

Pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker

Sammendrag

Bakgrunn. Denne studien beskriver utvikling og evaluering av et instrument til å måle pasienters erfaringer i somatiske poliklinikker, PasOpp-Pol. Utgangspunktet er PasOpp, et instrument til å beskrive pasienters erfaringer med opphold i somatisk sykehus.

Materiale og metode. Etter litteraturstudier og kvalitative pasientintervjuer er instrumentet testet i en tverrsnittstudie gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse sendt til 12 525 pasienter innen tre uker etter konsultasjon ved 23 poliklinikker i Helse Vest og Helse Nord i 2003.

Resultater. 6 824 pasienter (55 %) returnerte besvart spørreskjema. Lavt nivå av uteblitte enkeltvar tyder på høy grad av aksept hos pasientene. Faktoranalyse av enkeltspørsmål som var aktuelle for alle pasientene gav tre kjernedimensjoner; kommunikasjon (seks spørsmål), organisering (fire spørsmål), og tilgjengelighet (to spørsmål). De øvrige spørsmålene dekket standard (tre spørsmål), informasjon (seks spørsmål) og erfaringer før besøket (tre spørsmål). Med unntak av sistnevnte, viste dimensjonene gode egenskaper med Cronbachs alfaverdier over 0,7. Korrelasjon mellom skalaene varierte mellom 0,30 (informasjon og tilgjengelighet) og 0,72 (informasjon og kommunikasjon). Skårene var signifikant korrelert til generell tilfredshet, opplevelse av å være riktig behandlet, hvilken effekt konsultasjonen hadde på helseproblemet, organisering av prøvetaking og undersøkelser, ventetid og alder.

Fortolkning. PasOpp-Pol inkluderer de viktigste aspektene for pasienter ved somatiske poliklinikker. Tre kjerne-dimensjoner til bruk i en forkortet versjon er identifisert.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Andrew Garratt

andrew.garratt@kunnskapssenteret.no

Øyvind Andresen Bjertnæs

Unni Krogstad

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

Pål Gulbrandsen

Fakultetsdivisjon Akershus universitetssykehus
Universitetet i Oslo

Å måle pasientopplevelser betraktes i stigende grad som viktig når helsetjenesten skal evalueres (1, 2). Målingen av pasienttilfredshet er kritisert for å mangle en klar definisjon (3, 4) og for metodologiske problemer knyttet til målingene, inkludert validitet og reliabilitet (2). Tilfredshetsundersøkelser viser gjennomgående høy tilfredshet med helsetjenesten. Forklaringen på dette er kompleks og kan innebære at pasienter ikke ønsker å vise utaknemlighet eller at de aksepterer begrensningene helsetjenesten må ha (5). Dette bidrar til at det er vanskelig å skille mellom gode og dårlige erfaringer.

En alternativ kartleggingsmåte er å spørre pasientene om å gi en vurdering av sine erfaringer med ulike sider av helsetjenesten, som kommunikasjon, informasjon, involvering og organisering av tjenesten (6, 7). Denne målemetoden innebærer å samle konkret informasjon om spesifikke hendelser i et større spørreskjema. Deretter analyseres skjemaet for å trekke ut de spørsmålene som viser seg best egnet til å uttrykke ulike sider ved pasienterfaringene. Sammen utgjør disse spørsmålene et instrument. Man antar underforstått at pasienttilfredshet henger sammen med erfaringer med spesifikke hendelser. Erfaringsmålinger er derfor omtalt som indirekte måling av pasienttilfredshet (1). Pasienter må involveres i utviklingen av slike måleinstrumenter, for å sikre at aspekter som de synes er viktig kommer med.

I løpet av de siste sju årene er postsendte spørreskjemaer brukt i store studier av pasienterfaringer i norske sykehus (6, 7), først under navnet RESKVA, senere videreutviklet til PasOpp (Pasient-Opplevelser). RESKVA for innliggende pasienter i somatiske sykehus ble funnet å ha god validitet og reliabilitet i et utvalg av 20 890 pasienter i norske medisinske og kirurgiske avdelinger i 1996 og 1998 (6). Målet med denne artikkelen er å beskrive hvordan vi utviklet et tilsvarende skjema for polikliniske pasienter (PasOpp-Pol)

ved hjelp av samme metodologi, litteraturstudier og diskusjon med pasienter og behandlere om hva som er viktige aspekter ved konsultasjoner i somatiske poliklinikker, for deretter å gjennomføre reliabilitets- og validitetstesting av instrumentet etter kjente kriterier.

Materiale og metode

Utvikling av spørreskjemaet

Ved utviklingen av spørreskjemaet fulgte vi tidligere arbeid (6) ved å identifisere emner og spørsmål med potensiell relevans for polikliniske pasienter. Angloamerikansk og skandinavisk litteratur ble gjennomgått med spesiell vekt på temaene tilgjengelighet, byråkrati, kontinuitet i behandlingen, fasiliteter, medmenneskelighet, resultat, generell kvalitet og psykososiale problemer (8). Den første listen over emner og spørsmål ble revidert av ansatte ved poliklinikker i en fokusgruppe. For å øke innholdsvaliditeten gjennomførte vi så en forundersøkelse bestående av pasientintervjuer i fem ulike typer somatiske poliklinikker. Ytterligere endringer ble foretatt etter intervjuer med fire leger og fire oversykepleiere ved poliklinikker innen kardiologi, gynekologi, nevrologi, onkologi, lungemedisin og kirurgi. Man tenkte seg at de utvalgte spørsmålene ville dekke tre emneområder: «standard», «informasjon» og «erfaringer før besøket». Tivpunktsskalaen med spesifiserte forankringspunkter, som ble utviklet for innliggende pasienter, ble beholdt (6, 7).

Spørreskjemaet ble sendt til 12 525 pasienter over 15 år ved 23 poliklinikker, innen tre uker etter at de hadde vært der. De som ikke svarte, fikk en purring etter tre uker (9, 10).

Antall manglende svar på enkeltspørsmål ble registrert og tatt med i vurderingen av spørsmålets relevans for pasientene. Spørsmål med høyt antall manglende svar ble tatt



Hovedbudskap

- Et instrument til kartlegging av pasienterfaringer i somatiske poliklinikker er for første gang utviklet i Norge
- Tre dimensjoner i instrumentet – kommunikasjon, organisering og tilgjengelighet – fungerer godt for alle pasienter
- Tre andre dimensjoner – standard, informasjon og erfaringer før besøket – kunne utledes uten at de gjaldt alle pasienter

ut av skjemaet, fordi det da ikke ville være relevant for tilstrekkelig mange pasienter ved ulike typer poliklinikker.

Som ved utviklingen av spørreskjemaet for inneliggende pasienter (6), brukte vi faktoranalyse (11) for å finne bakenforliggende dimensjoner i spørreskjemaet. Dimensjoner med en egenverdi (eigenvalue) over 1 ble identifisert.

Intern reliabilitet i dimensjonene ble vurdert gjennom korrelasjon mellom enkeltspørsmål og dimensjonen de ble funnet å være en del av (spørsmål-dimensjonskorrelasjon), og Cronbachs alfa. Spørsmål-dimensjons-korrelasjonsverdien bør være over 0,4 (12). Cronbachs alfa måler den samlede korrelasjon mellom alle enkeltspørsmål i en dimensjon og bør være over 0,7 (13).

Konstruksjonsvaliditet er et uttrykk for om man måler det man ønsker å måle. Det undersøkes ved å se på sammenhengen mellom dimensjonsskåre og andre spørsmål

som har dokumentert betydning for tilfredshet. Vi testet dimensjonsskårene opp mot spørsmål om generell tilfredshet, opplevelse av riktig behandling, organisering av prøvetaking og undersøkelser, konsultasjonens betydning for det aktuelle helseproblemet, ventetid og pasientens alder. Videre så vi på sammenhengen med pasientens generelle helse, erfaringer med endring av avtaler og med hvorvidt pasienten møtte samme behandler som ved forrige besøk ved poliklinikken (14).

Resultater

Vi mottok 6 824 svar (55 %) (tab 1). Store andeler svarte «ikke aktuelt» på spørsmål som gjaldt informasjon om og organisering av undersøkelser, medisiner og prøvetaking. Spørsmålene knyttet til erfaringer før besøket og sykehusets standard hadde også mange svar av denne typen.

Som ventet var svarene skjevfordelt mot positive erfaringer. Minst positivt gjennom-

snitt hadde spørsmålet om informasjon om pasientens tilstand og prognose, mest positivt gjennomsnitt hadde spørsmålet om renslighet.

Faktoranalysen gav tre dimensjoner fortolket som «kommunikasjon», «organisering» og «tilgjengelighet» (tab 2). Spørsmålet om behandleren var høflig og viste respekt og spørsmålet om man ble møtt med vennlighet i resepsjonen, ladet relativt lavt på den felles dimensjonen og ble tatt ut av dimensjonen organisering. Spørsmålene beholdes likevel i spørreskjemaet fordi de oppfattes som viktige. Øvrige faktorladninger varierte fra 0,48 til 0,92, tilstrekkelig for å hevde at de representerer en felles bakenforliggende dimensjon.

Intern reliabilitet målt ved spørsmål-dimensjons-korrelasjon og Cronbachs alfa er tilfredsstillende med en spredning på 0,55–0,71 for førstnevnte og 0,76–0,84 for Cronbachs alfa (tab 1). Tabellen viser også dimensjonene for de spørsmålene som ikke

Tabell 1 Beskrivende statistikk og intern reliabilitet (n = 6 827)

Dimensjon/spørsmål	Manglende svar ¹		Ikke aktuelt ²		Gjennomsnitt ³	Standardavvik	Cronbachs alfa/Spørsmål-dimensjons-korrelasjon
	Antall	(%)	Antall	(%)			
<i>Kommunikasjon</i>							
Nok tid til samtale	120	(1,8)	–	–	84,1	20,0	0,84
Behandleren forståelig	152	(2,2)	614	(9,0)	7,4	2,5	0,61
Behandleren kompetent	140	(2,1)	–	–	7,7	2,4	0,55
Behandleren omsorgsfull	142	(2,1)	–	–	8,0	2,0	0,62
Behandlerens evne til å motta informasjon	150	(2,2)	–	–	7,6	2,1	0,71
Ubesvarte spørsmål	193	(2,8)	–	–	7,4	2,5	0,70
	334	(4,9)	–	–	7,1	2,9	0,60
<i>Organisering</i>							
Tilgjengelig bakgrunnsinformasjon om pasienten	206	(3,0)	–	–	85,0	18,4	0,80
Samarbeid mellom ansatte	238	(3,5)	–	–	7,8	2,2	0,59
Organisering av arbeidet	212	(3,1)	–	–	8,0	1,8	0,67
Behandleren godt forberedt	224	(3,3)	–	–	7,7	1,9	0,65
	200	(2,9)	–	–	7,5	2,3	0,56
<i>Tilgjengelighet</i>							
Lett å finne veien til poliklinikken	150	(2,2)	–	–	90,0	17,2	0,76
Lett å finne frem inne på poliklinikken	165	(2,4)	–	–	8,1	1,8	0,62
	173	(2,5)	–	–	8,2	1,6	0,62
<i>Standard</i>							
Forholdene i venterommet	1 917	(28,1)	472	(6,9)	89,9	15,7	0,75
Toalettforhold	519	(7,6)	482	(7,1)	7,7	2,0	0,55
Renslighet	392	(5,7)	988	(14,5)	8,1	1,8	0,63
	447	(6,5)	535	(7,8)	8,4	1,3	0,60
<i>Informasjon</i>							
Informasjon om videre egenomsorg	1 127	(16,5)	780	(11,4)	79,6	23,9	0,87
Informasjon om bivirkninger av medisiner	150	(2,2)	1 506	(22,1)	7,5	2,5	0,67
Informasjon om undersøkelser	271	(4,0)	4 354	(63,8)	6,7	3,1	0,68
Informasjon om resultater av undersøkelser	277	(4,1)	1 076	(15,8)	7,9	2,0	0,69
Informasjon om tilstanden og prognose	297	(4,4)	904	(13,2)	7,3	2,7	0,69
Tatt med på råd om undersøkelse/behandling	278	(4,1)	1 112	(16,3)	6,4	3,3	0,71
	549	(8,0)	2 303	(33,7)	6,8	2,9	0,66
<i>Erfaringer før besøket</i>							
Aksept for ventetid til avtale	1 595	(23,4)	1 301	(19,6)	82,4	22,0	0,58
Informasjon fra poliklinikken mottatt på forhånd	321	(4,7)	2 599	(38,1)	6,6	2,9	0,39
Ansatte lett å få tak i	227	(3,3)	2 440	(35,7)	7,3	2,7	0,40
	189	(2,8)	3 178	(46,6)	7,4	2,4	0,39
Vennlighet i resepsjonen	168	(2,5)	–	–	8,0	1,9	–
Behandleren viste høflighet og respekt	219	(3,2)	–	–	8,4	1,6	–

¹ For dimensjonsskåre er antall manglende svar summen av svar på «ikke aktuelt» og faktisk manglende svar, det vil si der dimensjonsskåren ikke er kalkulerbar

² For dimensjonsskåre er «ikke aktuelt»-tallet lik antallet pasienter man ikke kunne kalkulere en dimensjonsskåre for, fordi de svarte «ikke aktuelt» på halvparten eller mer av spørsmålene i en dimensjon

³ Spørsmålene er skåret 0–9 og dimensjonene 0–100 der høyere tall representerer mer positive erfaringer

passet for mange pasienter. Disse spørsmålene lot seg likevel gruppere i dimensjoner med akseptable reliabilitetsverdier bortsett fra dimensjonen «erfaringer før besøket» som, ikke uventet, viste lav enkeltspørsmål-dimensjons-korrelasjon og noe lav Cronbachs alfa.

Resultatene av testingen av konstruksjonsvaliditet vises i tabell 3 og 4. Generell tilfredshet korrelerte moderat med de fleste av de seks dimensjonene, svakest med tilgjengelighet (0,32) og sterkest med kommunikasjon (0,68). Pasientens opplevelse av å være riktig behandlet korrelerte svakest med tilgjengelighet (0,27) og sterkest med kommunikasjon (0,53). Spørsmålet om organisering av prøvetaking og undersøkelser korrelerte sterkest med dimensjonen organisering. Betydningen av konsultasjonens effekt på det aktuelle helseproblemet korrelerte generelt ganske svakt med dimensjonene. Eldre pasienter var mer fornøyd, mens lang ventetid var svakt assosiert med mer negative erfaringer.

Pasienter med dårligere helse hadde dårligere erfaringer enn pasienter med god helse (tab 4). Pasienter som selv ønsket å endre timeavtale og fant dette greit, skåret mer posi-

Tabell 2 Faktoranalyse med faktorladninger (n = 5 939)

Spørsmål	Faktor ¹		
	1	2	3
Lett å finne veien til poliklinikken	–	–	0,76
Lett å finne frem inne på poliklinikken	–	–	0,78
Vennlighet i resepsjonen	–	0,46	–
Tilgjengelig bakgrunnsinformasjon om pasienten	–	0,48	–
Samarbeid mellom ansatte	–	0,83	–
Nok tid til samtale	0,57	–	–
Organisering av arbeidet	–	0,76	–
Behandleren godt forberedt	–	0,48	–
Behandleren forståelig	0,55	–	–
Behandleren kompetent	0,52	–	–
Behandleren omsorgsfull	0,64	–	–
Behandlerens evne til å motta informasjon	0,92	–	–
Behandleren viste høflighet og respekt	–	0,39	–
Ubesvarte spørsmål	0,66	–	–
Egenverdi før rotasjon	5,80	1,45	1,01
Variasjon (%)	41,43	10,33	7,21

¹ Faktorladninger under 0,3 ikke vist

tivt på alle dimensjoner. Samtlige dimensjoner viste mer negative resultater for pasienter som hadde fått beskjed om endring av timeavtale

uten å bli spurt. Pasienter som hadde kontrolltime, skåret mer positivt dersom de møtte den samme behandleren som forrige gang.

Tabell 3 Korrelasjon¹ mellom skårene på de ulike dimensjonene og svar på spørsmål som bidrar til å belyse dimensjonens validitet

Dimensjon/spørsmål	Forhold ved sykehuset	Informasjon	Kommunikasjon	Kommunikasjon før besøket	Organisering	Tilgjengelighet
Informasjon	0,33	–	–	–	–	–
Kommunikasjon	0,37	0,72	–	–	–	–
Kommunikasjon før besøket	0,32	0,45	0,48	–	–	–
Organisering	0,44	0,58	0,66	0,49	–	–
Tilgjengelighet	0,38	0,30	0,34	0,32	0,38	–
Generell tilfredshet	0,39	0,62	0,68	0,45	0,62	0,32
Opplevelse av riktig behandling	0,35	0,51	0,53	0,35	0,48	0,27
Organisering av prøvetaking/undersøkelser	0,45	0,44	0,50	0,44	0,62	0,37
Konsultasjonens betydning for helseproblemet	0,08	0,40	0,33	0,22	0,23	0,05
Alder	0,25	0,16	0,23	0,21	0,26	0,19
Ventetid	–0,15	–0,18	–0,21	–0,24	–0,27	–0,12

¹ Spearmans r, alle korrelasjoner er signifikante (p < 0,01)

Tabell 4 Gjennomsnittsskåre (standardavvik) for dimensjonene og relasjon til fire situasjoner der vi forventet sammenheng med dimensjonene

Variabel/skala	Forhold ved sykehuset	Informasjon	Kommunikasjon	Kommunikasjon før besøket	Organisering	Tilgjengelighet
<i>Dårlig helse</i>						
Nei (n = 5 901)	88,9 (15,5)	80,9 ² (22,9)	84,9 ² (19,1)	83,2 ² (21,2)	85,5 ² (17,9)	89,8 ² (17,2)
Ja (n = 731)	89,7 (17,4)	69,2 (28,9)	77,1 (24,7)	76,8 (26,3)	81,6 (21,7)	91,5 (16,9)
<i>Lett å endre avtale</i>						
Ja (n = 2 671)	90,8 ² (14,8)	82,3 ² (22,1)	86,1 ² (18,3)	85,8 ² (18,9)	87,4 ² (17,0)	91,5 ² (16,0)
Nei (n = 377)	84,8 (20,3)	69,6 (29,6)	73,9 (27,3)	68,1 (29,0)	76,1 (24,7)	86,1 (19,6)
<i>Avtale endret uten å bli spurt</i>						
Ja (n = 639)	89,0 ¹ (15,1)	74,1 ² (26,2)	79,4 ² (23,5)	72,9 ² (27,1)	79,5 ² (22,2)	87,3 ² (19,7)
Nei (n = 5 554)	90,1 (15,6)	80,4 (23,4)	84,6 (19,4)	83,8 (20,9)	85,8 (17,8)	90,3 (16,9)
<i>Samme behandler ved kontroll</i>						
Ja (n = 2 723)	90,8 ² (14,9)	83,6 ² (21,2)	87,0 ² (18,0)	85,9 ² (19,9)	88,3 ² (15,6)	91,8 (15,4)
Nei (n = 1 916)	89,1 (16,6)	74,5 (26,2)	80,1 (22,1)	79,8 (23,3)	81,4 (21,1)	91,1 (16,1)

¹ p < 0,05 Mann-Whitneys test

² p < 0,01 Mann-Whitneys test

Diskusjon

Spørreskjemaet PasOpp-Pol aksepteres godt av pasientene og måler vesentlige aspekter ved pasienterfaringer. Utviklingen av instrumentet er bygd på ekstensiv litteraturnomgang og systematisk drøfting med pasienter og klinikere. Instrumentet har vært gjennom en nøye prosess for utprøving av reliabilitet og validitet, der konklusjonen er at det er anvendelig til måling av pasienterfaringer i somatiske poliklinikker. Det er brukt i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF i 2003, og ble brukt i 2004 i de øvrige regionale helseforetakene. Den aktuelle analysen vil bidra til å gjøre skjemaet kortere, noe som er en viktig kvalitet ved spørreskjemaer som måler pasienterfaringer.

Resultatene av undersøkelsen omregnes til seks dimensjoner med spredning 0–100. Tre av disse viste seg å være relevant for alle polikliniske pasienter, og inneholder 12 spørsmål relatert til kommunikasjon, organisering og tilgjengelighet. Faktoranalysen støttet tilstedeværelsen av disse dimensjonene, som dermed utgjør kjernedimensjonene i instrumentet og er anvendbare i alle typer poliklinikker. Tilgjengelighetsskalaen er mest velegnet ved første gangs besøk.

De tre øvrige dimensjonene, standard, informasjon og erfaringer før besøket inneholder 12 spørsmål som ikke passer til alle pasienter. Disse dimensjonene kan det være aktuelt å bruke likevel, avhengig av type poliklinikk og organiseringsmodell. Svært mange pasienter svarte «ikke aktuelt» på spørsmålet om informasjon om bivirkninger av medisiner. Dette kan skyldes at mange pasienter ikke får endret sin medisinerings ved poliklinisk undersøkelse. Denne informasjonen anses likevel som vesentlig, dessuten kan den ikke innhentes fra andre enn pasienten selv. Spørsmålet bør derfor beholdes dersom man velger å ha med informasjonsdimensjonen. Tilfredsheten ved toalettforhold og renslighet er svært høy, og spørsmålet kan synes irrelevant i dagens Norge. Den kraftige effektiviseringen som kreves av sykehusene kan likevel gi grunn til å følge pasientenes erfaring på dette punktet.

Alle dimensjoner hadde høy intern reliabilitet, med unntak av «kommunikasjon før besøket»-skalaen. Også denne har brukbare verdier (15), men skårene må tolkes med større forsiktighet.

Vi har vist at alle dimensjonene har god konstruksjonsvaliditet. Høy korrelasjon mellom kommunikasjon og informasjon og signifikant sammenheng mellom skalaene og alder, generell helse og generell tilfredshet er i samsvar med funn andre steder (1, 14). Pasienter med dårlig helse var riktignok mer fornøyd med tilgjengelighet, sammenliknet med pasienter med god helse. Vi antar det henger sammen med at mange av disse pasientene har vært ved poliklinikken tidligere og derfor finner lett frem. Den klare sammenhengen mellom skårene på skalaene og praktiske forhold rundt timeavtalen under-

streker betydningen av at disse er ordnet på en god måte. Likeså, og ikke overraskende, er det åpenbart et gode at pasienter møter samme behandler ved kontrolltime som sist.

Alt i alt har PasOpp-Pol med de tre kjerne-dimensjonene de nødvendige kvaliteter for å bli brukt systematisk i kartleggingen av pasienters erfaringer ved poliklinikker i Norge.

Oppgitte interessekonflikter: *PasOpp er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og gjennomføres i alle helseforetakene etter pålegg fra Helsedepartementet. I fremtiden kan denne typen undersøkelser bli lagt ut på anbud.*

Litteratur

1. Crow R, Gage H, Hampsom S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6: 32.
2. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 319–28.
3. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs* 1995; 22: 316–22.
4. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of the issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829–43.
5. Fitzpatrick R. Capturing what matters to patients when they evaluate their hospital care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 306.
6. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B et al. The Patient Experiences Questionnaire – development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 453–63.
7. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI et al. PS-RES-KVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 386–91.
8. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935–9.
9. Brekke I, Groven G, Andresen Ø et al. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Vest. *Utredningsrapport 11/2003*. Nordbyhagen: HELTEF, 2003.
10. Danielsen K, Holthe TO, Andresen Ø. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Nord. *Utredningsrapport 21/2003*. Nordbyhagen: HELTEF, 2003.
11. Hair J, Anderson RE, Tatham RL et al. *Factor analysis. I: Multivariate data analysis with Readings*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall International, 1995.
12. Kline P. *A handbook of test construction*. London: Methuen, 1986.
13. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3. utg. New York: McGraw-Hill, 1994.
14. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S et al. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 335–9.
15. Helmstadter GC. *Principles of psychological measurement*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1964.