org/10.1177/2374373517692914>

Taylor, C., & Bengner, J. R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21(5), 528–532. <https://doi.org/10.1136/emj.2002.003723>

Taylor, D., Wolfe, R., & Cameron, P. A. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emergency Medicine*, 14(1), 43–49. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00284.x>

Thompson, D. A., Yarnold, P. R., Adams, S. L., & Spacone, A. B. (1996). How Accurate Are Waiting Time Perceptions of Patients in the Emergency Department? *Annals of*

Emergency Medicine, 28(6), 652–656. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(96\)70089-6](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(96)70089-6)

Toloo, G.-S., Aitken, P., Crilly, J., & FitzGerald, G. (2016). Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 126.

<https://doi.org/10.1186/s13049-016-0316-2>

Topacoglu, H., Karcioglu, O., Ozucelik, N., Ozsarac, M., Degerli, V., Sarikaya, S., Cimrin, A. H., & Soysal, S. (2004). Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: A survey of 1019 patients. *Advances in Therapy*, 21(6), 380–388.

Tranberg, M., Vedsted, P., Bech, B. H., Christensen, M. B., Birkeland, S., & Moth, G. (2018). Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark—A population-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), 15.

<https://doi.org/DOI: 10.1186/s12875-017-0681-6>

Trondheim Kommune. (2018). *Om Legevakta*. Trondheim kommune.

<https://www.trondheim.kommune.no/legevakten/>

Trout, A., Magnusson, A. R., & Hedges, J. R. (2000). Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say? *Academic Emergency Medicine*, 7(6), 695–709. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02050.x>

Vakttårnprosjektet- NORCE. (2020). NORCE Norwegian Research Centre.

<https://www.norceresearch.no/prosjekter/vakttarnprosjektet>

van Uden, C., Ament, A., Hobma, S., Zwietering, P., & Crebolder, H. (2005). Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 5(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-6>

- Watt, D., Wertzler, W., & Brannan, G. (2005). Patient expectations of emergency department care: Phase I – a focus group study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 7(1), 12–16. <https://doi.org/10.1017/S1481803500012872>
- Welch, S. J. (2010). Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review. *American Journal of Medical Quality*, 25(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/1062860609352536>
- Wright, G., Causey, S., Dienemann, J., Guiton, P., Coleman, F. S., & Nussbaum, M. (2013). Patient Satisfaction With Nursing Care in an Urban and Suburban Emergency Department. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(10), 502–508. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a3e821>
- Zinger, N. D., Blomberg, S. N., Lippert, F., & Collatz Christensen, H. (2019). Satisfaction of 30 402 callers to a medical helpline of the Emergency Medical Services Copenhagen: A retrospective cohort study. *BMJ Open*, 9(10), e029801. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029801>

Vedlegg

Vedlegg 1 Samlevariabler tilfredshet

Enkeltspørsmål gruppert etter samlevariablene. Prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene.

Samlevariabler og tilhørende spørsmål	Antall	Ikke i hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Organisering						
Tilfredsstillende informasjon om ventetid	(N=714)	27,0%	22,4%	23,4%	17,5%	9,7%
Akseptabel ventetid til undersøkelse/behandling	(N=714)	13,4%	13,2%	24,2%	28,9%	20,3%
Legevakten var godt organisert	(N=703)	3,6%	7,4%	21,2%	46,9%	20,9%
Tilfredsstillende venterom	(N=704)	3,1%	5,5%	21,2%	47,2%	23,0%
Telefonkontakt						
Tok deg på alvor?	(N=714)	1,5%	2,5%	9,4%	44,5%	42,0%
Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?	(N=713)	1,1%	1,8%	10,8%	45,9%	40,4%
Snakket til deg slik at du forsto ham/henne?	(N=713)	0,1%	1,1%	3,8%	43,1%	51,9%
Var faglig dyktig?	(N=711)	0,7%	2,0%	12,9%	46,0%	38,4%
Legekontakt						
Tok deg på alvor?	(N=669)	1,0%	2,2%	8,1%	39,3%	49,3%
Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?	(N=669)	1,2%	2,2%	8,5%	40,7%	47,4%
Snakket til deg slik at du forsto ham/henne?	(N=668)	0,4%	1,2%	7,5%	40,3%	50,6%
Var faglig dyktig?	(N=667)	0,9%	2,5%	10,8%	39,3%	46,5%
Sykepleierkontakt						
Tok deg på alvor?	(N=600)	1,0%	1,7%	8,0%	42,3%	47,0%

Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?	(N=595)	1,2%	4,0%	10,9%	39,7%	44,2%
Snakket til deg slik at du forsto ham/henne?	(N=598)	0,5%	0,5%	6,2%	43,8%	49,0%
Var faglig dyktig?	(N=597)	0,8%	1,5%	11,7%	44,6%	41,4%

Vedlegg 2 Bivariable analyser: Organisering

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for organisering og ulike karakteristika ved pasient, hvem har fylt ut skjema, konsultasjonstidspunkt, konsultasjonstype og endring i triage mellom telefon og oppmøte.

Variabel	Antall	Organisering		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Triage endring	(N=715)			<0,001
Nedtriagert	121	53,9**	23,8	
Uendret	420	57,3**	22,2	
Opptriagert	174	66,9**	22,2	
Kjønn	(N=715)			0,211
Mann	331	60,2	23,6	
Kvinne	384	58,0	22,3	
Alder	(N=715)			0,132
0- 14 år	184	56,9	23,4	
15- 29 år	158	58,1	23,9	
30- 59 år	244	59,1	22,5	
60+ år	129	62,9	21,4	
Bor du sammen med noen som står deg nær (ektefelle, samboer, pårørende el.)?	(N=518)			0,810
Ja	360	59,7	22,6	
Nei	158	60,2	23,2	
Hva er din høyeste fullført utdanning?	(N=505)			0,431
Grunnskole	60	57,3	26,0	
Videregående skole	191	62,0	23,2	
Høyskole/universitet (1- 4år)	134	59,0	21,0	
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	120	59,2	22,1	
Hva gjør du daglig?	(N=514)			0,330
Yrkesaktiv	275	59,5	22,7	
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	57	58,3	20,7	
Pensjonist	79	62,5	22,7	
Under utdanning	79	61,7	23,1	
Arbeidsledig	4	75,0	22,2	
Annen daglig aktivitet	20	52,5	26,6	
Hva er ditt morsmål?	(N=521)			0,878
Norsk	493	59,8	22,9	
Annet språk	28	60,5	20,3	
Stort sett, vil du si at din helse er..?	(N=521)			0,083
God	406	60,8	22,7	
Dårlig	115	56,6	22,5	

Variabel	Antall	Organisering		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Var det denne typen du ønsket?	(N=711)			<0,001
Ja	692	59,6**	22,7	
Nei	19	39,8**	22,4	
Konsultasjonstidspunkt	(N=715)			0,146
På dagtid på hverdag	75	62,7	22,2	
Utenom FL åpningstider (kveld, natt, helg)	640	58,6	23,0	
Konsultasjonstype	(N=715)			0,937
Legekonsultasjon	697	59,0	22,5	
Sykepleierkonsultasjon	18	59,7	37,4	
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?	(N=517)			0,149
1- 2 gang	377	61,0	22,3	
3- 5 ganger	106	56,3	23,7	
6- 10 ganger eller mer	34	57,7	24,6	
Hvem har fylt ut skjema	(N=713)			0,534
Pasient	434	59,4	22,9	
Noen andre	279	58,3	22,9	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for organisering og opplevelse av situasjon før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.

Variabel	Antall	Organisering		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	(N=715)			0,028
Nei	652	59,6**	22,7	
Ja	63	53,0**	24,2	
Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	(N=715)			0,780
Ikke alvorlig	178	59,4	21,5	
Alvorlig	537	58,9	23,4	
Hvor redd var du når du tok kontakt med legevakten?	(N=715)			0,052
Ikke redd	554	59,9	22,3	
Redd	161	55,9	24,7	
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon?	(N=715)			<0,001
Ikke i hele tatt	450	64,4**	21,8	

Variabel	Antall	Organisering		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Var vanskelig	265	49,9**	21,9	
Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	(N=715)			<0,001
Under en time	539	60,8**	22,5	
Over en time	176	53,5**	23,3	
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	(N=715)			<0,001
Ikke akseptabel	110	46,8**	20,5	
Akseptabel	605	61,3**	22,7	
Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling?	(N=713)			<0,001
Under 10min	122	79,0**	15,7	
10- 60 min	325	65,9**	17,6	
1- 3 timer	211	44,3**	18,9	
Over 3 timer	55	31,0**	17,8	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenhang mellom samlevariabelen for organisering og opplevelse av situasjon etter legevaktkontakt.

Variabel	Antall	Organisering		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	(N=711)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	248	48,1**	23,1	
Tilstrekkelig	463	65,0**	20,6	
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	(N=711)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	343	52,7**	23,2	
Tilstrekkelig	368	65,0**	21,0	
Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging?	(N=714)			0,233
Ikke henvist	284	57,8	23,6	
Henvist	430	59,9	22,5	
Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?	(N=713)			<0,001
Ikke som forventet	100	35,0**	20,4	
Som forventet eller bedre	613	62,9**	20,8	
Mener du at du ble feilbehandlet av legevakten?	(N=714)			<0,001
Ikke i hele tatt	543	63,2**	21,7	

Variabel	Antall	Organisering		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Ble feilbehandlet (fra liten til svært stor grad)	171	45,8**	21,7	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Vedlegg 3 Bivariable analyser: Telefonkontakt

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for telefonkontakt og ulike karakteristika ved pasient, hvem har fylt ut skjema, konsultasjonstidspunkt, konsultasjonstype og endring i triage mellom telefon og oppmøte.

Variabel	Antall	Telefonkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Triage endring	(N=714)			0,705
Nedtriagert	121	82,4	15,1	
Uendret	491	81,5	16,6	
Opptriagert	174	82,6	18,7	
Kjønn	(N=714)			0,756
Mann	330	82,1	17,0	
Kvinne	384	81,7	16,8	
Alder	(N=714)			0,003
0- 14 år	184	82,9**	16,7	
15- 29 år	158	77,6**	19,4	
30- 59 år	243	83,6**	16,6	
60+ år	129	82,7**	13,3	
Bor du sammen med noen som står deg nær (ektefelle, samboer, pårørende el.)?	(N=517)			0,104
Ja	359	82,4	17,2	
Nei	158	79,7	17,2	
Hva er din høyeste fullført utdanning?	(N=504)			0,945
Grunnskole	60	80,7	18,1	
Videregående skole	191	81,4	18,4	
Høyskole/universitet (1- 4år)	134	81,5	16,2	
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	119	82,3	16,6	
Hva gjør du daglig?	(N=513)			0,023
Yrkesaktiv	274	81,8**	17,7	
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	57	82,2**	19,7	
Pensjonist	79	84,0	12,9	
Under utdanning	79	80,1	15,3	
Arbeidsledig	4	85,9	13,9	
Annen daglig aktivitet	20	69,1	22,3	
Hva er ditt morsmål?	(N=520)			0,177
Norsk	492	81,8	16,7	
Annet språk	28	75,2	24,9	
Stort sett, vil du si at din helse er..?	(N=520)			0,027
God	405	82,4**	16,4	
Dårlig	115	78,3**	20,0	
Var det denne typen du ønsket?	(N=710)			<0,001
Ja	691	82,5**	16,4	
Nei	19	61,2**	20,0	

Variabel	Antall	Telefonkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Konsultasjonstidspunkt	(N=714)			0,383
På dagtid på hverdag	75	80,3	19,9	
Utenom FL åpningstider (kveld, natt, helg)	639	82,1	16,5	
Konsultasjonstype	(N=713)			0,542
Legekonsultasjon	696	82,0	16,9	
Sykepleierkonsultasjon	18	79,5	17,1	
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?	(N=516)			0,184
1- 2 gang	377	82,3	17,3	
3- 5 ganger	105	78,9	17,1	
6- 10 ganger eller mer	34	79,8	18,2	
Hvem har fylt ut skjema	(N=712)			0,148
Pasient	433	81,1	17,2	
Noen andre	279	83,0	16,3	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for telefonkontakt og opplevelse av situasjon før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.

Variabel	Antall	Telefonkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	(N=714)			0,015
Nei	652	82,4**	16,5	
Ja	62	76,9**	19,6	
Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	(N=714)			0,036
Ikke alvorlig	178	83,9**	13,4	
Alvorlig	536	81,3**	17,9	
Hvor redd var du når du tok kontakt med legevakten?	(N=714)			0,111
Ikke redd	553	82,5	16,1	
Redd	161	79,9	19,2	
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon?	(N=714)			<0,001
Ikke i hele tatt	450	85,3**	14,9	
Var vanskelig	264	76,1**	18,5	
Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	(N=714)			0,006
Under en time	538	82,9**	16,0	

Variabel	Antall	Telefonkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Over en time	176	78,9**	19,0	<0,001
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	(N=714)			
Ikke akseptabel	110	72,7**	22,3	<0,001
Akseptabel	604	83,6**	15,1	
Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling?	(N=712)			<0,001
Under 10min	122	86,2**	14,0	
10- 60 min	325	83,8**	16,9	<0,001
1- 3 timer	211	77,8**	17,2	
Over 3 timer	54	77,8**	17,7	<0,001

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for telefonkontakt og opplevelse av situasjon etter legevaktkontakt.

Variabel	Antall	Telefonkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	(N=710)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	247	75,0**	18,8	<0,001
Tilstrekkelig	463	85,5**	14,6	
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	(N=710)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	342	77,7**	18,2	0,333
Tilstrekkelig	368	85,7**	14,6	
Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging?	(N=713)			<0,001
Ikke henvist	284	81,2	16,5	
Henvist	429	82,4	17,2	<0,001
Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?	(N=712)			
Ikke som forventet	100	69,0**	19,6	<0,001
Som forventet eller bedre	612	84,0**	15,4	
Mener du at du ble feilbehandlet av legevakten?	(N=713)			<0,001
Ikke i hele tatt	543	85,1**	14,5	<0,001
Ble feilbehandlet (fra liten til svært stor grad)	170	71,7**	19,7	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Vedlegg 4 Bivariable analyser: Legekontakt

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for legekontakt og ulike karakteristika ved pasient, hvem har fylt ut skjema, konsultasjonstidspunkt, konsultasjonstype og endring i triage mellom telefon og oppmøte.

Variabel	Antall	Legekontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Triage endring	(N=669)			0,373
Nedtriagert	112	81,5	21,4	
Uendret	389	83,1	17,5	
Opptriagert	168	84,6	16,7	
Kjønn	(N=669)			0,545
Mann	305	83,7	17,3	
Kvinne	364	82,5	18,6	
Alder	(N=669)			0,456
0- 14 år	174	82,7	19,0	
15- 29 år	153	81,7	19,9	
30- 59 år	228	83,8	17,7	
60+ år	114	85,0	14,1	
Bor du sammen med noen som står deg nær (ektefelle, samboer, pårørende el.)?	(N=480)			0,886
Ja	332	83,6	18,2	
Nei	148	83,3	17,1	
Hva er din høyeste fullført utdanning?	(N=469)			0,618
Grunnskole	55	84,3	18,2	
Videregående skole	177	82,5	19,0	
Høyskole/universitet (1-4år)	123	83,9	16,7	
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	114	85,3	15,7	
Hva gjør du daglig?	(N=477)			0,517
Yrkesaktiv	256	84,4	17,1	
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	55	82,4	18,3	
Pensjonist	68	85,6	14,8	
Under utdanning	77	82,0	19,0	
Arbeidsledig	4	87,5	14,1	
Annen daglig aktivitet	17	77,9	24,3	
Hva er ditt morsmål?	(N=484)			0,460
Norsk	458	83,4	18,0	
Annet språk	26	86,1	13,7	
Stort sett, vil du si at din helse er..?	(N=484)			0,089
God	375	84,3	17,5	
Dårlig	109	81,0	18,7	
Var det denne typen du ønsket?	(N=666)			0,016

Variabel	Antall	Legekontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Ja	649	83,7**	17,5	0,411
Nei	17	66,5**	26,2	
Konsultasjonstidspunkt	(N=669)			
På dagtid på hverdag	70	84,9	16,8	0,098
Utenom FL åpningstider (kveld, natt, helg)	599	83,0	18,2	
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?	(N=479)			
1- 2 gang	353	84,1	17,2	0,552
3- 5 ganger	96	80,3	20,2	
6- 10 ganger eller mer	31	86,9	16,1	
Hvem har fylt ut skjema	(N=667)			0,552
Pasient	403	83,5	17,6	
Noen andre	264	82,7	18,6	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for legekontakt og opplevelse av situasjon før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.

Variabel	Antall	Legekontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	(N=669)			0,205
Nei	612	83,6	17,4	0,672
Ja	57	79,5	23,5	
Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	(N=669)			
Ikke alvorlig	159	82,7	18,5	0,025
Alvorlig	510	83,4	17,9	
Hvor redd var du når du tok kontakt med legevakten?	(N=669)			
Ikke redd	518	84,2**	16,4	<0,001
Redd	151	79,8**	22,4	
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon?	(N=669)			
Ikke i hele tatt	419	85,3**	16,9	0,478
Var vanskelig	250	79,8**	19,3	
Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	(N=669)			
Under en time	506	83,5	17,9	0,478
Over en time	163	82,4	18,3	

Variabel	Antall	Legekontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	(N=669)			0,009
Ikke akseptabel	100	78,9**	19,5	
Akseptabel	569	84,0**	17,7	
Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling?	(N=667)			<0,001
Under 10min	114	87,4**	16,1	
10- 60 min	309	85,4**	16,2	
1- 3 timer	196	78,7**	18,8	
Over 3 timer	48	78,4**	25,0	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for legekontakt og opplevelse av situasjon etter legevaktkontakt.

Variabel	Antall	Legekontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	(N=666)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	223	71,6**	21,5	
Tilstrekkelig	443	89,1**	12,3	
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	(N=665)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	314	76,9**	20,5	
Tilstrekkelig	351	88,9**	13,0	
Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging?	(N=669)			0,104
Ikke henvist	266	81,8	19,2	
Henvist	403	84,2	17,1	
Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?	(N=668)			<0,001
Ikke som forventet	89	62,6**	23,5	
Som forventet eller bedre	579	86,4**	14,7	
Mener du at du ble feilbehandlet av legevakten?	(N=668)			<0,001
Ikke i hele tatt	510	87,9**	13,9	
Ble feilbehandlet (fra liten til svært stor grad)	158	68,2**	21,3	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

****p-verdi < 0,05**

Vedlegg 5 Bivariable analyser: Sykepleierkontakt

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for sykepleierkontakt og ulike karakteristika ved pasient, hvem har fylt ut skjema, konsultasjonstidspunkt, konsultasjonstype og endring i triage mellom telefon og oppmøte.

Variabel	Antall	Sykepleierkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Triage endring	(N=600)			0,261
Nedtriagert	94	82,3	17,6	
Uendret	348	81,6	18,0	
Opptriagert	158	84,4	16,8	
Kjønn	(N=600)			0,543
Mann	287	82,9	16,8	
Kvinne	313	82,0	18,4	
Alder	(N=600)			0,693
0- 14 år	161	82,1	18,4	
15- 29 år	127	81,2	18,6	
30- 59 år	198	83,6	18,1	
60+ år	114	82,3	14,4	
Bor du sammen med noen som står deg nær (ektefelle, samboer, pårørende el.)?	(N=428)			0,910
Ja	304	82,7	17,3	
Nei	126	82,5	17,0	
Hva er din høyeste fullført utdanning?	(N=418)			0,163
Grunnskole	42	78,9	24,0	
Videregående skole	164	83,5	16,8	
Høyskole/universitet (1-4år)	112	85,1	15,0	
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	100	81,5	15,6	
Hva gjør du daglig?	(N=426)			0,006
Yrkesaktiv	229	83,1**	17,2	
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	45	84,7**	15,3	
Pensjonist	69	81,6**	14,6	
Under utdanning	62	84,4**	16,1	
Arbeidsledig	3	100,0**	0	
Annen daglig aktivitet	18	69,1**	26,3	
Hva er ditt morsmål?	(N=433)			0,482
Norsk	410	82,5	17,3	
Annet språk	23	85,1	15,0	
Stort sett, vil du si at din helse er..?	(N=433)			0,828
God	338	82,7	17,5	
Dårlig	95	82,3	16,2	

Variabel	Antall	Sykepleierkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Var det denne typen du ønsket?	(N=596)			0,004
Ja	578	82,9**	17,3	
Nei	18	70,8**	22,0	
Konsultasjonstidspunkt	(N=600)			0,458
På dagtid på hverdag	67	84,0	17,8	
Utenom FL åpningstider (kveld, natt, helg)	533	82,3	17,6	
Konsultasjonstype	(N=600)			0,232
Legekonsultasjon	585	82,6	17,4	
Sykepleierkonsultasjon	15	77,1	23,3	
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene?	(N=430)			0,210
1- 2 gang	319	83,2	16,4	
3- 5 ganger	85	79,7	18,9	
6- 10 ganger eller mer	26	84,6	20,1	
Hvem har fylt ut skjema	(N=598)			0,688
Pasient	352	82,7	17,6	
Noen andre	246	82,1	17,7	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for sykepleierkontakt og opplevelse av situasjon før legevaktkontakt og etter ankomst til legevakten.

Variabel	Antall	Sykepleierkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	(N=600)			0,330
Nei	550	82,7	17,6	
Ja	50	80,1	17,7	
Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	(N=600)			0,291
Ikke alvorlig	146	81,1	18,4	
Alvorlig	454	82,9	17,3	
Hvor redd var du når du tok kontakt med legevakten?	(N=600)			0,029
Ikke redd	465	83,3**	16,6	
Redd	135	79,5**	20,5	
Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon?	(N=600)			<0,001
Ikke i hele tatt	384	84,6**	16,3	

Variabel	Antall	Sykepleierkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Var vanskelig	216	78,7**	19,2	0,602
Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	(N=600)			
Under en time	453	82,7	17,0	
Over en time	147	81,8	19,4	0,010
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	(N=600)			
Ikke akseptabel	97	78,2**	18,8	
Akseptabel	503	83,3**	17,3	<0,001
Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling?	(N=598)			
Under 10min	108	87,9**	14,6	
10- 60 min	276	84,5**	16,0	
1- 3 timer	171	77,4**	18,8	
Over 3 timer	43	75,7**	22,5	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Bivariabel sammenheng mellom samlevariabelen for sykepleierkontakt og opplevelse av situasjon etter legevaktkontakt.

Variabel	Antall	Sykepleierkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	(N=600)			<0,001
Ikke tilstrekkelig	201	75,5**	18,7	<0,001
Tilstrekkelig	396	86,1**	15,9	
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	(N=600)			
Ikke tilstrekkelig	277	78,7**	18,5	0,119
Tilstrekkelig	319	85,8**	16,1	
Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging?	(N=600)			
Ikke henvist	236	81,1	18,4	<0,001
Henvist	364	83,4	17,0	
Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?	(N=598)			
Ikke som forventet	79	67,5**	20,9	<0,001
Som forventet eller bedre	519	84,7**	15,9	
Mener du at du ble feilbehandlet av legevakten?	(N=599)			
Ikke i hele tatt	465	85,8**	15,5	

Variabel	Antall	Sykepleierkontakt		p-verdi
		Gjennom- snitt	Standard- avvik	
Ble feilbehandlet (fra liten til svært stor grad)	134	70,8**	19,5	

*Skala er fra 0 til 100, hvor 100 er mest tilfreds. P-verdi er regnet ut med T-test for variabler med to svaralternativer og ANOVA for variabler med flere enn to svar alternativer.

**p-verdi < 0,05

Vedlegg 6 Multivariable lineære regresjoner

Organisering

Multippel lineær regresjonsanalyse for variablene som avklarer variasjon i tilfredshet i forhold til organisering av legevakten.

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Uendret triage	Ref.			
Nedtriagert	-0,16	-3,97	3,65	0,935
Opptriagert	1,88	-1,39	5,16	0,259
Mann	Ref.			
Kvinne	-1,97	-4,68	0,75	0,156
Alder 60 år +	Ref.			
Alder 0-14 år	1,32	-4,22	6,86	0,640
Alder 15-29 år	2,65	-1,44	6,75	0,203
Alder 30- 59 år	-0,54	-4,13	3,06	0,770
Dårlig helse	Ref.			
God helse	0,99	-2,60	4,57	0,589
Ikke ønsket kontaktttype	Ref.			
Ønsket kontaktttype	9,29*	0,74	17,84	0,033
Kontakt utenom fastlegens åpningstider (kveld, natt, helg)	Ref.			
Kontakt på dagtid på hverdag	-0,70	-4,82	3,42	0,739
Kontakt med legevakten 1 -2ganger i løpet av de siste to år	Ref.			
Kontakt med legevakten 3- 5 ganger i løpet av de siste to årene	-2,19	-5,64	1,25	0,211
Kontakt med legevakten 6- 10 ganger eller mer i løpet av de to siste årene	0,34	-5,28	5,96	0,905
Prøvde ikke å få kontakt med fastlegen først	Ref.			
Prøvde å få kontakt med fastlegen først	0,23	-4,68	5,114	0,926
Var ikke redd når tok kontakt med legevakten	Ref.			
Var redd når tok kontakt med legevakten	-2,44	-5,67	0,80	0,140
Ikke vanskelig å komme i kontakt med legevakten	Ref.			
Vanskelig å komme i kontakt med legevakten	-7,80*	-10,64	-4,95	<0,001
Brukte under en time til legevakten	Ref.			
Brukte over en time til legevakten	-0,46	-3,60	2,68	0,775
Reisetiden var ikke akseptabel	Ref.			
Reisetiden var akseptabel	8,54*	4,78	12,30	<0,001
Under 10 min ventetid til undersøkelse	Ref.			
10- 60 min ventetid til undersøkelse	-10,79*	-14,46	-7,11	<0,001
1-3 timer ventetid til undersøkelse	-27,73*	-31,89	-23,56	<0,001
Over 3 timer ventetid til undersøkelse	-37,60*	-43,36	-31,84	<0,001
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om tilstand	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand	7,68*	4,49	10,86	<0,001

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	2,99	0,01	5,98	0,050
Hjelpen var dårligere enn forventet	Ref.			
Hjelpen var som forventet eller bedre	10,34*	5,65	15,02	<0,001
Ble ikke feilbehandlet i hele tatt etter sin egen bedømmelse	Ref.			
Ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse (fra liten til svært stor grad)	-0,51	-4,15	3,14	0,785

**Justert R² = 0,575. B = ustandardisert regresjonskoeffisient , 95% KI = Konfidensintervall for B.

*p-verdi < 0,05

Telefonkontakt

Multipel lineær regresjonsanalyse for variablene som avklarer variasjon i tilfredshet med telefonkontakt.

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Uendret triage	Ref.			
Nedtriagert	0,93	-3,05	4,92	0,646
Opptriagert	-2,76	-6,12	0,60	0,107
Mann	Ref.			
Kvinne	0,40	-2,43	3,24	0,780
Alder 60 år +	Ref.			
Alder 0-14 år	5,63	-3,14	14,39	0,208
Alder 15-29 år	0,37	-6,60	7,34	0,917
Alder 30- 59 år	4,91	-1,17	10,98	0,113
Yrkesaktiv	Ref.			
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	1,15	-3,94	6,25	0,657
Pensjonist	4,09	-2,72	10,89	0,239
Under utdanning	2,29	-2,49	7,07	0,346
Arbeidsledig	0,55	-14,87	15,97	0,944
Annen daglig aktivitet	-6,95	-14,39	0,48	0,067
Bor alene	Ref.			
Bor sammen med noen	1,20	-1,96	4,35	0,457
Morsmål norsk	Ref.			
Morsmål er ikke norsk	-6,71*	-12,91	-0,52	0,034
Dårlig helse	Ref.			
God helse	1,35	-2,65	5,53	0,507
Ikke ønsket kontakttype	Ref.			
Ønsket kontakttype	16,90*	7,28	26,52	0,001
Kontakt med legevakten 1 -2ganger i løpet av de siste to år	Ref.			

Kontakt med legevakten 3- 5 ganger i løpet av de siste to år	-1,01	-4,57	2,56	0,579
Kontakt med legevakten 6- 10 ganger eller mer i løpet av de siste to år	1,15	-4,60	6,90	0,695
Noen andre har fylt ut skjema	Ref.			
Pasient har fylt ut skjema	0,26	-4,52	5,03	0,916
Prøvde ikke å få kontakt med fastlegen først	Ref.			
Prøvde å få time hos fastlegen først	-0,51	-5,53	4,50	0,841
Opplevde skade eller sykdom ikke-alvorlig	Ref.			
Opplevde skade eller sykdom alvorlig	-1,18	-4,46	2,10	0,479
Var ikke redd når tok kontakt med legevakten	Ref.			
Var redd når tok kontakt med legevakten	-1,17	-4,57	2,23	0,499
Ikke vanskelig å komme i kontakt med legevakten	Ref.			
Vanskelig å komme i kontakt med legevakten	-5,94*	-8,90	-0,298	<0,001
Brukte under en time til legevakten	Ref.			
Brukte over en time til legevakten	-0,57	-3,83	2,70	0,733
Reisetiden var ikke akseptabel	Ref.			
Reisetiden var akseptabel	4,80*	0,90	8,70	0,016
Under 10 min ventetid til undersøkelse	Ref.			
10- 60 min ventetid til undersøkelse	-1,06	-4,85	2,74	0,585
1-3 timer ventetid til undersøkelse	-5,08*	-9,39	-0,77	0,021
Over 3 timer ventetid til undersøkelse	-1,76	-7,70	4,17	0,560
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om tilstand				
Fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand	3,12	-0,12	6,37	0,059
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	0,35	-2,72	3,42	0,825
Hjelpen var dårligere enn forventet	Ref.			
Hjelpen var som forventet eller bedre	4,37	-0,43	9,17	0,075
Ble ikke feilbehandlet i hele tatt etter sin egen bedømmelse	Ref.			
Ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse (fra liten til svært stor grad)	-7,69*	-11,41	-3,97	<0,001

**Justert R² = 0,247. B = ustandardisert regresjonskoeffisient , 95% KI = Konfidensintervall for B.

*p-verdi < 0,05

Legekontakt

Multipel lineær regresjonsanalyse for variablene som avklarer variasjon i tilfredshet med legekontakt.

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Uendret triage	Ref.			

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Nedtriagert	-3,52	-7,24	0,21	0,064
Opptriagert	-1,83	-4,96	1,29	0,250
Mann	Ref.			
Kvinne	-0,23	-2,86	2,40	0,865
Alder 60 år +	Ref.			
Alder 0-14 år	-0,04	-5,36	5,28	0,987
Alder 15-29 år	4,00	-0,06	8,05	0,053
Alder 30- 59 år	0,47	-3,10	4,04	0,796
Dårlig helse	Ref.			
God helse	1,34	-2,09	4,77	0,442
Ikke ønsket kontaktttype	Ref.			
Ønsket kontaktttype	14,27*	6,00	22,54	0,001
Kontakt med legevakten 1 -2ganger i løpet av de siste to år	Ref.			
Kontakt med legevakten 3- 5 ganger i løpet av de siste to årene	-0,98	-4,32	2,38	0,568
Kontakt med legevakten 6- 10 ganger eller mer i løpet av de siste årene	4,63	-0,86	10,11	0,098
Var ikke redd når tok kontakt med legevakten	Ref.			
Var redd når tok kontakt med legevakten	-1,69	-4,85	1,47	0,293
Ikke vanskelig å komme i kontakt med legevakten	Ref.			
Var vanskelig å komme i kontakt med legevakten	0,11	-2,65	2,87	0,939
Reisetiden var ikke akseptabel	Ref.			
Reisetiden var akseptabel	-0,67	-4,35	3,01	0,720
Under 10 min ventetid til undersøkelse	Ref.			
10- 60 min ventetid til undersøkelse	0,61	-2,90	4,13	0,732
1-3 timer ventetid til undersøkelse	-2,08	-6,08	1,92	0,307
Over 3 timer ventetid til undersøkelse	-0,22	-5,87	5,44	0,940
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om tilstand	Ref.			
Tilstrekkelig informasjon om tilstand	9,83*	6,72	12,94	<0,001
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	Ref.			
Tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	1,88	-1,05	4,81	0,208
Ble ikke henvist for videre oppfølging	Ref.			
Ble henvist for videre oppfølging	0,22	-2,51	2,95	0,874
Hjelpen var dårligere enn forventet	Ref.			
Hjelpen var som forventet eller bedre	10,18*	5,60	14,75	<0,001
Ble ikke feilbehandlet i hele tatt etter sin egen bedømmelse	Ref.			

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse (fra liten til svært stor grad)	-13,02*	-16,53	-9,51	<0,001

**Justert R² = 0,399. B = ustandardisert regresjonskoeffisient , 95% KI = Konfidensintervall for B.

*p-verdi < 0,05

Sykepleierkontakt

Multipel lineær regresjonsanalyse for variablene som avklarer variasjon i tilfredshet med sykepleierkontakt på legevakten.

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Uendret triage	Ref.			
Nedtriagert	1,93	-2,72	6,59	0,415
Opptriagert	0,42	-3,26	4,10	0,821
Mann	Ref.			
Kvinne	-0,64	-3,82	2,54	0,692
Alder 60 år +	Ref.			
Alder 0-14 år	3,98	-4,58	12,4	0,361
Alder 15-29 år	-0,83	-8,19	6,53	0,824
Alder 30- 59 år	0,61	-5,87	7,09	0,853
Grunnskole	Ref.			
Videregående skole	6,75*	1,09	12,41	0,020
Høyskole/universitet (1-4år)	8,55*	2,58	14,53	0,005
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	3,26	-2,95	9,46	0,303
Yrkesaktiv	Ref.			
Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger	2,24	-3,16	7,64	0,415
Pensjonist	-1,45	-8,66	5,76	0,693
Under utdanning	3,16	-2,32	8,64	0,257
Arbeidsledig	14,11	-4,25	32,48	0,132
Annen daglig aktivitet	-10,70*	-20,12	-1,28	0,026
Ikke ønsket kontaktttype	Ref.			
Ønsket kontaktttype	4,45	-5,77	14,67	0,392
Var ikke redd når tok kontakt med legevakten	Ref.			
Var redd når tok kontakt med legevakten	-2,76	-6,54	1,02	0,152
Ikke vanskelig å komme i kontakt med legevakten	Ref.			
Var vanskelig å komme i kontakt med legevakten	-1,66	-5,06	1,74	0,337
Reisetiden var ikke akseptabel	Ref.			
Reisetiden var akseptabel	2,32	-1,99	6,63	0,290
Under 10 min ventetid til undersøkelse	Ref.			
10- 60 min ventetid til undersøkelse	-1,45	-5,60	2,71	0,494
1-3 timer ventetid til undersøkelse	-4,71	-9,48	0,05	0,053

Uavhengige variabler	B	95% KI		p-verdi
		Nedre	Øvre	
Over 3 timer ventetid til undersøkelse	-3,93	-10,56	2,10	0,245
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om tilstand	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om tilstand	4,05*	0,35	7,75	0,032
Fikk ikke tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	Ref.			
Fikk tilstrekkelig informasjon om prøver og undersøkelser	-0,30	-3,82	3,22	0,867
Ble ikke henvist for videre oppfølging	Ref.			
Ble henvist til videre oppfølging	0,38	-2,90	3,64	0,822
Hjelpen var dårligere enn forventet	Ref.			
Hjelpen var som forventet eller bedre	3,66	-1,87	9,20	0,194
Ble ikke feilbehandlet i hele tatt etter sin egen bedømmelse	Ref.			
Ble feilbehandlet etter sin egen bedømmelse (fra liten til svært stor grad)	-9,83*	-14,13	-5,52	<0,001

**Justert R² = 0,190. B = ustandardisert regresjonskoeffisient , 95% KI = Konfidensintervall for B.

*p-verdi < 0,05

Vedlegg 7 Fritekstkommentarer fra spørreskjemaet

Spørreskjemaet inneholdt et åpent spørsmål hvor pasientene kunne skrive litt mer om sine erfaringer med legevakten. Alt i alt hadde 241 skrevet noe i dette feltet, noe som utgjør 33,7% av informantene. Fritekstkommentarene ble gjennomgått og sortert etter seks ulike temaer;

- Personell
- Organisering og ventetid
- Venterom og lokalene
- Telefonkontakt
- Om feilbehandling
- Generelle kommentarer

Personell

En del av kommentarene handlet om personellet. Det var mange som var fornøyde med legene og sykepleierne ved legevakten og hadde gitt kommentarer som; «Flotte, hyggelige folk som tar pasienten på alvor. Ga god informasjon og jeg følte meg godt ivaretatt og trygg da jeg forlot legevakten», «Legen som tok i mot meg var meget hyggelig og imøtekommende og tok seg god tid», «Synes alle di som arbeider der viser god holdning til di oppgaver di utfører , samt at d hersker rolig og profesjonell holdning ovenfor pasientene , blide og hyggelige var di også». Samtidig var de en del negative kommentarer som handlet om personellet ved legevakten; «Ble møtt av en sykepleier i skranken som virket litt sur da jeg ikke hadde vært til fastlegen», «Sykepleieren var veldig arrogant og lite interessert i vi hadde å si», «Legen virket usikker på alt og ga ikke noe klart svar på noe» og «Lege var rask inne. Ingen spørsmål om tilstanden. Følte mere som jeg var på et samleband».

Organisering og ventetid

Nesten halv parten av kommentarene handlet om organisering og ventetid. Mest parten av disse kommentarene viste forbedringspotensial og misnøye som; «Utrolig lang ventetid», «Bør få ned ventetiden, samt kunne gi bedre informasjon om estimert ventetid», «4 timer er for lenge å vente på å få sydd noen sting som tok 5 minutter å utføre». Det var også noen kommentarer angående ventetid på telefon; «Satt i telefonkø i over 30 minutter. Dersom det

skal føles aktuelt å ringe før oppmøte, bør kapasitet på telefon økes». Noen kommentarer handlet om oppmøtetidspunkt og ventetid; «Måtte vente veldig lenge på å komme inn til lege, selv om jeg ringte på forhånd og fikk oppgitt tidspunkt for når jeg skulle møte» og «Skjønnte ikke poenget med å få oppmøtetidspunkt pr. telefon». Men samtidig var det også flere positive kommentarer som; «Opplever at systemet med å ringe for time på legevakt er mer effektivt», «Very efficient service», «Positivt overrasket over flyt og kort ventetid!».

Venterom og lokalene

Også venterom og lokalene ble tatt opp i noen av kommentarene, som for eksempel; «Flotte, nye lokaler», «Ventelokalet har altfor dårlig merking og informasjon! Må redigeres og gjennomgås fra pasienters ståsted!», «Stillerom/ammerom hadde også vært å foretrekke», «Ønsker også at det kan tilrettelegges mer på venterommet med for eks en TV med en kanal eller to for å ha noe å se på». Flere kommentarer som var rettet mot venterom handlet om mat- og drikketilbud ved legevakten; «Det er ikke noe mulighet for å kjøpe noe i automat til små barn», «Ekstra trasig å vente så lenge når man er sulten» og «Gjerne skaffe noen flere automater med litt mer innhold. Langt å gå for å kjøpe noe når du har små barn og er sulten».

Telefonkontakt

Noen av kommentarene som omhandlet telefonkontakt med legevakten var negative som: «Opplevde at personen på telefon ikke trodde på hvor alvorlig tilstanden var», «Synes at damen jeg snakket med på telefon kunne ha vært hyggeligere og ikke snakket i en så aggressiv og nedlatende tone». Flere hadde også positive kommentarer angående telefonkontakt med legevakten som; «Veldig hjelpsom over telefon, faglig dyktig og interessert i pasientens ord, ble tatt på stor alvor og masse kunnskap og forståelse der!», «Som småbarnsforeldre for første gang setter vi stor pris på å kunne snakke med legevakten over telefon for råd».

Om feilbehandling

Det var også noen av kommentarene som handlet om at pasienten følte seg feilbehandlet i større eller mindre grad; «Jeg hadde store smerter, og synes jeg måtte vente lenge for å få smertestillende», «Burde ha blitt henvist til videre utredning samme natt i stedet for å vente til neste dag», «Måtte dra til en annen lege privat for å få stilt riktig diagnose».

Generelle kommentarer

En del av informantene hadde gitt mer generelle kommentarer, både negative og positive, som for eksempel; «Kaos på legevakten», «Telefonnummer til legevakten burde vært bedre annonsert» , «Avvist ved flere anledninger. Ikke bra. Denne gangen et meget positivt møte», «Jeg sitter igjen med følelse av god behandling og flinke folk», «Kom rask inn til undersøkelse og ble innlagt på sykehuset», «Takk for rask og god hjelp».

PASIENTTILFREDSHET PÅ LEGEVAKTA

Dette er et spørsmål til deg som nylig har vært i kontakt med legevakten om å delta i en pasienttilfredshetsundersøkelse angående Trondheim legevakt. Det tar rundt 5-10 minutter å svare på spørsmålene. Dersom du er under 16 år, ber vi om at eventuelle pårørende som kontaktet eller fulgte deg til legevakten hjelper deg i å besvare spørsmål.

BAKGRUNN OG FORMÅL

Pasienttilfredshet er en viktig faktor når kvalitet av omsorg og akuttmedisinske tjenester skal evalueres. Stor pasientpågang og større fokus på pasientsikkerhet har ført til et behov for å vurdere hvilke pasientene som trenger hjelp raskest (hastegrad). Formålet med denne studien er å undersøke hva de som har vært i kontakt med legevakten synes, og hvordan vurdering av hastegrad kan påvirke pasienttilfredshet.

Studien gjennomføres av masterstudent Minna Laru som tar mastergrad i Helsevitenskap ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Prosjektansvarlig og veileder er Aslak Steinsbekk, professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

Undersøkelsen gjøres i samarbeidet med Trondheim Legevakt.

HVA INNEBÆRER DELTAKELSE I STUDIEN?

Deltakelse innebærer å fylle ut et elektronisk spørreskjema. Hvis du samtykker, vil det i tillegg innhentes informasjon fra legevakten om hastegrad, kontakttidspunkt (dag/kveld/natt), ukedag, konsultasjonstype, samt alder og kjønn.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGER OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formålet med prosjektet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, uten noe navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerlige opplysninger. Hvis du samtykker til bruk av data fra legevakten, vil en kode knytte ditt svar på spørreskjema til denne informasjonen. Det er kun masterstudenten og prosjektleder som har tilgang til denne koden. Alle opplysninger om deg vil slettes ved prosjektslutt, senest 31.12.2020.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Resultatene fra undersøkelsen vil bidra til økt kunnskap i området samt bli brukt i arbeidet for å utvikle legevakten videre.

KONTAKTINFORMASJON

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med

masterstudent Minna Laru på tlf: 41311952, epost: minnajl@stud.ntnu.no eller,

prosjektleder Aslak Steinsbekk på telefon: 41559076, epost: aslak.steinsbekk@ntnu.no

- ☐ Jeg har forstått informasjonen og gir mitt samtykke til å delta
- ☐ Ønsker ikke å delta

Undersøkelse om pasienters erfaringer med bruk av legevakten

Hensikten med undersøkelsen er å få vite mer om dine erfaringer med legevakten. Du skal svare på bakgrunn av din *siste* kontakt med legevakten.

Del 1. Fylles ut av alle

1. Hva slags kontakt hadde du med legevakten?

- | | |
|---|--------------------------|
| Bare telefonkontakt | <input type="checkbox"/> |
| Telefonkontakt og deretter til legevaktlokalet | <input type="checkbox"/> |
| Direkte til legevaktlokalet uten telefon på forhånd | <input type="checkbox"/> |
| Telefonkontakt og deretter sykebesøk hjemme | <input type="checkbox"/> |
| Annet | <input type="checkbox"/> |

Ja Nei

2. Var det denne type kontakt du ønsket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Telefonkontakt

- | | | Ikke i
det hele
tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor
grad |
|----|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. | Var det vanskelig å komme i kontakt med legevakten på telefon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Spørsmålene nedenfor handler om den personen du snakket med på telefon da du ringte legevakten. Opplevde du at denne personen: | | | | | |

- | | | Ikke i
det hele
tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor
grad |
|--|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Tok deg på alvor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Snakket til deg slik at du forsto ham/henne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Var faglig dyktig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kontakt på legevaktlokalet

Tilgjengelighet og ventetid

- | | | Under
1/2 time | 1/2 - 1
time | 1 - 2
timer | 2 - 4
timer | Mer
enn 4
timer |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. | Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | Ikke i
det hele
tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor
grad |
|----|--|--|--|--|--|---|
| 6. | Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling? | Under 10 minutter
<input type="checkbox"/> | 10 - 30 minutter
<input type="checkbox"/> | 30 - 60 minutter
<input type="checkbox"/> | 1 - 2 timer
<input type="checkbox"/> | 2 - 3 timer
<input type="checkbox"/> |
| 8. | Fikk du tilfredsstillende informasjon om hvor lenge du måtte regne med å vente til du skulle få komme inn til undersøkelse/behandling? | Ikke i
det hele
tatt
<input type="checkbox"/> | I liten
grad
<input type="checkbox"/> | I noen
grad
<input type="checkbox"/> | I stor
grad
<input type="checkbox"/> | I svært
stor
grad
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Synes du tiden du måtte vente fra du ankom til du kom inn til undersøkelse/behandling var akseptabel? | Ikke i
det hele
tatt
<input type="checkbox"/> | I liten
grad
<input type="checkbox"/> | I noen
grad
<input type="checkbox"/> | I stor
grad
<input type="checkbox"/> | I svært
stor
grad
<input type="checkbox"/> |

Organisering og fysiske omgivelser på legevaktlokalet

- | | | Ikke i
det hele
tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor
grad |
|-----|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. | Fikk du inntrykk av at legevakten var godt organisert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ikke i
det hele
tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor
grad |

11. Opplevde du at venterommet var ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
tilfredsstillende?

12. Møtte du lege på legevaktlokalet? Ja ->sp.13 / Nei -> sp.16

Om legene på legevaktlokalet

Spørsmålene nedenfor handler om ditt møte med **legen(e)** på legevaktlokalet. Opplevde du at han/hun:

13.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Tok deg på alvor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakket til deg slik at du forsto ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var faglig dyktig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Møtte du sykepleier på legevaktlokalet?
Ja -> sp 15 / Nei -> sp.16.

Om sykepleierne på legevaktlokalet

Spørsmålene nedenfor handler om ditt møte med **sykepleier(ne)** på legevaktlokalet. Opplevde du at han/hun:

15.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Tok deg på alvor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakket til deg slik at du forsto ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var faglig dyktig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del 2. Fylles ut av alle

Spørsmål 16-18 handler om situasjonen før du tok kontakt med legevakten.

	Ja	Nei	Har ikke fastlege
16. Prøvde du å få time hos fastlegen din før du kontaktet legevakten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget alvorlig(måtte ha hjelp med én gang)	Alvorlig (måtte ha hjelp innen få timer)	Mindre alvorlig (kunne vente til neste dag)	Vet ikke
17. Hvor alvorlig opplevde du din sykdom eller skade slik den var da du kontaktet legevakten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
--	----------------------------	-----------------	----------------	----------------	-------------------------

18. Hvor redd var du da du tok kontakt med legevakten? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Del 3. Informasjon og oppfølging

Spørsmål 19-24 gjelder din samlede erfaring med din siste kontakt med legevakten.

- | | Ikke i
det hele
tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor
grad | Ikke
aktuelt |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja,
sykehus | Ja,
fastlege
n | Ja,
annet | Nei | | |
| 21. Ble du henvist til eller bedt om å kontakte en annen instans innen helsevesenet for videre oppfølging? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Generelle vurderinger

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | Ikke i det
hele tatt | I liten
grad | I noen
grad | I stor
grad | I svært
stor grad |
| 22. | Alt i alt, var hjelpen du fikk fra
legevakten tilfredsstillende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Mye
dårligere
enn
forventet | Noe
dårligere
enn
forventet | Som
forventet | Noe bedre
enn
forventet | Mye
bedre enn
forventet |
| 23. | Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen
du fikk fra legevakten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Mener du at du på noen måte ble
feilbehandlet av legevakten (etter det
du selv kan bedømme)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Del 4. Bakgrunnsspørsmål

- | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Pasienten
selv | Pårørende
til barn
under 16
år | Andre
pårørende | Andre |
| 25. | Hvem har fylt ut spørreskjemaet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 1 gang | 2 ganger | 3-5
ganger | 6-10
ganger |
| 26. | Hvor mange ganger har du vært i
kontakt med legevakten de siste to
årene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Mann | Kvinne | | |
| 27. | Er du mann eller kvinne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 28. | Hva er din alder? | | | | |
| | | Ja | Nei | | |

29.	Bor du sammen med noen som står deg nær? (F. eks: ektefelle, samboer, pårørende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Grunn- skole	Videregå- ende skole	Høyskole/ Universi- tet (fra 1- 4 år)	Høyskole/ Universite- t(4 år eller mer)	
30.	Hva er din høyeste fullført utdanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Yrkesak- tiv	Sykemeld- t, på uføretryg- d eller arbeidsav- klaringspe- nser	Pensjonist	Under utdanning	Hjemme- arbeiden- de
31.	Hva gjør du til daglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Arbeidsledig	Annet	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Norsk	Samisk	Annet nordisk språk	Annet europeisk språk	Ikke- europeisk språk
32.	Hva er ditt morsmål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Utmerket	Meget god	God	Nokså god	Dårlig
33.	Stort sett, vil du si at din helse er..?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skriv gjerne ned mer om dine erfaringer med legevakten her:

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare!

Vedlegg 10 Vurdering fra REK

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no



Region: Saksbehandler: Telefon: Vår dato: Vår referanse:
REK midt Magnus Alm 12.09.2019 7241
Deres referanse:

Aslak Steinsbekk

7241 Sammenhengen mellom triageresultater og pasienttilfredshet ved en kommunal legevakt

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Aslak Steinsbekk

Søkers beskrivelse av formål:

Pasienttilfredshet er en viktig faktor når kvalitet av omsorg og akuttmedisinske tjenester skal evalueres. Stor pasientpågang, og større fokus på pasientsikkerhet innen akuttmedisin har ført til behov for å avklare hvilke av pasientene som trenger hjelp raskest (avklare hastegrad ved hjelp av triage). Økt innføring av triage i Norge har skjedd uten samtidig forskning, og det mangler studier som sammenligner ulike triagesystemer direkte opp mot hverandre. I denne studien rettes fokuset mot Norsk medisinsk Index for nødhjelp og Manchester Triage System, som brukes i en kommunal legevakt. Det har blitt formulert følgende forskningsspørsmål; Hvilket resultat gir telefon- og oppmøtetriage? Hva er sammenhengen mellom triageresultatene og pasientrapportenes totaltilfredshet ved legevakten? For å svare på forskningsspørsmålene, skal det gjennomføres en observasjonsstudie hvor det hentes inn registreringsinformasjon om triageresultater, og gjøres en undersøkelse av pasienttilfredshet.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 21.08.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Komiteens prosjektsammendrag: Triage kan beskrives som et system for klinisk risikostyring og prioritering innen akuttmedisin når de tilgjengelige ressursene er utilstrekkelige i forhold til pasientpågangen. I denne studien skal man sammenligne triagesystemene Norsk medisinsk Index for nødhjelp og Manchester Triage System. Man skal undersøke hvilke resultater telefon- og oppmøtetriage gir, og hvilken sammenheng det er mellom triageresultatene og pasienttilfredsheten. Utvalget består av 600 barn og voksne som har ringt til legevaktstelefonen og deretter møtt opp på stasjonær legevakt i Trondheim. Deltakerne vil motta et spørreskjema som omhandler deres erfaringer med legevakten. Fra pasientregistreringsprogrammet TransMed skal man i tillegg innhente opplysninger om triageresultater, informasjon om kontakttidspunkt og konsultasjonstype, samt alder og kjønn. Studien er samtykkebasert.

Vurdering: Utenfor mandat

Komiteen vurderte først om studien faller inn under helseforskningslovens (hfl.) saklige virkeområde, jf. hfl. §§ 2 og 4; det vil si om prosjektet er å forstå som forskning med mål om å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Komiteen finner at prosjektet har karakter av å være annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Formålet med prosjektet er ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom i seg selv, men snarere å undersøke effektiviteten og brukertilfredsheten ved en helsetjeneste. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. ny personopplysningslov. Behandlingsgrunnlaget må forankres i og avklares med egen institusjon. Kontakt lokalt personvernombud for ytterligere spørsmål.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumentene. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr.med. / Overlege
Leder, REK Midt

Magnus Alm
rådgiver

