

RAPPORT

2025

OECD's Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)

Norsk resultatrapport

OECD's Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)

Norsk resultatrapport

Ingeborg Strømseng Sjetne

Rebecka Maria Norman

Øyvind Andresen Bjertnæs



Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for helsetjenester

Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten

Juli 2025

Tittel:

OECDs Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Norsk resultatrapport

Forfatter(e):

Ingeborg Strømseng Sjetne

Rebecka Maria Norman

Øyvind Andresen Bjertnæs

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-515-1

Emneord: PaRIS; OECD; spørreundersøkelse; fastleger; primærhelsetjeneste; kroniske tilstander; koordinering; personsentrerte helsetjenester

Forord

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Folkehelseinstituttet stått for prosjektledelsen i Norge i OECD-prosjektet Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Resultatene fra første syklus av PaRIS i 2023 ble rapportert av OECD i en hovedrapport («flagship report») i februar 2025, med internasjonale resultater og dessuten som «country notes» til det enkelte av 19 deltakerland. I tillegg til rapportene som utgår fra OECD utarbeides det nasjonale rapporter som denne i hvert enkelt deltakerland, med større rom for detaljering og nasjonale tilpasninger. Dataene som er samlet inn vil også bli brukt i mer avanserte og dyptgående analyser i kommende vitenskapelige publikasjoner.

Vi takker Inger Opedal Paulsrud for planlegging, oppsett og gjennomføring av datainnsamling, og Kjersti Eeg Skudal for prosjektdeltakelse i FHI fram til 2024. Takk til Lina Harvold Ellingsen-Dalskau og Hilde Hestad Iversen for bidrag i kognitive intervjuer, testing av digitale skjemaer og andre relaterte oppgaver. Takk også til deltakerne i den nasjonale referansegruppen for PaRIS, samt til PaRIS-teamet i OECD og FHIs kontaktpersoner i OECD's forskningskonsortium fra University of Exeter. Takk for innspill til rapporten fra de interne fagfellene Signe Flottorp og Hans Olav Melberg.

Og sist, men ikke minst: takk til alle pasienter og fastleger som har deltatt i undersøkelsen ved å svare på spørreskjemaet.

Oslo, juli 2025

Anja Elsrud Schou Lindman
avdelingsdirektør/fagdirektør

Ingeborg Strømseng Sjetne
seniorforsker

Innhold

Forord	3
Hovedbudskap	6
Sammendrag	7
Innledning	7
Metode	7
Resultat	7
Diskusjon	8
Konklusjon	8
Key messages	9
Executive summary	10
Introduction	10
Methods	10
Results	10
Discussion	11
Conclusion	11
1 Innledning	12
1.1 Initiativ og hensikt	12
1.2 Temaet i en norsk sammenheng	12
1.3 Sentrale begreper	13
1.3.1 Kroniske tilstander	13
1.3.2 People-centredness	14
1.3.3 Pasientrapporterte indikatorer	15
1.4 Konseptuelt rammeverk	15
1.5 Avgrensning og problemstilling	16
2 Metode og materiale	17
2.1 Organisering/deltakere	17
2.2 Utvikling av innhold i spørreskjemaene	17
2.3 Datainnsamling i Norge	17
2.3.1 Spørreundersøkelsene	17
2.3.2 Registerdata	18
2.4 Bearbeiding av materialet	18
2.4.1 Vekting og standardisering	18
2.4.2 Skalaer og variabler	18
2.5 Ti nøkkelindikatorer utledet fra pasientenes svar	19
2.6 Flernivåstruktur og analyseplan	20
2.7 Begrensninger i datamaterialet	21

2.8 Den norske resultatrapporten	21
2.9 Materiale	21
2.9.1 Det norske datamaterialet til PaRIS-undersøkelsen	22
3 Resultater	25
3.1 Resultater publisert av OECD, hovedtrekk	25
3.1.1 Fra OECDs hovedrapport: «Does Healthcare Deliver?»	25
3.1.2 “Country note” Country specific PaRIS results	28
3.2 Beskrivende analyser av nøkkelindikatorer i Norge	29
3.2.1 Patient-Reported Outcomes Measures, PROMs	29
3.2.2 Patient-Reported Experience Measures, PREMs	34
3.2.3 Oppsummering om nøkkelindikatorene i Norge	52
3.3 Din siste konsultasjon/timeavtale, alle pasienter	53
3.4 Ulike grader og typer av belastning med kroniske tilstander	55
3.4.1 Velvære, etter type og belastning av kroniske tilstander	56
3.4.2 Trygghet på håndtering av egen helse og eget velvære etter type og belastning av kroniske tilstander	57
3.4.3 Erfart koordinering etter type og belastning av kroniske tilstander, svarere med minst én kronisk tilstand	57
3.4.4 Personsentrerte tjenester etter type og belastning av kroniske tilstander, svarere med minst én kronisk tilstand	58
4 Diskusjon	59
5 Konklusjon	61
5.1 Veien videre	61
6 Referanser	62
7 Vedlegg	65

Hovedbudskap

Prognosene tilsier at det blir økt behov for helsetjenester i tiden som kommer, på grunn av at en økende andel av befolkningen har høy alder og/eller lever med kroniske tilstander. Utviklingen skal møtes blant annet ved å gjøre tjenestene mer pasientsentrerte.

Som del av en internasjonal undersøkelse med 19 deltakerland har et utvalg norske fastleger og personer på minst 45 år fra deres pasientlister svart på spørsmål om legepraksiser og brukererfaringer i primærhelsetjenesten.

Samlet sett vurderte de norske pasientene helsehjelpen de får hos fastlegen sin som god. Pasienter med en eller flere kroniske tilstander har gitt de laveste skårene for å beskrive sin egen helse og erfaringer med tjenestene de får. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at tjenestene kan bli bedre tilpasset behovene til pasienter med kroniske tilstander ved å gjøre tiltak for god koordinering og å legge vekt på å styrke pasientenes kapasitet til å håndtere sin egen helse.

Når de blir gjentatt over tid, vil undersøkelser som denne gi verdifulle data til bruk for evaluering av tjenestene og overvåking av framtidig utvikling.

Sammendrag

Innledning

For å møte kommende utfordringer knyttet til økt behov for helsetjenester i befolkningen, anses det nødvendig å dreie perspektivet i retning helhetlige tjenester og å mobilisere befolkningen til helsefremmende atferd. OECDs Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS) er et internasjonalt prosjekt med formål å skaffe sammenliknbare, robuste mål som kan inngå i arbeidet i retning pasientsentrerte tjenester i primærhelsetjenesten, med særskilt vekt på pasienter med kroniske tilstander.

Denne rapporten gjengir hovedresultater fra rapporter utgitt av OECD, samt mer detaljer og enkle sammenstillinger basert på de norske dataene som vi samlet inn i 2023. De norske dataene vil bli brukt i kommende vitenskapelige publikasjoner.

Metode

Undersøkelsen er rettet mot tre nivåer, nasjonalt, legepraksis- og pasientnivå. Et internasjonalt forskningskonsortium har utviklet det teoretiske grunnlaget, spørreskjema til fastleger og til pasienter og rutiner for datainnsamling. I Norge trakk vi et tilfeldig utvalg på 250 fastleger og inviterte dem til å svare på et spørreskjema om sin praksis. Fra pasientlisten til leger som svarte trakk vi tilfeldig pasienter, 45 år gamle eller eldre og med minst en konsultasjon siste seks måneder, og inviterte dem til å svare på et spørreskjema om sin helsetilstand (Patient reported outcomes measures –PROMs) og om erfaringer (Patient-Reported Experiences measures –PREMs) som pasient hos sin fastlege. OECDs hovedrapport fra undersøkelsen har et internasjonalt perspektiv og retter oppmerksomhet mot ti nøkkelindikatorer og sammenhenger mellom sentrale variabler, og sammenlikninger mellom de 19 deltakerlandene. Denne norske resultatrapporten bruker norske data. Den bygger videre på nøkkelindikatorerne og viser beskrivende framstillinger av svarene fra undersøkelsen og enkle analyser av sammenhenger.

Resultat

OECDs internasjonale hovedrapport viser at Norge skårer statistisk signifikant bedre enn gjennomsnittet av OECD-landene på tre av de ti nøkkelindikatorerne, nemlig *Fysisk helse*, *Velvære* og *Tillit til helsevesenet*. Rapporten viser videre at de norske skårene er relativt lave i de internasjonale sammenlikningene på nøkkelindikatorerne *Trygghet på håndtering av egen helse* og *Erfart koordinering*.

Det norske datagrunnlaget i denne rapporten består av svar fra 118 fastleger og 8683 av deres pasienter.

Analyser av de norske dataene viser at under halvparten av fastlegene alltid eller ofte gir pasienter med kroniske tilstander skriftlig instruksjon om hvordan de kan praktisere egenomsorg. Under halvparten av pasientene svarer at de alltid eller ofte får nok støtte fra helsepersonell til å håndtere egen helse og velvære. Blant pasienter med minst én kronisk tilstand og som får tjeneste fra mer enn ett sted, svarer tre av ti at de ikke har et helsepersonell som er ansvarlig for å koordinere tjenestene de får. De som har slik koordinering svarer langt mer positivt på hvordan de opplever organiseringen av tjenestene de mottar. Ifølge OECDs hovedrapport synes behandlingsplaner å være et nyttig bidrag til koordinering. I underkant av halvparten av de norske fastlegene har ikke rutine for å utvikle behandlingsplaner, mens tre av fire pasienter som svarer at de har en slik plan opplever at den er nyttig med tanke på å håndtere

sin helse og velvære. Digitale verktøy anses som et viktig verktøy framover, og dataene viser at de eldste og de med lav utdanning har relativt dårlige ferdigheter til å benytte verktøyet.

Samlet vurderer sju av ti svarere helsehjelpen de har mottatt fra legekontoet/-senteret sitt i løpet av det siste året som utmerket eller meget god, i motsetning til god, nokså god eller dårlig.

Diskusjon

Undersøkelsen viser at flertallet av svarerne er ved relativt god helse og svært godt fornøyd med tjenestene. Svakheter i tjenestene blir mer synlige når oppmerksomheten rettes mot behovene til personer med kroniske tilstander.

Undersøkelsen er gjennomført for første gang. Undersøkelsen gir ikke holdepunkt for å sette grenser for hva som er for dårlig, tilstrekkelig/forsvarlig, eller optimalt. Vi kan heller ikke trekke slutninger om årsak-virkning basert på dataene, men dataene er et verdifullt utgangspunkt for å følge utviklingen videre, og sammenlikne med kommende undersøkelser. Mulig innflytelse fra metodiske forskjeller på de målte resultatene bør undersøkes nærmere, f.eks. ulike innsamlingsrutiner i deltakerlandene i 2023.

Konklusjon

Flertallet av norske fastlegepasienter over 45 år vurderer helsehjelpen hos fastlegen som meget god. Ut fra temaene som er undersøkt, er det trolig en fordel for pasienter med kroniske tilstander at det blir gjort tiltak som sikrer god koordinering av tjenestene de benytter, og at fastleger i større grad styrker pasientenes egenmestring. Gjentatte undersøkelser vil gi anledning til å evaluere tjenestenes utvikling videre.

Key messages

The prognosis indicates an increased need for healthcare services in times to come, due to a growing proportion of the population being old adults and/or living with chronic conditions. The development will be met, among other things, by making services more person-centered.

As part of an international survey involving 19 participating countries, a selection of Norwegian general practitioners and individuals aged at least 45 years from their patient lists responded to questions about service organisation and user experiences in primary healthcare.

Overall, Norwegian patients rate the healthcare they receive from their general practitioner as very good. Patients with one or more chronic conditions have provided the poorest descriptions of their own health and experiences with the services they receive. The survey results suggest that services can be better tailored to the needs of patients with chronic conditions by implementing routines for good coordination and strengthening patients' capabilities in managing their own health.

Repeated surveys over time will provide valuable data for evaluating services and monitoring future developments.

Executive summary

Introduction

To address the upcoming challenges related to the anticipated increased demand for healthcare services among the population, it is deemed necessary to shift the perspective towards holistic services and to mobilize the population towards health-promoting behaviors. The OECD's Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS) is an international project aimed at obtaining comparable, robust measures to contribute to the development of patient-centred services in primary healthcare, with a particular attention to patients with chronic conditions.

This report presents the main findings from reports published by the OECD, along with more detailed presentations and simple analyses based on the Norwegian data collected in 2023. The Norwegian data will be used in upcoming scientific publications.

Methods

The survey targets three levels: national, healthcare provider, and patient levels. An international research consortium has developed the theoretical foundation, questionnaires for general practitioners and patients, and data collection procedures. In Norway, we selected a random sample of 250 general practitioners and asked them to complete a questionnaire about their practice. From the patient lists of responding doctors, we randomly selected patients who were 45 years or older and had at least one consultation in the last six months. These patients were invited to complete a questionnaire about their health status (Patient Reported Outcomes Measures – PROMs) and their experiences (Patient-Reported Experiences Measures – PREMs) as a patient with their own general practitioner. The flagship report, or main report, from OECD focuses on ten key indicators and the relationships between central variables, with comparisons between the 19 participating countries. This Norwegian results report uses data from Norway, building upon the key indicators and providing descriptive presentations of the survey responses.

Results

The OECD's international "flagship report" shows that Norway scores statistically significantly better than the OECD average on three out of ten indicators, namely *Physical Health*, *Well-being*, and *Trust in the healthcare system*. The report further indicates that the Norwegian scores are low in international comparisons on indicators such as *Confidence in own health management* and *Experienced coordination*.

The Norwegian dataset in this report consists of responses from 118 general practitioners and a total of 8,683 of their patients.

Analyses of the Norwegian data reveal that less than half of the general practitioners always or often provide patients having chronic conditions with written instructions on self-care. Less than half of the patients report that they always or often receive enough support from healthcare professionals to manage their own health and well-being. Among patients with at least one chronic condition receiving services from more than one place, three out of ten respond that no healthcare professional is responsible for coordinating the services they receive, and those with such coordination respond much more positively regarding how they perceive the organization of the services they receive. According to the flagship report, treatment plans are a useful contribution to coordination, but it is somewhat unclear which type of plans is being referred to. Just under half of the Norwegian general practitioners have no routines for developing treatment

plans, while three out of four patients with such a plan find it useful for managing their health and well-being. Digital tools are considered important looking forward, but the data show that old adults and those with low education have relatively poor skills in using these tools.

Overall, seven out of ten respondents rate the healthcare they have received from their doctor/clinic in the past year as excellent or very good, as opposed to good, fairly good, or poor.

Discussion

The broad picture created by the survey responses shows that the majority of respondents enjoy relatively good health and are satisfied with the primary health care they receive. Flaws in the services become apparent when attention is directed towards the needs of individuals with chronic conditions.

The survey was conducted for the first time. The survey does not provide evidence for setting thresholds for what is too poor, sufficient, or optimal in the services. The data do not provide a basis for drawing conclusions about cause-effect relationships, but the data are a valuable starting point for monitoring further development and comparing upcoming surveys. Possible influence on the measured results due to methodological differences should be examined, such as the different data collection procedures in participating countries in 2023.

Conclusion

The majority of Norwegian primary care patients over 45 years old rate the healthcare from their general practitioner very well. Based on the topics studied it is likely beneficial for patients with chronic conditions that measures are implemented to ensure effective coordination of the services they use and that general practitioners increasingly support patients' self-management..

Repeated surveys will provide the opportunity to evaluate the coming development of the services.

1 Innledning

1.1 Initiativ og hensikt

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) oppstod i kjølvannet av andre verdenskrig, og bestod av vestlige demokratier med forholdsvis høyt inntektsnivå. Internasjonal økonomi er omdreiningspunktet i samarbeidet, men levestandard i medlemslandene er også et viktig formål, «Better policies for better lives». Representanter for medlemslandene sitter i OECDs øverste råd, og rådet støtter seg på aktiviteter i flere hundre faglige komiteer, blant annet for helse. Helsekomiteen tok initiativet til Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS), en undersøkelse som for første gang ble gjennomført i 19 land i 2023 og er rettet mot helsetjenester til personer med kroniske tilstander. Medlemslandene bruker store summer på helsetjenester, og resultatet av ressursbruken er ikke så godt som ønsket. I PaRIS er hensikten å sammenlikne primærhelsetjenester til personer med kroniske tilstander i landene som deltar. Kilden til kunnskap i PaRIS er en spørreundersøkelse blant først fastleger om deres praksis overfor brukere med kroniske tilstander, og deretter til legenes pasienter for å få kunnskap om hvordan brukerne selv opplever tjenestene og om deres livskvalitet og helse (OECD, n.d.).

Helsekomiteens initiativ blir iverksatt av grupper som til sammen sikrer representasjon fra alle landene som deltar via en internasjonal arbeidsgruppe (working party), fra et pasientpanel, forskningskonsortiet og tekniske eksperter. I hvert land blir arbeidet utført av en tverrfaglig gruppe som ledes av en nasjonal prosjektleder og med faglig støtte av PaRIS-SUR forskningskonsortiet. Etter utviklingsfasen og utprøving «i feltet» (pilotundersøkelse) ble hovedundersøkelsen gjennomført i alle deltakerlandene i 2023. Det endelige målet er at resultatene skal hjelpe deltakerlandene med å imøtekomme behovene til personer med en kronisk helsesvikt på en bedre måte (de Boer et al., 2022). Deltakerlandene var Australia, Belgia, Canada, Tsjekkia, Frankrike, Hellas, Island, Italia, Luxemburg, Nederland, Norge, Portugal, Romania, Saudi Arabia, Slovenia, Spania, Sveits, USA og Wales (United Kingdom).

Dataene som er samlet inn gir informasjon på tre ulike nivåer, og informasjonen er publisert av OECD i to ulike rapporter. Den mest omfattende er OECDs hovedrapport («the flagship report») som legger vekt på sammenlikning av deltakerlandenes resultater (OECD, 2025b). OECDs hovedrapport viser resultater som er nyttig informasjon, først og fremst i utforming av politikk, men også for styring og ledelse på ulike nivåer i tjenestene, og i noen grad for klinikere. OECD har utarbeidet standardiserte notater («country notes») for hvert enkelt deltakerland, som viser det aktuelle landets resultater sammenliknet med de øvrige deltakerlandenes (OECD, 2025a).

I tråd med planen er denne tredje rapporten en nasjonal rapport («national report») som er laget av prosjektgruppen i FHI, med formål å se nærmere på resultatene for Norge.

1.2 Temaet i en norsk sammenheng

I Norge er innbyggernes tilbud om primærhelsetjeneste forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Loven favner over ulike behov og tjenester, samt ulike typer personell. Fastlegeordningen er sentral i kommunenes tjenestetilbud, og skal sikre at hver og én som er bosatt i Norge har en fast allmennlege å forholde seg til. Det vil si å ha en fast plass på denne legens pasientliste, og dermed tilgang på gode tjenester i rett tid. Fastlegene er viktige aktører i samarbeidet mellom ulike tjenester i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det forventes av fastlegene blant annet å ha en koordinerende rolle i tilbudet til personer med langvarige og komplekse behov for tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a).

Fastlegeordningen har vært påvirket av problemer som lav stabilitet og vanskelig rekruttering til stillingene og høy arbeidsbelastning ved lange pasientlister. Presset på fastlegetjenesten har hatt konsekvenser for helsehjelpen til pasienter og befolkningen (Helsetilsynet, 2022). I 2023 var i underkant av 215 000 innbyggere knyttet til legelister uten fast lege (Helsedirektoratet, 2024). I mange kommuner er tilgjengelighet til fastlegene en utfordring, og kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient er vist å være en viktig faktor i pasientenes opplevelse av tilgjengelighet (Jelin, Bjertnaes, & Norman, 2024). Det er satt i verk tiltak som viser positiv virkning i form av økt tilvekst av fastleger, redusert listelengde og færre innbyggere uten fastlege. I tiden som kommer er det nødvendig å følge med på utviklingen for å kunne møte utfordringene med tiltak som er hensiktsmessige for tilbudet som helhet (Helsedirektoratet, 2024). Endring i tverrfaglig oppgavedeling, økt bruk av digitale løsninger og styrking av befolkningens helsekompetanse er eksempler på høyst ulike tiltak som antas å bidra til å sikre et godt tjenestetilbud.

Blant formålene i Pasient- og brukerrettighetsloven er styrking av tilliten mellom tjenestene og pasienten og å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Loven slår fast at det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet og at formen på medvirkning og samvalg skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001b). I tråd med formålet for loven har Helse- og omsorgsdepartementet laget en strategi for å målrette arbeidet med å styrke befolkningens helsekompetanse, blant annet for å fremme pasienters utgangspunkt for å delta i beslutninger knyttet til helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

I hverdagen til personer med kroniske tilstander er velfungerende tjenester og støtte til å involvere seg og mestre sin egen tilstand av stor betydning. En nasjonal undersøkelse i 2021 viste at blant fastlegers pasienter er erfaringer med mestring det området hvor erfaringene er sterkest, og negativt, assosiert med antall kroniske tilstander (Norman, Jelin, & Bjertnaes, 2024). I tillegg til at det har en verdi i seg selv, kan mobilisering av pasientenes egne ressurser til å ivareta sin egen helse også bidra til å løse problemer som ellers ville vært overlatt til primærhelsetjenesten.

1.3 Sentrale begreper

Dette avsnittet presenterer beskrivelser av de sentrale begrepene, som utgangspunkt for å se undersøkelsens innhold i en praktisk sammenheng.

1.3.1 Kroniske tilstander

I spørreundersøkelsen viser «kroniske tilstander» til sykdom eller andre forhold med langvarig, større eller mindre grad av helsesvikt. «Kroniske tilstander» er operasjonalisert ved å bruke respondentenes svar på spørsmål 53: *«Har en lege noen gang fortalt deg at du har noen av disse tilstandene? Velg alle alternativene som passer.»*

- Høyt blodtrykk
- Hjerte- og karsykdom
- Diabetes (type 1 eller 2)
- Leddgikt eller vedvarende problemer med rygg eller ledd
- Sykdommer i luftveiene (f.eks. astma eller KOLS)
- Alzheimers sykdom eller annen årsak til demens
- Depresjon, angst eller andre psykiske helseproblemer (f.eks. bipolar lidelse eller schizofreni) (pågående)

- *Nevrologisk tilstand (f.eks. epilepsi eller migrene)*
- *Kronisk nyresykdom*
- *Kronisk leversykdom*
- *Kreft (diagnose eller behandling i løpet av de siste 5 årene)*
- *Andre langvarig(e) problem(er)*
- *Jeg har aldri blitt fortalt av en lege at jeg har noen av disse tilstandene»*

OECDs hovedrapport beskriver svakheter ved den valgte måten å samle sykdomsinformasjon på, og dermed identifisere den sentrale målgruppen for undersøkelsen. Fordelene ved brukerrapporteringen som er valgt anses å veie opp for svakhetene, idet formatet på spørsmålet er brukervennlig, personvernet er godt ivarettatt og informasjonen kan samles inn på lik måte i alle landene (OECDs hovedrapport, avsnitt 7.2.5, side 234).

1.3.2 *People-centredness*

OECD omtaler *people-centred health care systems* som et overordnet begrep, som best kan oversettes med befolkningssentrerte helsesystem. I PaRIS brukes et litt snevrere begrep, *person-centred care*, som er operasjonalisert ved måling av indikatorer på den enkelte pasients trygghet på håndtering av egen helse, erfaring med koordinering av tjenester og grad av personsentrert i mottatte tjenester.

OECDs hovedrapport (avsnitt 4.1.1.) definerer trygghet på håndtering av egen helse (*confidence in self management*) som den aktive deltakelsen av en pasient i egne beslutninger knyttet til helse eller helsetjenester. I spørreskjemaet til legene brukes termen «egenomsorg», som «...inkluderer egenoppfølging av livsstilsendring, kommunikasjon med helsepersonell og å håndtere konsekvensene av kroniske tilstander i dagliglivet osv». Termen «egenmestring» brukes også for denne egenskapen.

OECDs hovedrapport (avsnitt 4.1.2.) beskriver den målte indikatoren for erfaring med koordinering av behandling og pleie (*experienced co-ordination of care*) som pasientenes perspektiv på integrerte tjenester, og integrering er oppnådd når folk erfarer en sømløs og kontinuerlig kontakt på tvers av ulike tjenestesteder og forskjellig helsepersonell. God koordinering gjør det mindre sannsynlig at pasientene for eksempel får motstridende informasjon, at det utføres dobbeltarbeid og at tjenestene blir fragmenterte. I Helsedirektoratets kvalitetsdefinisjon beskrives disse egenskapene som tjenester som «er samordnet og preget av kontinuitet» (Helsedirektoratet, 2018a).

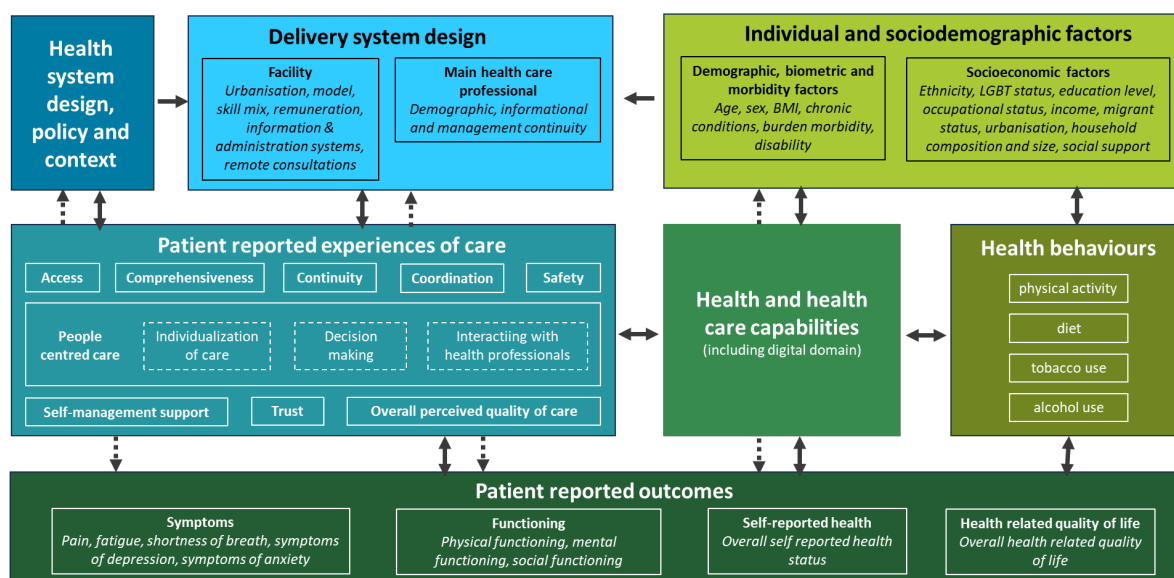
OECDs hovedrapport (avsnitt 4.1.3.) omtaler indikatoren på «*person-centred care*» som et mål på graden av personsentrering i et gitt helsesystem, sett med enkeltpasientenes blick. I denne betydningen er personsentrerte tjenester en tilnærming hvor helsepersonell har oppmerksomheten rettet mot å ivareta helse, behandling og pleie i videste forstand. Motsetningen er systemer som er diagnoseorienterte. Å ta hensyn til den enkeltes preferanser og behov er sentralt for å gjøre dem i stand til å delta i beslutninger og sikre godt koordinert støtte som kan hjelpe dem med å håndtere deres helse og velvære. I Helsedirektoratets kvalitetsdefinisjon beskrives det som tjenester som «er tilgjengelige» og som «involverer brukerne og gir dem innflytelse» (Helsedirektoratet, 2018a).

1.3.3 Pasientrapporterte indikatorer

Pasientrapporterte indikatorer er mål på pasientenes helsetilstand eller deres erfaringer når de mottar helsetjenester, sett fra pasientenes perspektiv. Disse målene er nyttige for å fremme og evaluere personsentrert helsetjeneste. Mål for pasientrapporterte erfaringer (patient reported experience measures -PREMs) samler pasientenes beskrivelser av hvordan helsetjenestene utføres overfor dem (f.eks. kommunikasjon med sykepleiere og leger, personellens lydhørhet, utskrivningsrutiner og koordinering av tjenester), mens pasientrapporterte resultatmål (patient reported outcome measures -PROMs) er pasientenes egen vurdering av sin helsetilstand (f.eks. symptomer, funksjonsevne, mental helse, livskvalitet). PROMs brukes til å innhente pasientenes beskrivelse av sin egen helsetilstand og PREMs brukes til å forstå pasientenes opplevelse av å være mottaker av behandling/pleie. PREMs og PROMs utfyller hverandre og kan påvirke hverandre. Målene er ment å brukes sammen for å fange et mer komplett bilde av kontakten mellom pasienten og helsetjenestene. Det er mulig å ha et helsesystem som gir gode kliniske utfall, men en dårlig opplevelse, eller omvendt. Ved å bruke informasjon om både pasientopplevelse og resultater kan vi få en bredere forståelse av pasientenes perspektiv på helsesystemets ytelser, og i beste fall oppnå gode resultater på begge de to områdene.

1.4 Konseptuelt rammeverk

Utgangspunktet for det konseptuelle rammeverket for PaRIS er OECDs eksisterende rammeverk for internasjonale sammenlikninger av kvalitetsindikatorer i helsesystemer (Carinci et al., 2015). I en trinnvis prosess med bred deltakelse fra internasjonal ekspertise, pasienter inkludert, ble det utviklet et rammeverk som har gitt og vil gi retning for utvikling av innhold og gjennomføring av spørreundersøkelsene og senere analyser av det innsamlete materialet (Valderas et al., 2024).



Figur 1. Konseptuelt rammeverk for PaRIS (van den Berg et al., 2024, side 20)

1.5 Avgrensning og problemstilling

PaRIS-undersøkelsen har som overordnet formål å fylle et hull i kunnskapen om primærhelsetjenesten ved å spørre brukerne/pasientene om deres egen vurdering av egen livskvalitet, fysisk funksjon, psykisk velvære og om deres erfaringer med tjenesten. Målgruppen er avgrenset blant annet ved å omfatte bare personer som er 45 år eller eldre.

Hovedrapporten fra undersøkelsen er utarbeidet av OECD. Formålet er å sammenlikne resultater fra landene som deltok. For sammenlikningens skyld er resultatene i OECDs hovedrapport standardisert til gjennomsnittet for fordeling av kjønn og alder i de nitten OECD PaRIS-populasjonene. I tillegg har OECD skrevet «country notes», hvor hvert deltakerland kan se egne resultater i sammenlikning med de øvrige landene, og et utvalg resultater på et noe mer detaljert nivå enn i OECDs hovedrapport (OECD, 2025a).

Denne nasjonale rapporten gjør bruk av utelukkende norske data.

Det innsamlete datamaterialet vil bli brukt i tiden framover i mer avanserte analyser med sikte på internasjonale, vitenskapelige publikasjoner. Datamaterialet har høy verdi også som førstegangs måling for sammenlikning med oppfølgende undersøkelser med det samme overordnede formålet.

2 Metode og materiale

OECDs hovedrapports kapittel 7 redegjør detaljert for metode i PaRIS. Datainnsamlingen ble gjennomført i tre faser, design og utvikling (2017–2020), utprøving i felt (2021–2022) og hovedundersøkelsen (2022–2023) (van den Berg et al., 2024).

2.1 Organisering/deltakere

Det internasjonale forskningskonsortiet er ledet av Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) og de øvrige partnerne er markedsundersøkelsesselskapet IPSOS, University of Exeter, Avedis Donabedian Institute som er tilknyttet Universitetet i Barcelona og selskapet Optimedis AG som har helsetjenesteledelse som spesialte.

I Norge er prosjektet ledet av Øyvind Andresen Bjertnæs, seniorforsker (for tiden i permisjon fra stilling som avdelingsdirektør) i område for helsetjenesten ved Folkehelseinstituttet. Prosjektet har vært fulgt av en referansegruppe, som har bestått av Anna Fryxelius, fagsjef i Norsk revmatikerforbund, Per Arne Holman, Analyse- og kvalitetssjef Lovisenberg Diakonale Sykehus, Eddy Kjær, Stoffskifteforbundet FFO (Generalsekretær Lilly Ann Elvestad fra november 2022), Inger Lyngstad, tidligere fastlege Ringerike medisinske senter, Knut Berglund, Helsedirektoratet, forskningssjef Signe Flottorp (FHI), fagsjef Ingvild Vatten fra Stiftelsen for kvalitet i legetjenester (fra november 2024), Øyvind Andresen Bjertnæs, FHI og Kjersti Eeg Skudal (fram til 2024, deretter Ingeborg Strømseng Sjetne og Rebecka Maria Norman).

2.2 Utvikling av innhold i spørreskjemaene

Det internasjonale forskningskonsortiet utviklet to spørreskjemaer, til primærhelsetjenestepraktiser og til pasienter. Skjemaene følger som vedlegg til rapporten. Begge ble utviklet med medvirkning fra sentrale interessenter, inkludert pasienter og klinikere. De ble oversatt til 16 språk etter standardprosedyrer, og gjennomgikk kognitiv testing for å påvise og utbedre eventuelle svakheter. Kapittel 7 i OECDs hovedrapport beskriver dette mer i detalj.

2.3 Datainnsamling i Norge

Prosedyrene for datainnsamling ble utarbeidet og testet av det internasjonale forskningskonsortiet. I Norge er det brukt data fra flere kilder. Utvalget ble etablert i to trinn. I alt 250 leger ble trukket tilfeldig fra fastlegeregisteret. Inklusjonskriterier for pasienter var å ha en plass på listen til en lege som hadde svart på legedelen av undersøkelsen, være 45 år eller eldre og å ha hatt minst én konsultasjon i løpet av de seneste seks måneder før undersøkelsen. Informasjon fra databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) (Helsedirektoratet, 2019) ble brukt til å identifisere pasienter som innfridde kriteriene. Datainnsamling og -sammenstilling ble utført med Folkehelseinstituttets internt utviklete programvare «Dialog».

Personvernombudet ved FHI har vurdert prosjektet og konkludert med at rutiner for innhenting og bruk av data og behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med gjeldende regelverk.

2.3.1 Spørreundersøkelsene

Etableringen av utvalget tok utgangspunkt i fastlegene som svarte på spørreskjemaet for primærhelsetjenesten, PaRIS-PCPQ [Bloemeke et al.]. Undersøkelsen blant fastleger ble gjennomført digitalt via Helsenorge. For å sikre høy svarprosent brukte vi opptil tre SMS-

purringar til ikke-svarere, og informerte om at fastleger som svarte ville motta gavekort på 1000 kroner. Av 250 tilfeldig uttrukne fastleger fikk vi svar fra 121. Av disse hadde én sluttet som fastlege før pasientundersøkelsen kom i gang, én hadde bare én pasient som innfridde inklusjonskriteriene og én hadde ingen slike pasienter, og disse tre ble ekskludert.

Med sikte på å oppnå 75 svar fra hver legepraksis, ble inntil 175 av pasienter trukket tilfeldig fra listen til hver av legene som hadde svart. Undersøkelsen blant pasienter ble gjennomført med Nettskjema og Tjenester for sensitive data (TSD) fra Universitetet i Oslo. Inkluderte pasienter ble kontaktet i mai-juni 2023, primært digitalt via Helsenorge. Henvendelsen inneholdt en lenke til undersøkelsen og en unik kode for hver pasient. Svarerne kunne velge skjema på bokmål, nynorsk eller engelsk. Inntil tre tekstmeldinger ble sendt som påminnelser til dem som ikke hadde svart på den digitale henvendelsen. Blant de inkluderte var det 12,3 % som ikke hadde profil på Helsenorge. Disse ble kontaktet per post, og de fikk én påminnelse ved uteblitt svar. Begge postforsendelsene inneholdt spørreundersøkelsen på papir. For å øke motivasjonen for å delta, ble det trukket ti gavekort på 5000 kroner som premie blant dem som svarte.

2.3.2 Registerdata

Denne nasjonale rapporten bruker primært data som er samlet inn via spørreskjemaene. I Norge samlet vi i tillegg inn registerdata fra fastlegeregisteret, KUHR og Statistisk sentralbyrå. I tilfeller hvor registerdataene åpenbart er mer komplette enn informasjonen fra spørreskjemaene, brukte vi registerdata i framstillingene (f.eks. utdanningsnivå).

2.4 Bearbeiding av materialet

2.4.1 Vekting og standardisering

Tendensen til å svare på undersøkelsen eller ikke er ujevnt fordelt i ulike grupper. Resultater som er basert kun på dem som svarer kan dermed være noe annerledes enn de ville vært hvis alle de forespurte svarte. Dermed er resultatene ikke nødvendigvis representative for populasjonen vi ønsker å vite noe om. For å tilstrebe at de endelige resultatene er representative for alle pasientene som ble trukket ut og forespurt om å delta, brukes vektorer for å kompensere for slike skjevheter. I de tilfellene hvor de norske dataene er vektet i denne rapporten er det brukt vektorer som er beregnet på grunnlag av alder, kjønn, utdanningsnivå og region, slik det er fordelt i den norske «PaRIS-populasjonen».

I OECDs hovedrapport var det ikke tilstrekkelige data til å vekte i alle land, men tallene er kjønns- og aldersstandardisert etter fordelingen på disse variablene i de 17 OECD-landene som deltok i PaRIS.¹ Det betyr at resultatene er justert for forskjeller mellom land i kjønns- og aldersfordeling.

2.4.2 Skalaer og variabler

Flere PREMs og PROMs er representert ved skår på skalaer som er sammensatt av flere enkeltspørsmål. Skårene er regnet ut og nøkkelindikatorene i den nasjonale rapporten er brukt på samme måte som i OECDs hovedrapport, se tabell 1.

¹ Romania og Saudi-Arabia er ikke medlemmer i OECD.

Helsekompetanse er operasjonalisert med gjennomsnittet av to spørsmål (sp30 og sp35) som begge handler om vansker med å forstå helseinformasjon. Se OECDs hovedrapport, boks 4.2, side 141.

I avsnitt 3.4 har vi tatt utgangspunkt i OECDs hovedrapports tre kategorier for ulike kombinasjoner av kroniske tilstander og videreutviklet den til å omfatte alle svarerne. Det er beskrevet nærmere i avsnitt 3.4.

2.5 Ti nøkkelindikatorer utledet fra pasientenes svar

Etter diskusjoner blant eksperter og i de sentrale gruppene i den internasjonale prosjektledelsen ble det valgt ti nøkkelindikatorer. Indikatorene er basert på utprøvde og validerte instrumenter.

Tabell 1. Ti nøkkelindikatorer. Innhold, skåring, aktuelle knekkpunkt og kilder. Kilde: OECDs hovedrapport, tabell 2.1.

Mål for pasientrapporterte utfall (Patient-Reported Outcome Measures -PROMs)	
Fysisk helse (Physical health)	Svar på fire spørsmål om fysisk funksjon, smerter og utmattelse. –Pasientenes gjennomsnittsskår. Råskåren (4–20) er konvertert til en T-skår hvor 50 er gjennomsnitt og 10 er standardavvik i referansepopulasjonen i PROMIS. Rekkevidde på konvertert skala: 16,2–67,7. –Vises i OECDs hovedrapport også som: Prosentandel av pasientene som rapporterte positivt på utfallet (T-skår på 42 eller mer, som tilsvarer å ha «god» fysisk helse eller bedre, i motsetning til «nokså god» eller «dårlig», basert på PROMIS' referansepopulasjon. Fra instrument: PROMIS Global Scale (Northwestern University's Feinberg School of Medicine, 2023)
Mental helse (Mental health)	Svar på fire spørsmål om livskvalitet, følelsesmessig stress, og sosial helse, med svarskala 1–5. –Pasientenes gjennomsnittsskår. Råskåren (4–20) er konvertert til en T-skår hvor 50 er gjennomsnitt og 10 er standardavvik i referansepopulasjonen i PROMIS. Rekkevidde på konvertert skala: 21,2–67,6. –Vises i OECDs hovedrapport også som: Prosentandel av pasientene som rapporterte positivt på utfallet (T-skår på 40 eller mer, som tilsvarer å ha «god» psykisk helse eller bedre, i motsetning til «nokså god» eller «dårlig», basert på PROMIS' referansepopulasjon. Fra instrument: PROMIS Global Scale (Northwestern University's Feinberg School of Medicine, 2023)
Sosial fungering (Social functioning)	Svar på spørsmålet "Hvor godt klarer du generelt å utføre vanlige sosiale aktiviteter og roller? (Inkludert aktiviteter hjemme, på jobb, i nærmiljøet og ansvar som forelder, barn, ektefelle/samboer, ansatt, venn osv.) svarskala 1–5. – Prosentandel av pasientene som svarte «utmerket», «svært god» eller «god», i motsetning til «nokså god» eller «god». Fra instrument: PROMIS Global Scale (Northwestern University's Feinberg School of Medicine, 2023)
Velvære/trivsel (Well-being)	Svar på fem spørsmål om velvære [trivsel?] (ha følt seg glad og i godt humør, rolig og avslappet, aktiv og sterk, tiden fylt av ting som interesserer, opplagt og uthvilt) med svarskala 0–5. –Gjennomsnittsskår for pasientene (råskår 0–25 konvertert til 0–100-skala).

	–Vises i OECDs hovedrapport også som: Prosentandel av pasientene som rapporterte et positivt utfall (dvs. skår ≥ 50, som indikerer ikke risiko for klinisk depresjon] Fra instrument: WHO-5 Wellbeing Index (Topp, Østergaard, Søndergaard, & Bech, 2015)
Generell helse (General health)	Svar på spørsmålet “Vil du si at helsen din generelt er:.....”, med svarskala 1–5. – Prosentandel av pasientene som svarte «god», «svært god» eller «utmerket», i motsetning til «nokså god» eller «dårlig» Fra instrument: PROMIS Global Scale (Northwestern University’s Feinberg School of Medicine, 2023)
Mål for pasientrapporterte erfaringer (Patient-Reported Experience Measures -PREMs)	
Trygghet på egen håndtering av helse (Confidence to self-manage)	Svar på spørsmålet “Hvor trygg er du på at du kan håndtere egen helse og eget velvære?” med svarskala 0–3. – Prosentandel av pasientene som er «veldig trygg» eller «trygg» i motsetning til «ganske trygg» eller «ikke trygg i det hele tatt». Fra instrument: P3CEQ Questionnaire (Lloyd, Fosh, Whalley, Byng, & Close, 2019)
Erfart koordinering (Experienced co-ordination)	Spørsmålene ble bare stilt til pasienter med kroniske tilstander. Svar på fire spørsmål om koordinering av tjenester (organisering fungerer godt, kontaktperson, behandlingsplan, støtte til håndtering av egen helse, informasjon til håndtering av egen helse) med svarskala 0–3. –Gjennomsnittsskår for pasientene på en 0–15-skala. –Vises i OECDs hovedrapport også som: Prosentandel av pasientene som rapporterte positive erfaringer (dvs. $\geq 7,5$ på skalaen). Fra instrument: P3CEQ Questionnaire (Lloyd et al., 2019)
Personsentrerte tjenester (Person-centred care)	Spørsmålene ble bare stilt til pasienter med kroniske tilstander. Svar på åtte spørsmål om hvorvidt tjenestene er personsentrerte (diskutert hva som er viktig, involvert i valg, sett på som en «hel» person, ikke behov for å gjenta informasjon, organisering fungerer godt, støtte til håndtering av egen helse, informasjon til håndtering av egen helse, trygghet på håndtering av egen helse) med svarskala 0–3. –Gjennomsnittsskår for pasienter på en 0–24-skala. – Prosentandel av pasienter som rapporterte positive erfaringer (dvs. ≥ 12 på skalaen) Fra instrument: P3CEQ Questionnaire (Lloyd et al., 2019)
Vurdering av helsehjelp (Experienced quality)	Svar på spørsmålet “Alt i alt, hvordan vil du vurdere helsehjelpen du har mottatt i løpet av de siste 12 månedene fra legekantoret/-senteret ditt?” med svarskala 1–5. – Prosentandel av pasientene som svarte «god», «meget god» eller «utmerket» i motsetning til «nokså god», «dårlig» eller «vet ikke». Tilpasset fra: Commonwealth Fund International Health Policy Survey (Osborn, Squires, Doty, Sarnak, & Schneider, 2016)
Tillit til helsevesenet (Trust in health care system)	Svar på spørsmålet: “I hvor stor grad er du enig eller uenig i at helsevesenet er til å stole på?” med svarskala 1–5. – Prosentandel av pasientene som svarte «helt enig» eller «enig» i motsetning til «verken enig eller uenig», «uenig» eller «helt uenig». Basert på OECD Guidelines on Measuring Trust and similar to questions in selected national surveys (OECD, 2017)

2.6 Flernivåstruktur og analyseplan

Analyseplanen til OECD og forskningskonsortiet legger vekt på dataenes struktur og omfang, og hvilke muligheter dette gir (Groenewegen et al., 2024). Dataene er samlet fra flere kilder (pasienter, fastleger, register og statistikk) og representerer informasjon på flere nivåer.

Enkeltpasientene utgjør individnivået, og hver enkeltpasient er, sammen med de øvrige på en fastleges liste, del av en ikke tilfeldig gruppe. Fastlegene er igjen knyttet sammen i de respektive landene og representerer egenskaper ved helsesystemet på nasjonalt nivå. Datamaterialet har noen svakheter, idet deltakerlandene ikke er tilfeldig valgt, og funnene kan dermed ikke generaliseres til OECD-land i alminnelighet. Referansemateriale/ sammenlikningsverdier for alle land og alle pasienter er ikke like tilgjengelig i alle deltakerland. Valideringen av skalavariabler som er i bruk er gjort ut fra retningslinjer som gjelder for én-nivåmodeller.

2.7 Begrensninger i datamaterialet

Det er første gang PaRIS er gjennomført. Det er nødvendig å utforske hvilke konsekvenser erkjente begrensninger har, og å fortsette utviklingen av instrumenter, innsamlingsrutiner og analyser der det er nødvendig. Eksempler på dette er at innsamlingsrutiner som etablering av utvalg, tilbudte måter å svare på og svarerandeler ikke var lik i alle landene, noe som sannsynligvis har konsekvenser for påliteligheten i sammenlikninger på internasjonalt nivå. I de fleste landene var det slik at pasienter ble forespurt om å delta først etter at fastlegen deres hadde samtykket til å delta. Dermed har legene fungert som en portvokter, og deres valg avgjorde om pasientene på deres liste ville få anledning til å uttale seg gjennom å svare på undersøkelsen. For alle land er det slik at de mest sårbare gruppene ofte ikke har like sterk tilknytning til fast lege eller legepraksis, og dette er ett av flere forhold som begrenser de mest sårbare mulighet til å komme til orde gjennom undersøkelser som denne. Begrensninger i datamaterialet, blant annet om sammenliknbarhet mellom deltakerlandene, er omtalt mer detaljert i kapittel 7 om metode i OECDs hovedrapport (OECD, 2025b).

En undersøkelse basert på den norske pilotstudien i 2022 viste at pasienter til leger som valgte å svare på undersøkelsen, samlet sett ga noe høyere skårer på PROMs og PREMs enn pasienter til leger som ikke svarte (Bjertnaes et al., 2024). Undersøkelsen er et eksempel på forhold som bør studeres nærmere, med tanke på å evaluere hvilken betydning forskjeller i prosedyrer kan ha for resultater og sammenlikninger i PaRIS.

2.8 Den norske resultatrapporten

Beskrivelsene i denne nasjonale rapporten følger i store trekk OECDs hovedrapport når det gjelder nøkkelindikatorene.

SPSS versjon 28.0.1 er brukt for beskrivende statistikk og grafer i den norske rapporten. Intra class correlation coefficient (ICC) fra mixed models er brukt for å beskrive hvordan den totale variasjonen i en gitt variabel er fordelt mellom individnivå (enkeltpasienter) og gruppenivå (grupper av pasienter med samme fastlege). En lav ICC tyder på at det meste av variasjonen i variabelen henger sammen med individuelle forskjeller mellom alle enkeltpasientene, og er uavhengig av hvilken fastlege de har. En høy ICC tyder på at mye av variasjonen i variabelen henger sammen med hvilken fastlege pasientene er knyttet til, hvilket kan tyde på forskjeller mellom fastlegene.

2.9 Materiale

Beregnet svarerandel blant fastlegene var 50 %, og blant pasientene 44 %. Dette er i det øvre sjiktet blant deltakerlandene, for begge gruppene. Se kapittel 7 i OECDs hovedrapport for detaljer (OECD, 2025b).

2.9.1 Det norske datamaterialet til PaRIS-undersøkelsen

2.9.1.1 Fastlegene som svarte

Legene ble trukket fra landet som helhet. Vi gjorde ikke tiltak for å oppnå et materiale som er representativt for eksempel for regioner eller fylker. Fastlegene hadde praksis i 74 kommuner, og 54 av kommunene hadde bare én fastlege med i undersøkelsen. Flest fastleger (41) var i Viken fylke, deretter Trøndelag (15) og Vestland (12). Resten av fylkene hadde færre enn ti fastleger med, og fylket med færrest hadde to.

Blant de 118 legene som svarte var 94 født i Norge, blant andre land var Sverige og Danmark hyppigst, med fem hver.

Tabell 2. Egenskaper med fordeling blant legene som svarte, N=118.

	Kategorier og gjennomsnitt (standardavvik)	Antall	%
Kvinne^a		54	45,8
Alder ^a	Gj.snitt 47,8 (sd 10,9)		
	40 år og yngre	38	32,2
	41–50	40	33,9
	51–60	22	18,6
	61 eller eldre	18	15,3
Spesialist^a		71	60,2
Fastlønnet^a		21	17,7
Antall år som fastlege ^a	Gj.snitt 12,3 (sd 7,9)		
	5 år eller mindre	32	27,1
	6–10 år	20	16,9
	11–19 år	34	28,8
	20 år eller mer	32	27,1
Listelengde ^a	Gj.snitt 1032 (sd 312)		
	900 eller færre	42	35,6
	901–1100	30	25,4
	1101 eller flere	46	39,0
Gruppepraksis ^b		114	96,6
Fellesliste ^a		13	11,0
Antall leger ved kontoret ^a	Gj.snitt 5,4 (sd 2,5)		
	1–3 leger	21	17,8
	4–5 leger	48	40,7
	6 leger eller flere	49	41,5
Sentralitet ^a	Mest sentrale	51	43,3
	Middels sentrale	42	35,6
	Minst sentrale	25	21,2

Tabell 2, forts.	Antall	%
Rutiner ved praksisen ^b		
Behandlingsplaner utvikles ikke rutinemessig i praksisen	55	46,6
Gir alltid/ofte skriftlig instruksjon til egenomsorg til pasienter med kroniske tilstander	46	35,6

^a: opplysninger fra register

^b: opplysninger fra spørreskjemaet til fastlegene

Pasientene ble trukket fra listene til fastleger som hadde svart på skjemaet til legepraksisene. Medianverdien for antall pasienter som svarte per fastlege var 77 (bredde 8–98).

Spørreskjemaet til pasientene åpnet for å beskrive erfaringer med annet helsepersonell enn fastlegen som sin faste kontakt (sp46). Et overveldende flertall (8015) oppga at det helsepersonell de som regel går til med de fleste helseproblemene sine var en lege, og 237 oppga en annen type helsepersonell. Av disse igjen ble 102 spesifisert til «annet». Det innebærer at utvalget som består av annet personell enn leger er lite og utydelig, og det gir lite mening å studere det for seg selv.

Pasientene som svarte

Tabell 3. Egenskaper med fordeling blant pasientene som svarte (N=8683)

	Antall	%
Kjønn^a (Antall: 8683)		
Kvinne	4911	56,6
Mann	3772	43,4
Aldersgrupper (Antall svar: 8683)		
45-54 år	1935	22,3
55-69 år	3835	44,2
70-79 år	2004	23,1
80 år eller mer	909	10,5
Mange kroniske tilstander (Antall: 8536)		
Tre eller flere	1634	19,1
Fødelandskategori^a (Antall: 8682)		
Norge	7982	91,9
Norden utenom Norge	169	1,9
Asia (inkl. Tyrkia), Afrika eller Sør-Amerika	203	2,3
Øst-Europa (uavhengig av EU-medlemskap)	121	1,4
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania	207	2,4
Varighet av pasient–lege forhold (Antall: 7867)		
1 år eller mindre	717	9,1
Mer enn 1 år, men ikke mer enn 3 år	1353	17,2
Mer enn 3 år, men ikke mer enn 5 år	1175	14,9
Mer enn 5 år, men ikke mer enn 10 år	1526	19,4
Mer enn 10 år	3096	39,4
Helsekompetanse, skår over snitt (Antall: 8603)		
Skår 4 eller høyere	5054	58,7
Nivå høyeste fullførte utdanning^a (Antall: 8620)		
Lavt	1310	15,2
Middels	3935	45,6
Høyt	3375	39,2
Nettoinntekt i husholdningen (Antall: 7118)		
Opptil 34 000 kroner i måneden	1938	27,2
Mellom 34 000 kroner og 56 000 kroner i måneden	2702	38,0
56 000 kroner eller mer i måneden	2478	34,8
Yrkesaktivitet (Antall: 8607)		
Yrkesaktiv eller student	3997	46,4

^a: fra register

3 Resultater

3.1 Resultater publisert av OECD, hovedtrekk

3.1.1 Fra OECDs hovedrapport: «Does Healthcare Deliver?»

Resultatene fra PaRIS samlet viser at åtte av ti pasienter i hele undersøkelsen har minst én kronisk tilstand (OECD, 2025b). Drøyt halvparten har mer enn én, og mer enn hver fjerde har tre kroniske tilstander eller mer. Kronisk sykdom er ikke jevnt fordelt. Å ha lav inntekt og utdanning er forbundet med tidlig og rask utvikling av kroniske tilstander. Helsesystemene strever med å støtte helse og velvære til en befolkning som lever lenger, men ikke nødvendigvis bedre. OECDs hovedrapport viser at både antall kroniske tilstander og kombinasjonen av ulike typer tilstander har betydning for helseutfall. Kombinasjoner hvor svikt i psykisk helse inngår er gjennomgående assosiert med lave skårer på utfallene som er målt.

OECDs hovedrapport opplyser at 82 % av svarerne lever med minst én kronisk tilstand og 52 % med to eller flere. Rapporten slår fast at denne situasjonen skaper behov for en tilnærming med et helhetlig perspektiv på hver enkelt pasients totale situasjon, snarere enn på summen av enkelt diagnoser. Et viktig ledd er å mobilisere pasientenes egne ressurser til å ivareta egen helse og velvære best mulig i det daglige, noe som også vil kunne avlaste helsevesenet. Pasienter med kroniske tilstander som rapporterer at deres tjenester er mer personorienterte er mer tilbøyelige til å rapportere høyere nivåer av velvære og bedre fysisk og psykisk helse. OECDs hovedrapport beskriver at PaRIS-dataene underbygger at det er behov for føringer og tilnærminger i retning av mer personsentrerte, koordinerte og tryggere tjenester for folk med kroniske tilstander. Tilstrekkelig tid ved konsultasjonene, effektiv kommunikasjon, medbestemmelse og bruk av digitale verktøy kan bidra til mer personsentrerte tjenester, ifølge OECDs hovedrapport.

«The PaRIS10 Dashboard, 2024» viser de ti nøkkelindikatorene for alle deltakerlandene. Hvilke land som har oppnådd gode eller dårlige resultater på nøkkelindikatorene er forskjellig fra indikator til indikator, men på alle nøkkelindikatorene er det land som skårer statistisk signifikant bedre eller dårligere enn gjennomsnittet blant deltakerlandene.

Tabell 4. Deltakerlandenes skår på ti nøkkelindikatorer, «The PaRIS10 Dashboard, 2024». Kilde: Tabell 1.1 i OECDs hovedrapport

Percentage of people reporting positive outcomes or experiences and average scores, for primary care users aged 45+ living with one or more chronic conditions (age-sex standardised results)										
	Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)					Patient-Reported Experience Measures (PREMs)				
	Physical health	Mental health	Social functioning	Well-being	General health	Confidence to self-manage	Experienced co-ordination	Person-centred care	Experienced quality	Trust in healthcare system
Positive outcomes	≥ 42	≥ 40	Good, very good, excellent	≥ 50	Good, very good, excellent	Confident, very confident	≥ 7.5	≥ 12.0	Good, very good, excellent	Agree, strongly agree
OECD PaRIS	45 (70%)	47 (83%)	83%	60 (71%)	66%	59%	8.2 (59%)	16.3 (85%)	87%	62%
Australia	47 (74%)	48 (81%)	80%	59 (70%)	74%	61%	9.6 (74%)	18.1 (94%)	94%	64%
Belgium	45 (68%)	46 (83%)	85%	60 (71%)	72%	63%	8.8 (67%)	17.9 (93%)	95%	70%
Canada	47 (77%)	49 (87%)	87%	62 (74%)	83%	59%	9.3 (71%)	12.1 (63%)	94%	61%
Czechia	46 (72%)	48 (87%)	88%	60 (72%)	63%	68%	9.2 (70%)	17.1 (90%)	96%	54%
France	45 (68%)	46 (87%)	91%	58 (67%)	76%	92%	8.4 (61%)	17.1 (92%)	91%	61%
Greece	45 (69%)	45 (78%)	87%	58 (66%)	69%	37%	7.1 (47%)	14.6 (79%)	74%	36%
Iceland	44 (65%)	47 (82%)	78%	63 (74%)	62%	35%	6.2 (34%)	14.9 (77%)	74%	54%
Luxembourg	45 (72%)	47 (86%)	86%	60 (71%)	71%	56%	8.5 (63%)	17.0 (91%)	93%	66%
Netherlands	47 (74%)	47 (85%)	82%	65 (79%)	64%	78%	7.3 (49%)	16.8 (90%)	92%	71%
Norway	47 (75%)	47 (83%)	80%	63 (76%)	63%	47%	7.6 (51%)	16.3 (87%)	92%	73%
Portugal	43 (57%)	43 (67%)	73%	56 (61%)	42%	61%	7.3 (49%)	14.9 (77%)	69%	54%
Romania	41 (52%)	44 (75%)	75%	59 (65%)	43%	42%	10.3 (78%)	17.4 (93%)	80%	52%
Saudi Arabia	46 (68%)	52 (93%)	93%	59 (65%)	93%	73%	6.5 (37%)	15.9 (87%)	89%	74%
Slovenia	46 (74%)	47 (85%)	88%	61 (72%)	62%	61%	8.2 (57%)	16.4 (85%)	89%	63%
Spain	43 (60%)	46 (81%)	79%	60 (69%)	55%	67%	8.5 (65%)	16.4 (85%)	85%	89%
Switzerland	47 (82%)	49 (91%)	90%	65 (80%)	79%	67%	10.3 (81%)	19.1 (97%)	97%	71%
Wales	44 (60%)	46 (75%)	73%	53 (59%)	62%	51%	5.0 (22%)	13.7 (66%)	72%	46%
Italy*	44 (66%)	45 (76%)	78%	56 (62%)	39%	24%	9.5 (72%)	16.3 (88%)	78%	62%
United States**	48 (75%)	51 (89%)	90%	64 (76%)	81%	74%	9.3 (72%)	18.4 (95%)	94%	65%

Better than the OECD average (statistically higher, at 1+ comparative interval above).
 Close to the OECD average (not statistically different, within one comparative interval).
 Worse than the OECD average (statistically lower, 1+ comparative interval below).

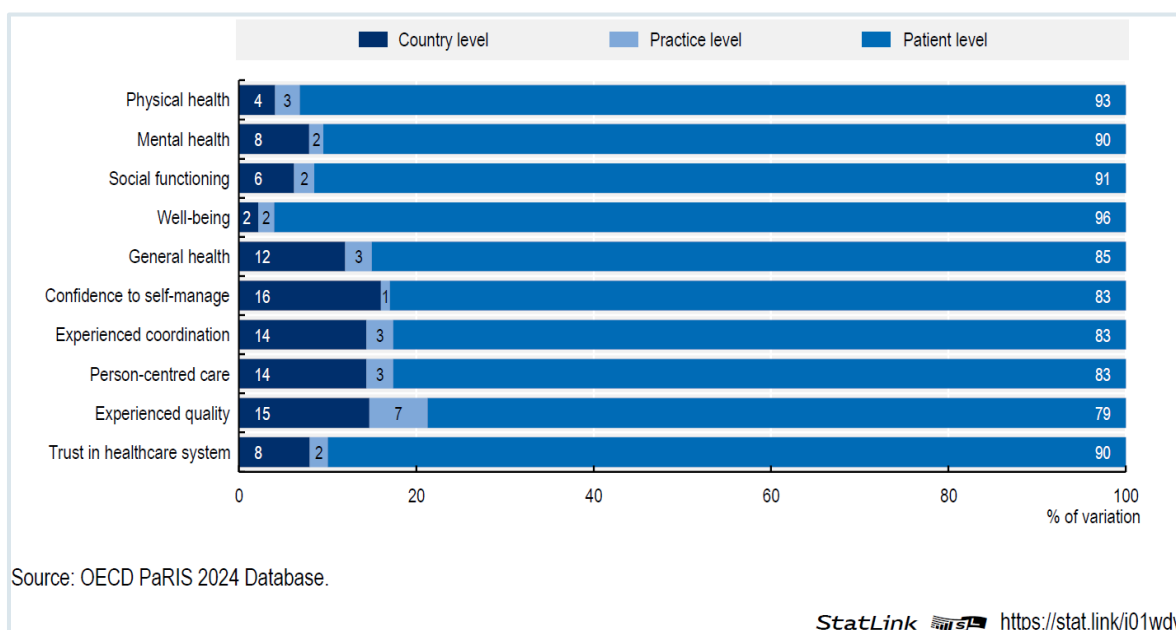
Note: For all indicators, percentage values are shown, measuring the percentage of people reporting a positive outcome or experience (for example, patients reporting being in good, very good or excellent general health). For five indicators, the average respondent scale score is also shown. See Chapter 2, Table 2.1 for more information on the cutoffs for positive responses and the scales used. Cells are colour-coded to show if values are statistically different to the OECD average. In all cases, higher numbers indicate better performance. * Data for Italy refer to patients enrolled in outpatient settings for specialist visits in selected regions. ** United States sample only includes people aged 65 years or older.

Source: OECD PaRIS 2024 Database.

På to av de fem PROM-indikatorene er den norske skåren bedre enn gjennomsnittet for deltakerlandene, nemlig *Fysisk helse* og *Velvære/WHO-5*. For de tre øvrige PROM-indikatorene er det norske resultatet ikke statistisk signifikant forskjellig fra det nevnte gjennomsnittet. På én av de fem PREM-indikatorene er den norske skåren statistisk signifikant bedre enn

gjennomsnittet, det gjelder *Tillit til helsevesenet*. For de fire øvrige PREM-indikatorene er den norske skåren ikke statistisk signifikant forskjellig fra det nevnte gjennomsnittet.

Figur 2 viser at for alle de ti nøkkelindikatorene gjelder det at den største andelen av variasjonen er på individnivå, det er mellom enkeltpasientene at forskjellene er størst (andelen illustrert med mellomblått i figuren). Det er lite variasjon på nivå av fastleger (illustrert med lyseblått i figuren), med unntak av *Vurdering av helsehjelp*, som er en alt-i-alt vurdering av helsehjelpen som er mottatt på det faste legekontoret de siste 12 månedene. Det er en del variasjon mellom land (mørkeblått i figuren), mest på PREMs indikatorer. Det er usikkert om, og i hvilken grad, denne variasjonen skyldes metodiske forhold, ulik kultur/forventninger eller faktiske forskjeller.



Figur 2. *Variasjon i skår på nøkkelindikatorene fordelt på undersøkelsens tre nivå. Kilde: figur 2.3 i OECDs hovedrapport*

OECDs hovedrapport peker på tilnærminger for mer personsentrerte, koordinerte og tryggere tjenester for personer med kroniske tilstander (OECD, 2025b, side 38-9).

- Folk er tryggere på å håndtere helsen sin når leger involverer dem i beslutningsprosesser knyttet til tjenestene de får og støtter dem i å ta en mer aktiv rolle i håndteringen av helsetilstandene sine.
- Pasienter som har en langvarig relasjon (over fem år) til fastlegen sin opplever ofte tjenester av høy kvalitet. Tiden med fastlegen er uvurderlig, særlig for pasienter med flere kroniske tilstander.
- Pasientene har bedre erfaringer når det er avsatt lengre tid til konsultasjoner.
- Gjennomgang av legemidler kan forbedre koordineringen av tjenestene. Systematiske gjennomganger av legemidler kan forhindre skadelige interaksjoner og forbedre behandlingsresultatene.
- Behandlingsplaner bidrar til bedre koordinering, men er sjelden i bruk.

- Tilstrekkelig tid ved konsultasjonene, effektiv kommunikasjon og bruk av digitale verktøy kan bidra til å gjøre tjenestene mer personsentrerte. Dette inkluderer tilstrekkelig tid til konsultasjoner, lett forståelig informasjon, skriftlige instruksjoner for egen håndtering av tilstanden, og alternativer for fjernkonsultasjon, for eksempel videokonsultasjoner eller e-post.
- Når tjenestene er personsentrerte er de skreddersydd til pasientenes individuelle behov.

3.1.2 “Country note” Country specific PaRIS results

Boksen under gjengir nøkkelfunn (key messages) i «Country note» for Norge (OECD, 2025a, side 2). Sammenliknet med de øvrige deltakerlandene er resultatene fra Norge jevnt over gode, men de peker også på områder hvor andre land synes å ha kommet lenger.

- Tre av fire pasienter (75 %) rapporterer god fysisk helse, målt ved fysisk funksjon, smerte og tretthet. Dette er litt over OECD-gjennomsnittet på 70 %.
- Fire av fem pasienter (83 %) rapporterer god mental helse, målt ved livskvalitet, følelsesmessig stress og sosial helse. Dette samsvarer med OECD-gjennomsnittet.
- Rundt halvparten av pasientene er trygge på håndtering av egen helse (47 %) og opplever god koordinering av tjenester (51 %). Dette er under OECD-gjennomsnittet på 59 %. Omtrent 60 % får nok støtte til å håndtere egen helse, noe som er litt under OECD-gjennomsnittet på 63 %.
- Nesten sju av ti (68 %) pasienter rapporterer at legemiddellisten deres ble gjennomgått av helsepersonell siste 12 måneder; dette er under OECD-gjennomsnittet på 75 %.
- Mer enn ni av ti (92 %) pasienter opplever god kvalitet på tjenestene, over OECD-gjennomsnittet på 87 %.
- Mer enn fire av fem (87 %) pasienter er knyttet til fastleger som har satt av mer enn 15 minutter til regelmessige og oppfølgende konsultasjoner; dette er nesten 40 prosentpoeng høyere enn OECD-gjennomsnittet.
- Nesten alle pasienter er knyttet til fastleger som kan utveksle medisinske journaler elektronisk, langt over OECD-gjennomsnittet på 57 %.



For de ti nøkkelindikatorene vises andelen svarere (%) som har rapportert positivt om utfall eller erfaring (for eksempel å ha god, svært god eller utmerket generell helse). Se Tabell 1 for mer informasjon om grensene for positive svar og skalaene som er brukt.

Figur 3. Andel (%) av svarere med én eller flere kroniske tilstander som rapporterte om positive utfall eller erfaringer. Kilde: Country note for Norge (OECD, 2025a); OECD PaRIS 2024 Database

3.2 Beskrivende analyser av nøkkelindikatorer i Norge

OECDs hovedrapport viser at de ti nøkkelindikatorene er innbyrdes assosierte, og slik er det også i de norske dataene. Det tyder på at pasienter med god opplevelse av helsen sin også har gode erfaringer med tjenestene, og/eller omvendt. Mange av resultatene bekrefter kunnskap som er godt kjent fra før.

3.2.1 Patient-Reported Outcomes Measures, PROMs

3.2.1.1 Fysisk helse

Dette utfallsmålet (PROM) er utledet av fire spørsmål om fysisk funksjon, smerter og utmattelse, fra instrumentet PROMIS Global scale (Northwestern University's Feinberg School of Medicine, 2023). Indikatoren er pasientenes gjennomsnittsskår og råskåren (4–20) er konvertert til en T-skår hvor 50 er gjennomsnitt og 10 er standardavvik i referansepopulasjonen i PROMIS. Rekkevidde på den konverterte skalaen er 16,2–67,7. Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

I OECDs hovedrapport oppgis gjennomsnittet for pasienter med minst én kronisk tilstand til 45, og 70 % av svarernes skårer er høyere enn den verdien som er satt som nedre grense for god helse (skår 42). Resultatet fra Norge (gjennomsnittsskår 47) beskrives som statistisk signifikant høyere enn PaRIS-snittet, og Norge ligger mellom USA på topp med 48 og Romania på bunn med 41. Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

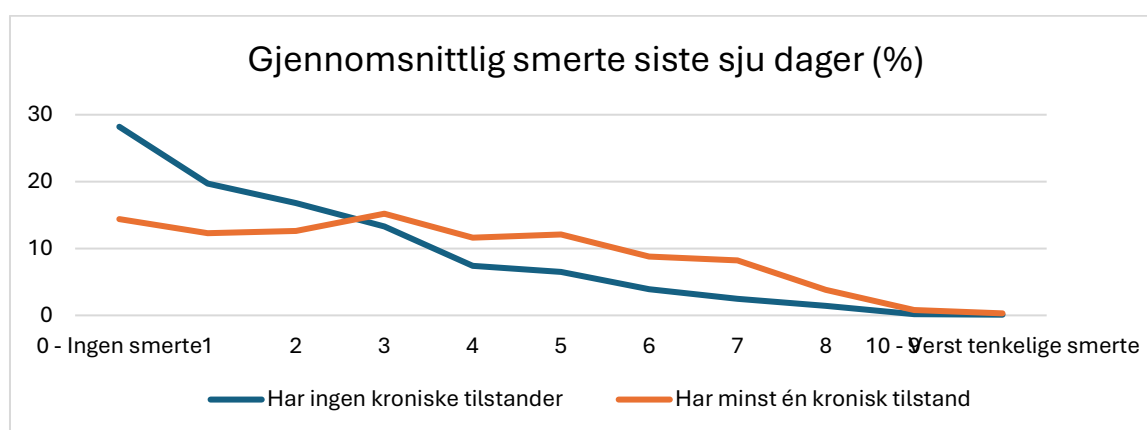
Norske tall

Tabell 5 og figur 4 viser fordeling av svar på enkeltspørsmålene som er grunnlaget for beregningen av indikatoren *Fysisk helse*.

Tabell 5. Svarfordeling på enkeltspørsmålene som inngår i mål for *Fysisk helse*. Det er brukt vektorer som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall svar	%	Antall svar	%
		1840		6653	
Hvordan vil du generelt vurdere din fysiske helse?	Utmerket		6,6		1,7
	Svært god		35,6		13,5
	God		44,9		44,8
	Nokså god		24,9		28,4
	Dårlig		1,5		11,5
		1839		6667	
I hvilken grad klarer du å utføre daglige fysiske aktiviteter som å gå i trapper, bære handleposer eller flytte en stol?	Fullt ut		84,8		56,4
	For det meste		10,3		22,0
	Moderat		3,4		12,5
	Litt		1,3		7,6
	Ikke i det hele tatt		0,2		1,5
		1844		6659	
I løpet av de siste 7 dagene: Hvordan vil du gradere utmattelsen din i gjennomsnitt?	Ingen		50,1		25,0
	Mild		32,6		32,7
	Moderat		15,7		34,8
	Alvorlig		1,6		7,1
	Veldig alvorlig		0,1		0,5

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).



Figur 4. Svar på spørsmål om smerte fra personer med og uten kroniske tilstander (N=1842). p for forskjell $< 0,001$.

På indikatoren *Fysisk helse* kan ca. 2,6 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, og mesteparten av variansen er forskjell mellom alle enkeltpasientene uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.1.2 Mental helse

Dette utfallsmålet (PROM) er utledet av fire spørsmål med svarskala 1–5 om livskvalitet, følelsesmessig stress og sosial fungering fra instrumentet PROMIS Global scale (Northwestern University's Feinberg School of Medicine, 2023). Indikatoren er pasientenes gjennomsnittsskår og råskåren (4–20) er konvertert til en T-skår hvor 50 er gjennomsnitt og 10 er standardavvik i referansepopulasjonen i PROMIS. Rekkevidde på den konverterte skalaen er 21,2–67,6. Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

I OECDs hovedrapport oppgis gjennomsnittsskåren for pasienter med minst én kronisk tilstand på *Mental helse* i hele OECD PaRIS til 47, og 83 % av svarernes skår er høyere enn den nedre grenseverdien som er satt for god helse (40). Resultatet fra Norge (47) beskrives som ikke statistisk signifikant forskjellig fra OECD-snittet, og det ligger mellom Saudi Arabia på topp med 52 og Portugal på bunn med 43. Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabellen viser fordeling av svar på spørsmålene som er grunnlaget for beregningen av mål på mental helse.

Tabell 6. Svarfordeling på enkeltspørsmålene som inngår i mål for *Mental helse*. Det er brukt vektorer som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
Vil du si at livskvaliteten din generelt er:		1838		6651	
	Utmerket		13,3		4,6
	Svært god		46,5		26,5
	God		33,2		43,3
	Nokså god		6,1		19,8
	Dårlig		0,9		5,9
Hvordan vil du generelt vurdere din psykiske helse, inkludert humøret og evnen til å tenke?		1840		6664	
	Utmerket		17,8		12,4
	Svært god		46,8		34,8
	God		28,7		35,6
	Nokså god		5,8		13,3
	Dårlig		0,8		3,8
Vennligst vurder din generelle tilfredshet med dine sosiale aktiviteter og forhold til andre...		1841		6662	
	Utmerket		12,0		8,2
	Svært god		43,9		31,7
	God		35,5		39,9
	Nokså god		7,1		14,5
	Dårlig		1,6		5,7
I løpet av de siste 7 dagene: Hvor ofte har du vært plaget av følelsesmessige problemer som å føle deg engstelig, nedstemt eller irritabel?		1838		6678	
	Aldri		22,7		17,2
	Sjelden		46,1		38,1
	Noen ganger		25,6		32,4
	Ofte		5,3		11,4
	Alltid		0,3		1,0

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).

På indikatoren *Mental helse* kan ca. 1,8 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, mesteparten av variansen er forskjeller mellom alle enkeltpasientene uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.1.3 Sosial fungering

Dette utfallsmålet (PROM) er svar fra pasienter med minst én kronisk tilstand på spørsmålet «Hvor godt klarer du generelt å utføre vanlige sosiale aktiviteter og roller? (inkludert aktiviteter hjemme, på jobb, i nærmiljøet og ansvar som forelder, barn, ektefelle/samboer, ansatt venn, osv)» med svarskala 1–5. Spørsmålet er hentet fra instrumentet PROMIS Global scale (Northwestern University’s Feinberg School of Medicine, 2023). Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

I OECDs hovedrapport framstilles indikatoren som andelen pasienter med minst en kronisk tilstand som har svart «godt», «svært godt» eller «utmerket» på spørsmålet «Hvor godt klarer du generelt å utføre vanlige sosiale aktiviteter og roller?». Resultatet fra Norge (80 %) skiller seg ikke statistisk signifikant fra OECD-snittet (83 %), og det ligger mellom Saudi Arabia på topp med 93 % og Wales og Portugal på bunn med 73 %. Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 7.Svarfordeling på indikatoren/enkeltspørsmålet om Sosial fungering. Det er brukt vekter som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
		1843		6654	
Hvor godt klarer du generelt å utføre vanlige sosiale aktiviteter og roller? (Inkludert aktiviteter hjemme, på jobb, i nærmiljøet og ansvar som forelder, barn, ektefelle/samboer, ansatt, venn osv.)	Utmerket		20,8		11,2
	Svært godt		47,5		33,2
	Godt		25,2		33,8
	Nokså godt		5,3		15,6
	Dårlig		1,1		6,1

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).

På indikatoren *Sosial fungering* kan ca. 2 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, mesteparten av variansen er mellom alle enkeltpasientene, uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.1.4 Velvære

Dette utfallsmålet (PROM) er utledet fra fem spørsmål med svarskala 0–5, om hvor ofte i løpet av de siste to ukene svareren har følt seg glad og i godt humør, rolig og avslappet, aktiv og sterk, opplagt og uthvilt og med tiden fylt av ting som interesserer. Resultatet vises som gjennomsnitt for pasientene, med råskår (0–25) omregnet til en 0–100-skala, hvor høye verdier er best. Fra instrument: WHO-5 Well-being Index (Topp et al., 2015). Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

I OECDs hovedrapport oppgis gjennomsnittet på *Velvære* for norske pasienter med minst en kronisk tilstand til 63, og det er statistisk signifikant høyere enn gjennomsnittet i OECD (60).

Lavest blant landene på denne indikatoren var Wales (53), og høyest var Sveits og Nederland (65). Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 8.Svarfordeling på enkeltspørsmålene som inngår i mål for *Velvære* («hvordan du har følt deg de siste to ukene»). Det er brukt vektorer som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
		1840		6666	
Jeg har følt meg glad og i godt humør	Hele tiden		9,3		7,5
	Mesteparten av tiden		62,1		49,1
	Mer enn halvparten av tiden		19,9		23,6
	Mindre enn halvparten av tiden		6,0		11,3
	Av og til		2,4		7,8
	Aldri		0,3		0,8
		1838		6664	
Jeg har følt meg rolig og avslappet	Hele tiden		12,0		9,7
	Mesteparten av tiden		56,6		46,7
	Mer enn halvparten av tiden		19,0		23,1
	Mindre enn halvparten av tiden		8,2		12,5
	Av og til		3,7		6,9
	Aldri		0,5		1,1
		1837		6657	
Jeg har følt meg aktiv og sterk	Hele tiden		13,3		6,0
	Mesteparten av tiden		50,5		32,8
	Mer enn halvparten av tiden		19,9		23,3
	Mindre enn halvparten av tiden		10,9		19,3
	Av og til		4,4		12,3
	Aldri		1,0		6,2
		1839		6665	
Mitt daglige liv har vært fylt av ting som interesserer meg	Hele tiden		9,7		7,7
	Mesteparten av tiden		55,5		42,5
	Mer enn halvparten av tiden		23,4		26,2
	Mindre enn halvparten av tiden		7,8		12,7
	Av og til		3,3		10,0
	Aldri		0,3		0,8
		1841		6660	
Jeg har følt meg opplagt og uthvilt når jeg våkner	Hele tiden		10,2		7,0
	Mesteparten av tiden		45,6		34,8
	Mer enn halvparten av tiden		22,3		20,5
	Mindre enn halvparten av tiden		13,1		17,8
	Av og til		5,5		12,4
	Aldri		3,3		7,4

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).

På indikatoren *Velvære* kan ca. 2 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, og mesteparten av variansen er mellom alle enkeltpasientene uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.1.5 Generell helse

Dette utfallsmålet (PROM) er pasientenes svar på spørsmålet «Vil du si at helsen din generelt er: ...» på en 1–5-svarskala. I OECDs hovedrapport framstilles indikatoren *Generell helse* som andelen pasienter med minst en kronisk tilstand som har svart «god», «svært god» eller «utmerket» på spørsmålet. Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

Resultatet fra Norge (63 %) er ikke statistisk signifikant forskjellig fra OECD-snittet (66 %). Blant deltakerlandene hadde Saudi Arabia den største andelen (93 %) og Italia den laveste (39 %) andelen svarere med slik positiv beskrivelse av egen generell helse. Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 9. Svarfordeling på enkeltspørsmålet om egen vurdering av *Generell helse*. Det er brukt vektorer som er basert på den norske populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
		1844		6665	
Vil du si at helsen din generelt er:	Utmerket		9,5		2,0
	Svært god		42,5		14,2
	God		39,3		44,1
	Nokså god		7,6		30,0
	Dårlig		1,1		9,7

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).

På indikatoren *Generell helse* kan ca 2,5 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, og mesteparten av variansen er mellom alle enkeltpasienter uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.2 Patient-Reported Experience Measures, PREMs

3.2.2.1 Trygghet på håndtering av egen helse

Dette utfallsmålet (definert som PREM) er basert på svar på spørsmålet «Hvor trygg er du på at du kan håndtere egen helse og eget velvære?» med en firedelt svarskala. Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

I OECDs hovedrapport oppgis indikatoren som andelen svarere med minst en kronisk tilstand som har svart «trygg» eller «veldig trygg» på dette spørsmålet, i motsetning til «ganske trygg» eller «ikke trygg i det hele tatt». Gjennomsnittet i hele OECD PaRIS er 59 % og Norges resultat 47 %, forskjellen blir beskrevet som ikke statistisk forskjellig fra gjennomsnittet for OECD. Den høyeste andelen hadde Frankrike (92 %), og Italia hadde den laveste (24 %). Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Trygghet på håndtering av egen helse er den indikatoren som har størst variasjon mellom deltakerlandene. Det er nærliggende å undre på om oversettelser til andre språk kan ha bidratt til forskjellen i resultat. Svarskalaen på engelsk var «very confident», «confident», «somewhat confident» og «not confident at all», og ev. ulikhet i oversettelsene av «somewhat» (f.eks er «ganske» på norsk noe annet enn «litt») kan påvirke resultatene, især fordi indikatoren består av kun dette ene spørsmålet. Dette bør undersøkes nærmere.

Norske tall

Tabellen viser fordeling av svar på spørsmålene som er grunnlaget for beregningen av mål for *Trygghet på håndtering av egen helse*.

Tabell 10. Svarfordeling på enkeltspørsmålet om *Trygghet på håndtering av egen helse*. Det er brukt vekter som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
		1829		6602	
Hvor trygg er du på at du kan håndtere egen helse og eget velvære?	Veldig trygg		20,7		11,7
	Trygg		41,7		34,2
	Ganske trygg		34,4		46,6
	Ikke trygg i det hele tatt		3,2		7,5

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).

På indikatoren *Trygghet på håndtering av egen helse* kan ca 1,0 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, og mesteparten av variansen er mellom enkeltpasientene uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.2.2 Nærmere om trygghet på håndtering av egen helse

OECD peker i den norske landrapporten på mestring som et mulig forbedringsområde i Norge, og dette avsnittet går inn på flere spørsmål som er relevante for den nøkkelindikatoren. Det første blant regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er: «God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024, 7) «Health care capabilities» har en sentral plass i det konseptuelle rammeverket for PaRIS. Mestring er en verdi i seg selv, og strategien er at man ved å styrke pasientenes kapasitet til mestring også kan avlaste helsevesenet i håndtering av kroniske tilstander.

Denne indikatoren (PREM) er i pasientperspektiv basert på svar på spørsmålet «Hvor trygg er du på at du kan håndtere egen helse og eget velvære?» med en firedelt svarskala «veldig trygg», «trygg», «ganske trygg» «ikke trygg i det hele tatt» og «ikke aktuelt». I spørreskjemaet til legene handler tre spørsmål direkte om dette temaet. Overfor fastlegene er termen «egenomsorg» brukt, og forklart med «*Støtte til egenomsorg inkluderer en portefølje av teknikker og verktøy som hjelper pasienter å ta en mer aktiv rolle i håndteringen av tilstanden sin. Dette inkluderer egenoppfølging av livsstilsendring, kommunikasjon med helsepersonell og å håndtere konsekvensene av kroniske tilstander i dagliglivet osv.*»

Tabell 11. Spørsmål til fastlegene om former for støtte til egenomsorg

Hvilke av følgende utsagn beskriver hvordan støtte til egenomsorg tilbys til pasienter med kroniske tilstander? Velg alle alternativene som passer.		
	Antall	%
Støtte til egenomsorg gis muntlig i eller etter konsultasjonen	112	94,9
Støtte til egenomsorg gis ved å distribuere informasjon (brosjyrer, hefter, Internett-/nettbasert informasjon)	77	65,3
Støtte til egenomsorg gis ved å henvise til kurs eller instruktører i/for egenomsorg	89	75,4
Støtte til egenomsorg gis ved å sette mål og lage en handlingsplan med medlemmer av praksisen	31	26,3
Støtte til egenomsorg gis av medlemmer av praksisen som har opplæring i / erfaring med pasientmedbestemmelse og problemløsningsmetoder	13	11,0
Støtte til egenomsorg tilbys ikke på noen av disse måtene	1	0,8

Tabell 12. Spørsmål til legepraksisene om tilnærming til egenomsorg overfor pasienter med kroniske tilstander

		Antall	%
Hvor ofte blir mål for egenomsorg for pasienter med kroniske tilstander registrert i pasientjournalene? (n=110)	Alltid	11	10,0
	Ofte	25	22,7
	Noen ganger	47	42,7
	Sjelden	17	15,5
	Aldri	10	9,1
Hvor ofte får pasienter med kroniske tilstander skriftlig instruksjon (elektronisk eller på papir) om hvordan de kan håndtere egenomsorg (f.eks. instruksjoner om hva de kan gjøre for å kontrollere symptomer, forhindre oppblussing eller overvåke tilstanden sin hjemme)? Merk: Ikke ta med resepter. (n=118)	Alltid	4	3,4
	Ofte	42	35,6
	Noen ganger	53	44,9
	Sjelden	16	13,6
	Aldri	3	2,5

Godt under halvparten av legene har svart at mål for egenomsorg er notert i journalen og at pasientene deres får skriftlig instruksjon til hjelp for å håndtere egenomsorg.

Det er ikke samvariasjon mellom legenes svar på disse spørsmålene om tiltak knytta til egenomsorg på den ene siden og pasienter med kroniske tilstanders trygghet på håndtering av eget velvære og egen helse på den andre siden. Tabellen nedenfor viser at pasientenes skår ligger rundt 50, uansett om slik informasjon ifølge legene blir gitt hyppig eller sjelden.

Tabell 13. Gjennomsnitt på indikator *Trygghet på håndtering av egen helse* blant pasienter med minst én kronisk helsetilstand, etter deres fastleges svar på spørsmål om skriftlig informasjon

		Antall pasientsvar (%)	Pasientenes gjennomsnittsskår på nøkkelindikator <i>Trygghet på egen håndtering av helse</i>
[stilt til legepraksisene] Hvor ofte får pas med kroniske tilstander skriftlige instruksjoner (enten elektronisk eller på papir) om hvordan de kan håndtere egenomsorg (f.eks. instruksjoner om hva de kan gjøre for å kontrollere symptomer, forhindre oppblussing eller overvåke tilstanden sin hjemme)?	Alltid	254 (4)	48,8
	Ofte	2348 (36)	51,2
	Noen ganger	2975 (45)	50,7
	Sjelden	887 (13)	51,2
	Aldri	138 (2)	48,8

Om pasientenes følelse av trygghet blir stilt sammen med deres egne svar på hvorvidt de får nok støtte, viser det seg en tydelig sammenheng mellom mottatt støtte og følelse av trygghet. Jo mere støtte pasientene bekrefter å ha fått, desto høyere har de skåret på indikatoren trygghet på håndtering av egen helse.

Tabell 14. Gjennomsnitt på indikator *Trygghet på håndtering av egen helse* for personer med minst én kronisk tilstand, etter svar på spørsmål om nok støtte fra helsepersonell.

		Antall pasientsvar (%)	Pasientenes gjennomsnittsskår på nøkkelindikator <i>Trygghet på håndtering av egen helse</i>
[stilt til pasienter] Får du nok støtte fra helsepersonell slik at du kan håndtere egen helse og eget velvære?	Jeg trenger ikke støtte	1368 (25)	61,9
	Jeg har ikke fått noen støtte	438 (8)	38,8
	Jeg får nok støtte noen ganger	1156 (21)	40,4
	Jeg får ofte nok støtte	1473 (26)	48,0
	Jeg får alltid nok støtte	1130 (20)	56,9

Opplæring og veiledning for egenmestring er en pasientrettet oppgave som kan ivaretas av ulike teammedlemmer, og som ble prøvd ut i forsøket med primærhelseteam (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Et mindretall av fastlegene i PaRIS (28,2 %) svarte at pasientopplæring og rådgivning ble utført av annet personell enn leger. Enkle gjøremål i håndtering av pasienter med kroniske tilstander, som sårstell eller blodtrykksmåling, ble utført av andre enn leger for et flertall (76,1 %) av fastlegene (Tabell 15).

Tabell 15. Roller og funksjoner til andre enn leger som arbeider i praksisen

[til fastlegene] Hvilke roller og funksjoner har medarbeiderne (andre enn leger) som jobber i praksisen din, når det gjelder håndtering av pasienter med kroniske tilstander? Velg alle alternativene som passer.		
	Antall	%
Pasientopplæring og rådgivning (f.eks. om tobakksbruk, kosthold eller fysisk aktivitet)	33	28,2
Oppgaver knyttet til håndtering av kronisk sykdom (f.eks. kontroll av diabetes, sårstell eller måling av blodtrykk)	89	76,1
Andre roller og funksjoner	30	25,6
Det er ingen andre medarbeidere enn leger i det medisinske teamet	7	6,0
Vet ikke	4	3,4

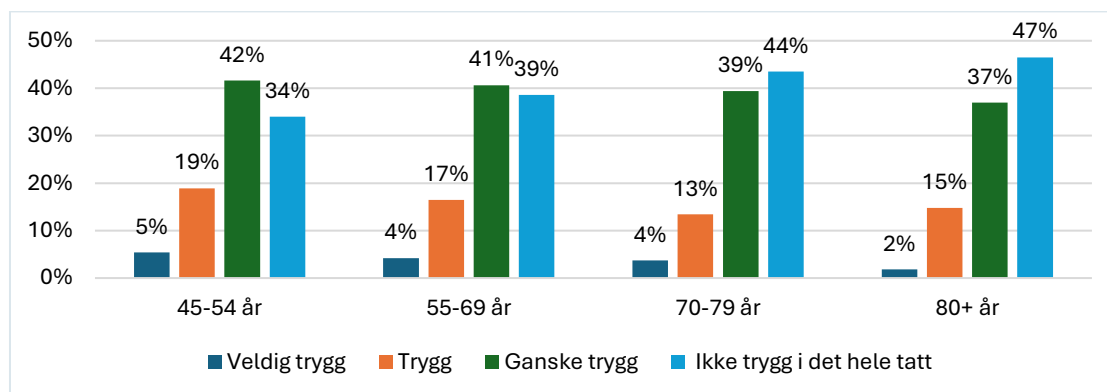
Spørreskjemaet til pasientene inneholdt en serie spørsmål om trygghet på ulike områder.

Tabell 16. Fordeling av svar på spørsmål om engasjement i egen helse/helsehjelp., fra pasienter med minst én kronisk tilstand.

	Antall svarere		Antall svar	%
Hvor trygg er du på at du kan følge instruksjoner fra helsepersonell om hvordan du skal ta vare på deg selv hjemme?	6385	Veldig trygg	1858	29,1
		Trygg	2614	40,9
		Ganske trygg	1731	27,1
		Ikke trygg i det hele tatt	182	2,9
Hvor trygg er du på at du kan følge instruksjoner fra helsepersonell om hvordan du kan endre vaner eller livsstil?	6236	Veldig trygg	1068	17,1
		Trygg	2579	41,4
		Ganske trygg	2183	35,0
		Ikke trygg i det hele tatt	406	6,5
Hvor trygg er du på at du kan vite når du trenger helsehjelp?	6630	Veldig trygg	1373	20,7
		Trygg	2676	40,4
		Ganske trygg	2226	33,6
		Ikke trygg i det hele tatt	355	5,4
Hvor trygg er du på at du kan vite når medisinene dine gir bivirkninger?	6436	Veldig trygg	735	11,4
		Trygg	2043	31,7
		Ganske trygg	2650	41,2
		Ikke trygg i det hele tatt	1008	15,7
Hvor trygg er du på å bruke informasjon fra Internett til å ta beslutninger om helse?	5265	Veldig trygg	219	4,2
		Trygg	853	16,2
		Ganske trygg	2121	40,3
		Ikke trygg i det hele tatt	2072	39,4

Bare 43 % av pasientene svarte at de var veldig trygge eller trygge på at de kan vite når «medisinene dine gir bivirkninger». Den største utryggheten var knyttet til bruk av informasjon fra Internett til å ta beslutninger om helse, hvor drøyt 20 % var veldig trygge eller trygge. Spørsmålet kan tolkes på ulike måter. Det kan handle om egne ferdigheter til å lete fram informasjon på

nettet, men også om hvorvidt svarerne er trygge på at de kan vurdere kvaliteten av informasjonen de finner ved å søke på nettet. Utryggheten var størst blant svarere i den eldste alderskategorien.



Figur 5. Svar på spørsmål til pasienter med minst en kronisk tilstand «Hvor trygg er du på å bruke informasjon fra Internett til å ta beslutninger om helse?», etter alder.

Bruk av digitale verktøy

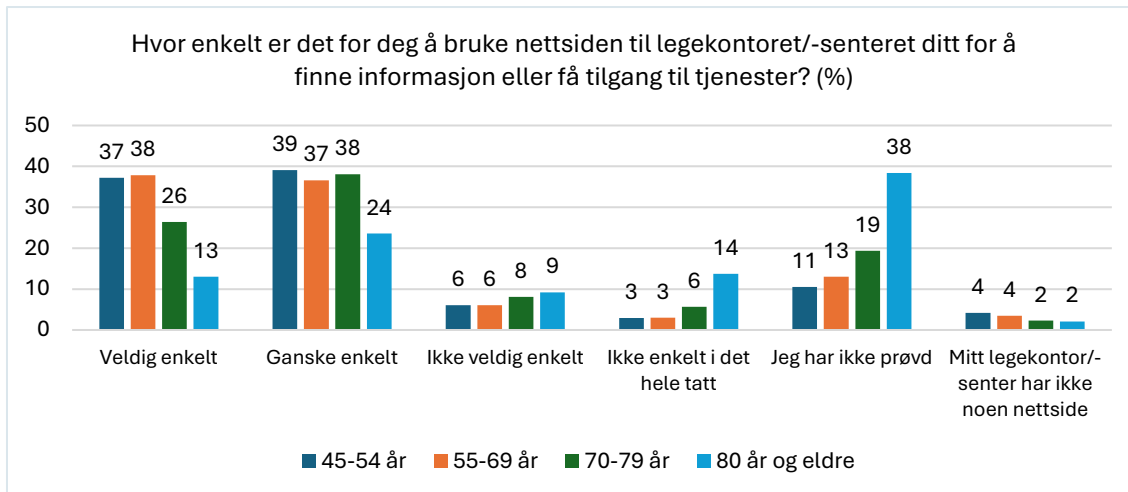
Myndighetene ser digitale løsninger som et bidrag til å gjøre det lettere for den enkelte å medvirke til å fremme egen helse og egen behandling, men trekker samtidig fram faren for digitalt utenforskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024). I rammeverket for PaRIS er ferdigheter innen digitale verktøy sentralt, og det blir anbefalt å styrke pasientenes tilgang til digitale verktøy.

Tabell 17. Svar fra pasientene på spørsmål om tilbud og bruk av nettsjenester ved legekantoret

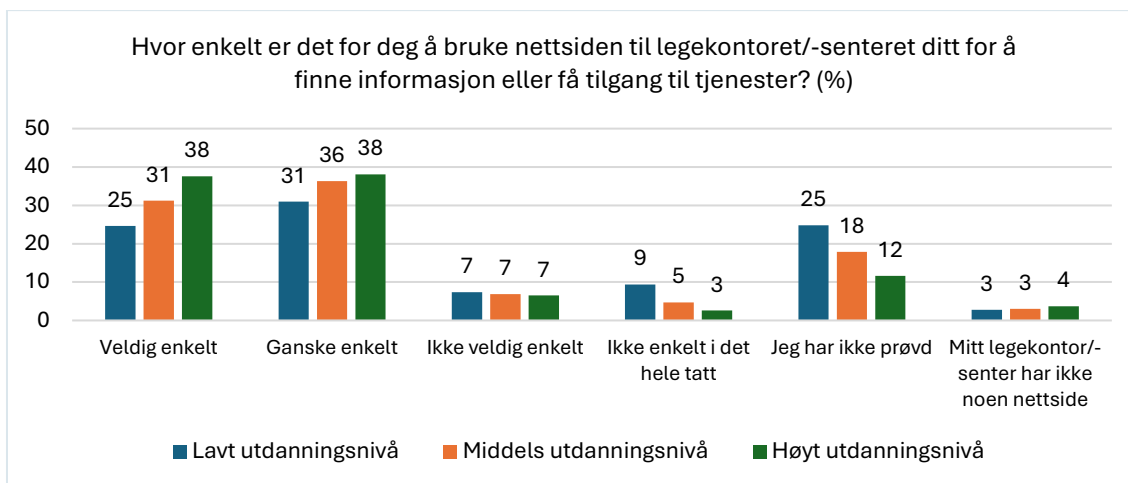
	Antall svarere		Antall svar	%
Så vidt du vet, hvilke av følgende nettsjenester tilbyr legekantoret/ -senteret ditt? Velg alle alternativene som passer.	8649	Timebestilling på nett	6669	77,1
		Bestille faste resepter på nett	6121	70,8
		Tilgang til mine pasientjournaler på nett	2094	24,2
		Videokonsultasjoner	1957	22,6
		Ingen av disse	368	4,3
		Vet ikke	1056	12,2
Hvilke av følgende nettbaserte tjenester som legekantoret/ -senteret tilbyr, har du brukt? Velg alle alternativene som passer.	7621	Timebestilling på nett	5298	69,5
		Bestille faste resepter på nett	5115	67,1
		Tilgang til mine pasientjournaler på nett	1271	16,7
		Videokonsultasjoner	880	11,5
		Ingen av disse	1128	14,8

Ifølge pasientene tilbyr de fleste praksiser timebestilling og fornying av resepter på nett og et stort flertall av pasientene har benyttet seg av det.

Om man, som i figurene nedenfor, sammenlikner ulike gruppers bruk av legekantorets nettside, er det tydelig at muligheten til å dra nytte av tilbudet ikke er likt fordelt. Nesten to av fem blant svarere i alder 80 år eller mer har ikke prøvd å bruke nettsiden. Tilsvarende tall for svarere med lav utdanning er en av fire.



Figur 6. Svar fra alle pasientene om hvor enkelt det er å bruke nettsiden til legekantoret, etter alder



Figur 7. Svar fra alle pasientene om hvor enkelt det er å bruke nettsiden til legekantoret, etter utdanningsnivå

3.2.2.3 Erfart koordinering

Indikatoren er basert på svar på spørsmål om koordinering av tjenester (tilpasset organisering, kontaktperson, behandlingsplan, støtte til håndtering av egen helse, informasjon til håndtering av egen helse). Spørsmålene ble stilt bare til pasienter med minst en kronisk tilstand.

Pasientenes svar på spørsmålene er kodet slik at de til sammen gir skår på en skala fra 0 til 15. Fra instrumentet P3CEQ Questionnaire (Lloyd et al., 2019). Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

OECDs hovedrapport viser at de norske svarerne med minst en kronisk tilstand hadde gitt en gjennomsnittsskår på 7,6 på indikatoren *Erfart koordinering*, hvilket blir beskrevet som ikke statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i OECD (8,2). Blant deltakerlandene hadde Romania og Sveits det høyeste gjennomsnittet (10,3), og Wales det laveste (5,0) på erfaringer med koordinering. Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 18. Svarfordeling på enkeltspørsmålene som inngår i *Erfart koordinering*. Bare pasienter med minst én kronisk tilstand har svart på spørsmålene. Det er brukt vektorer som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

	Antall	%
Har du et ansvarlig helsepersonell som koordinerer helsetjenestene du mottar?	5871 Ja	53,1
	Nei	21,9
	Jeg mottar ikke helsetjenester fra mer enn én tjeneste	25,0
Er helsetjenestene dine organisert på en måte som fungerer for deg?	6234 Ja, absolutt	59,1
	Ja, til en viss grad	33,1
	Nei, egentlig ikke	5,9
	Nei, absolutt ikke	1,9
Har du en behandlingsplan som tar i betraktning alle dine helse- og velværebehov?	5692 Ja	37,6
	Nei	62,4
Er denne behandlingsplanen tilgjengelig for deg?	1831 Ja	96,3
	Nei	3,7
I hvilken grad opplever du at behandlingsplanen din er nyttig for deg med tanke på å håndtere din helse og ditt velvære?	1971 Ikke i det hele tatt	0,4
	Til en viss grad	24,8
	I stor grad	52,5
	Fullt ut	22,3
I hvilken grad følger alt helsepersonell som er involvert i pleien og behandlingen din den samme behandlingsplanen?	1648 Ikke i det hele tatt	2,6
	Til en viss grad	25,9
	I stor grad	43,4
	Fullt ut	28,1
Får du nok støtte fra helsepersonell slik at du kan håndtere egen helse og eget velvære?	5622 Jeg trenger ikke støtte	24,1
	Jeg har ikke fått noen støtte	8,4
	Jeg får nok støtte noen ganger	21,1
	Jeg får ofte nok støtte	26,3
	Jeg får alltid nok støtte	20,1
I hvilken grad mottar du nyttig informasjon når du trenger det, som hjelp til å håndtere egen helse og eget velvære?	5381 Jeg trenger ikke støtte	13,7
	Jeg har ikke fått noen støtte	24,8
	Jeg får nok støtte noen ganger	34,1
	Jeg får ofte nok støtte	26,4
	Jeg får alltid nok støtte	1,0

På indikatoren *Erfart koordinering* kan ca 3,5 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, og mesteparten av variansen finnes mellom alle enkeltpasientene uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.2.4 Nærmere om koordinering av tjenester til personer med kroniske tilstander

OECD peker i den norske landrapporten på koordinering som et mulig forbedringsområde i Norge, og dette avsnittet går inn på flere spørsmål som er relevante for nøkkelindikatoren *Erfart koordinering*. Den største forskjellen sammenliknet med gjennomsnittet i undersøkelsen er på spørsmålene «Har du et ansvarlig helsepersonell som koordinerer helsetjenestene du mottar?»

og «I hvilken grad mottar du nyttig informasjon når du trenger det, som hjelp til å håndtere egen helse og eget velvære?», se OECDs hovedrapport, figur 4.9, side 146.

Det er et mål for myndighetene at brukerne av helsetjenestene i større grad skal oppleve dem som godt koordinerte både innen hvert enkelt tjenestenivå og mellom nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024). Personer i Norge som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og hvor tjenestene må samarbeide for at tilbudet skal bli helhetlig har rett til å få en egen koordinator (Helsenorge.no, 2022a). Erfaringer med koordinering har en sentral plass i det konseptuelle rammeverket for PaRIS.

Med unntak av koordinering av «sosiale tjenester» mener minst ni av ti fastleger at de er godt forberedt eller ganske godt forberedt på å koordinere behandling med andre helse- og sosialtjenester.

Tabell 19. Svar fra fastlegene om forberedthet på koordinering

Hvor godt forberedt er praksisen din på å koordinere behandling med andre helse- og sosialtjenester for følgende pasientgrupper?				
	Antall svarere		Antall svar	%
Pasienter med én eller flere kroniske tilstander	118	Godt forberedt	61	51,7
		Ganske forberedt	49	41,5
		Ikke forberedt	4	3,4
		Vet ikke	3	2,5
		Ikke relevant	1	0,8
Pasienter med alvorlige psykiske helseproblemer, som depresjon, bipolar lidelse eller schizofreni	118	Godt forberedt	57	48,3
		Ganske forberedt	55	46,6
		Ikke forberedt	4	3,4
		Vet ikke	2	1,7
		Ikke relevant	-	-
Pasienter med problemer med avhengighet/rusmisbruk	118	Godt forberedt	42	35,6
		Ganske forberedt	64	54,2
		Ikke forberedt	9	7,6
		Vet ikke	3	2,5
		Ikke relevant	-	-
Pasienter med behov for palliativ behandling	118	Godt forberedt	48	40,7
		Ganske forberedt	60	50,8
		Ikke forberedt	7	5,9
		Vet ikke	2	1,7
		Ikke relevant	1	0,8
Pasienter med behov for koordinering av langvarig behandling (f.eks. hjemmetjenester som sykepleie eller personlig omsorg)	118	Godt forberedt	66	55,9
		Ganske forberedt	49	41,5
		Ikke forberedt	2	1,7
		Vet ikke	1	0,8
		Ikke relevant	-	-
Pasienter med behov for koordinering av sosiale tjenester (f.eks. bolig, måltider og transport)	118	Godt forberedt	28	23,7
		Ganske forberedt	58	49,2
		Ikke forberedt	21	17,8
		Vet ikke	7	5,9
		Ikke relevant	4	3,4

Tabell 19 forts.

	Antall svarere		Antall svar	%
Pasienter som trenger tolketjenester i løpet av konsultasjonen	118	Godt forberedt	61	51,7
		Ganske forberedt	47	39,8
		Ikke forberedt	9	7,6
		Vet ikke	1	0,8
		Ikke relevant	-	-

Tabell 20. Svar fra fastlegene på spørsmål om ansvar for koordinering

Hvem er ansvarlig for å koordinere behandlingen* for pasienter med kroniske tilstander i praksisen din? Velg alle alternativene som passer. (N=118)				
			Antall	%
Behandlingen koordineres av helsepersonell i praksisen			98	83,1
Behandlingen koordineres av helsepersonell utenfor praksisen			42	35,6
Behandlingen koordineres av spesialiserte eksterne tjenester			31	26,3
Koordineringstjenester for behandling gjøres på en annen måte			5	4,2
Koordineringstjenester for behandling er ikke tilgjengelig			4	3,4
Vet ikke			2	1,7

*Forklaring i spørreskjemaet: «Koordinering av behandling er en pasientsentrert tilnærming for å samordne pasientens helsehjelp fra ulike helsetjenester og spesialister samtidig som pasienten får hjelp til å navigere effektivt gjennom helsetjenestesystemet».

I tabellen nedenfor er svarere som mottar hjelp fra mer enn en tjeneste delt i to, etter hvorvidt de har et helsepersonell som er ansvarlig for å koordinere helsehjelpen de mottar. De to gruppene er delt inn etter hva de mener om hvordan tjenestene er organisert, inndelt etter hvor mange kroniske tilstander de har oppgitt å ha. For de som har et personell som er ansvarlig er svaret ganske likt uansett hvor mange kroniske tilstander de har, men for de som ikke har et ansvarlig personell er organiseringen av tjenesten generelt dårligere, og dårligere desto flere kroniske tilstander svarerne har.

Tabell 21. Svar på spørsmål om organisering av tjenestene fra pasienter som mottar helsehjelp fra flere tjenester

Har du et ansvarlig helsepersonell som koordinerer helsetjenestene du mottar?	Er helsetjenestene dine organisert på en måte som fungerer for deg?	Antall kroniske tilstander		
		Én	To	Tre eller flere
Ja (n=3050)	Ja, absolutt	70 %	70 %	69 %
	Ja, til en viss grad	28 %	28 %	29 %
	Nei, egentlig ikke	1 %	1 %	2 %
	Nei, absolutt ikke	0 %	0 %	1 %
Nei (n=1174)	Ja, absolutt	49 %	33 %	32 %
	Ja, til en viss grad	35 %	45 %	38 %
	Nei, egentlig ikke	11 %	17 %	20 %
	Nei, absolutt ikke	6 %	6 %	10 %

Informasjonsutveksling ved legepraksisen som bidrag til koordinering

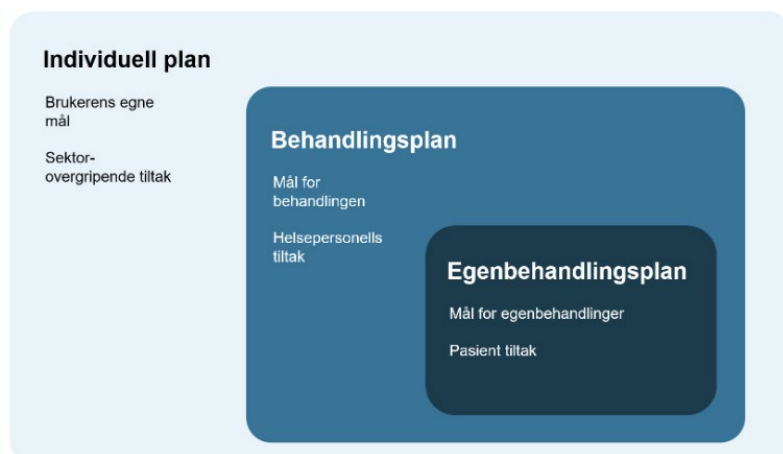
OECD bemerker at Norge har en sterk infrastruktur for elektronisk informasjonsutveksling. (OECD, 2025a) s.9.

Tabell 22. Spørsmål til fastlegene om elektronisk informasjonsutveksling

Kan praksisen din utveksle noe av følgende informasjon elektronisk med helsepersonell utenfor praksisen? Velg alle alternativene som passer.		
	Antall pas. knyttet til praksisene	% av pas.
Kliniske sammendrag om pasient	5575	83,3
Svar på laboratorieprøver og diagnostiske tester	5814	86,9
Elektroniske pasientjournaler	6106	91,3
Ikke noe av denne informasjonen kan utveksles med helsepersonell utenfor praksisen	0	0

Behandlingsplaner som bidrag til koordinering

Formålet med en behandlingsplan er å sikre en helhetlig og koordinert tilnærming til pasientens helse og velvære, tilpasset den enkeltes behov. En behandlingsplan inneholder en liste eller en oversikt over pasientens behandling, inkludert pasientens egne mål, tiltak pasienten kan gjøre selv og anbefalt oppfølging og mål satt av pasientens behandlere. Pasienten er en aktiv deltaker i utformingen av behandlingsplanen, sammen med sine behandlere. Noen pasienter vil ha bare deler av en behandlingsplan. Planen skal blant annet bidra til bedre kommunikasjon mellom pasienten og pasientens behandlere og skape oversikt over pasientens samlede behandlingsforløp. Behandlingsplan er ikke en ferdig tjeneste i Norge (helsenorge.no, 2022b). Med formål å styrke koordinering og oppnå økt samhandling har digital behandlings- og egenbehandlingsplan nylig vært utprøvd (Helsedirektoratet, 2022a), mens retten til individuell plan er nedfelt siden 2001 i f.eks. helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet [Ministry of health and care services], 2011). Det er usikkert om alle svarere har hatt en og samme type plan i tankene når de har svart på spørsmålene. Det kan være noe av forklaringen på mangelfullt samsvar mellom svar fra leger og fra pasienter på disse spørsmålene.



Figur 8. Ulike typer planer på området. Kilde: Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022a)

Om behandlingsplaner i spørsmålene til fastlegene

Tabell 23. Svar fra fastlegene på spørsmål om utvikling av behandlingsplaner

Utvikles behandlingsplaner* rutinemessig i din praksis for noen av de følgende pasientgruppene? Velg alle alternativene som passer.		
	Antall	%
Pasienter med alle kroniske tilstander	22	18,6
Pasienter med spesifikke kroniske tilstander	44	37,3
Pasienter med spesifikke behov (f.eks. pasienter med ernæringsmessige behov eller sammensatte behandlingsbehov)	35	29,7
Andre pasienter	9	7,6
Behandlingsplaner utvikles ikke rutinemessig [svarer ledes til neste tema]	55	46,6
Vet ikke [svarer ledes til neste tema]	3	2,5

* Forklaring i spørreskjemaet til legepraksisene: Behandlingsplan er en avtale mellom pasienten og helsepersonellet som beskriver hvilken type helsehjelp pasienten trenger og hvordan denne behandlingen skal gis over en lengre tidsperiode.

Det mest valgte svaralternativer på spørsmål 36 er at behandlingsplaner ikke blir rutinemessig utarbeidet.

Av de som utarbeider planer, har flest svart at planene brukes av noen av pasientgruppene minst én gang i året.

Tabell 24. Svar fra fastlegene om bruk av behandlingsplaner

I hvilken grad brukes behandlingsplaner* (f.eks. diskuteres, enes om, oppdateres) i konsultasjoner med disse pasientgruppene? (N=55)		
	Antall	%
De brukes med alle disse pasientene minst én gang i året	21	38,2
De brukes med alle disse pasientene, men mindre enn én gang i året	3	5,5
De brukes med noen av disse pasientene minst én gang i året	23	41,8
De brukes med noen av disse pasientene, men mindre enn én gang i året	5	9,1
De brukes ikke i konsultasjon med pasientene	2	3,6
Vet ikke	1	1,8

* Forklaring i spørreskjemaet til legepraksisene: Behandlingsplan er en avtale mellom pasienten og helsepersonellet som beskriver hvilken type helsehjelp pasienten trenger og hvordan denne behandlingen skal gis over en lengre tidsperiode.

Tabell 25. Svar fra fastlegene om hvem som deltar i utvikling av behandlingsplaner

Hvilke av følgende er vanligvis involvert i utviklingen av behandlingsplaner*? Velg alle alternativene som passer. (N=60)		
	Antall	%
Pasienter	54	90,0
Pasientens omsorgspersoner og/eller familiemedlemmer	47	78,3
Helsepersonell som arbeider i din praksis	35	58,3
Helsepersonell som arbeider utenfor din praksis	46	76,7
Noen andre	4	6,7
Vet ikke	0	0,0

* Forklaring i spørreskjemaet: Behandlingsplan er en avtale mellom pasienten og helsepersonellet som beskriver hvilken type helsehjelp pasienten trenger og hvordan denne behandlingen skal gis over en lengre tidsperiode.

Biomedisinsk informasjon ser ut til å være sentralt i behandlingsplanene.

Tabell 26. Svar fra fastlegene om innholdet i behandlingsplaner

Hva av følgende er vanligvis inkludert i behandlingsplanene* som er utviklet i din praksis? Velg alle alternativene som passer. (N=60)		
	Antall	%
Sammendrag av pasientens sykehistorie	43	71,7
Pasientens diagnoser	54	90,0
Pasientens legemidler	54	90,0
Kliniske mål (f.eks. overvåke, kontrollere eller redusere blodtrykket)	55	91,7
Pasientenes personlige mål (f.eks. dra på en tur eller fortsette med hobbyer)	37	61,7
Oppgaver rettet mot håndtering av egen tilstand (f.eks. forbedre/styrke fysisk trening)	42	70,0
Kontaktinformasjon til helsetjenester og/ eller familiemedlemmer	32	53,3
Dokumentasjon av andre helsetjenester som er involvert	36	60,0
Besøk planlagt med andre helsetjenester (inkludert utenfor praksisen din)	27	45,0
Annet	2	3,3
Vet ikke	1	1,7

* Forklaring i spørreskjemaet: Behandlingsplan er en avtale mellom pasienten og helsepersonellet som beskriver hvilken type helsehjelp pasienten trenger og hvordan denne behandlingen skal gis over en lengre tidsperiode.

Om behandlingsplaner og involvering i spørreskjemaet til pasientene

Veiledning fra spørreskjemaet til pasientene: «De neste spørsmålene handler om behandlingsplaner. En behandlingsplan er en skriftlig avtale mellom deg og helsepersonellet som beskriver hvilke helsetjenester du mottar over en lengre periode og hvordan disse tjenestene skal gis, og inkluderer også det du skal gjøre selv. Ikke alle har en behandlingsplan. Vennligst svar ut fra din erfaring med pleie og behandling fra fastlegekontoret/ andre primærhelsetjenester».

I underkant av en tredel av pasientene med minst en kronisk tilstand vet at de har en behandlingsplan, og av disse mener 72 % at den i stor grad eller fullt ut er nyttig for dem, og opp mot 60 % opplever at involvert personell følger planene.

Tabell 27. Spørsmål om behandlingsplaner, stilt bare til pasienter med minst én kronisk tilstand.

	Antall svarere		Antall svar	%
Har du en behandlingsplan som tar i betraktning alle dine helse- og velværebehov?	6614	Ja	2061	31,2
		Nei	3631	54,9
		Vet ikke	922	13,9
Er denne behandlingsplanen tilgjengelig for deg?	2045	Ja	1766	86,4
		Nei	65	3,2
		Vet ikke	214	10,5
I hvilken grad opplever du at behandlingsplanen din er nyttig for deg med tanke på å håndtere din helse og ditt velvære?	2058	Ikke i det hele tatt	8	0,4
		Til en viss grad	480	23,3
		I stor grad	1029	50,0
		Fullt ut	454	22,1
		Vet ikke	87	4,2
I hvilken grad følger alt helsepersonell som er involvert i pleien og behandlingen din den samme behandlingsplanen?	2031	Ikke i det hele tatt	44	2,2
		Til en viss grad	417	20,5
		I stor grad	717	35,3
		Fullt ut	470	23,1
		Vet ikke	383	18,9

Drøyt én av fem pasienter med kroniske tilstander opplever at helsepersonell ofte eller alltid snakker med dem om mål for helse. Drøyt 17 % svarer at helsepersonell «til en viss grad» eller «ja, absolutt» involverer pasientens nærmeste i avgjørelse om pasientens helse, så ofte som pasienten ønsker.

Tabell 28. Spørsmål om involvering av pasient og nærstående, stilt bare til pasienter med minst én kronisk tilstand

	Antall svarere		Antall	%
Hvor ofte snakker helsepersonell med deg om spesifikke mål for helsen din?	6618	Alltid	395	6,0
		Ofte	1080	16,3
		Noen ganger	2147	32,4
		Sjelden	1531	23,1
		Aldri	1121	16,9
		Vet ikke	344	5,2
Involverer helsepersonell familien din, venner og/eller omsorgs-personer i avgjørelser om helsen din og tjenestene du mottar, i den grad du ønsker?	6613	Nei, absolutt ikke	1446	21,9
		Nei, egentlig ikke	1113	16,8
		Ja, til en viss grad	678	10,3
		Ja, absolutt	464	7,0
		Jeg ønsker ikke at familie, venner eller omsorgspersoner skal være involvert	620	9,4
		Familie, venner eller omsorgspersoner ønsker ikke å være involvert	15	0,2
		Ikke aktuelt	2277	34,4

Legemiddelgjennomgang som bidrag til koordinering

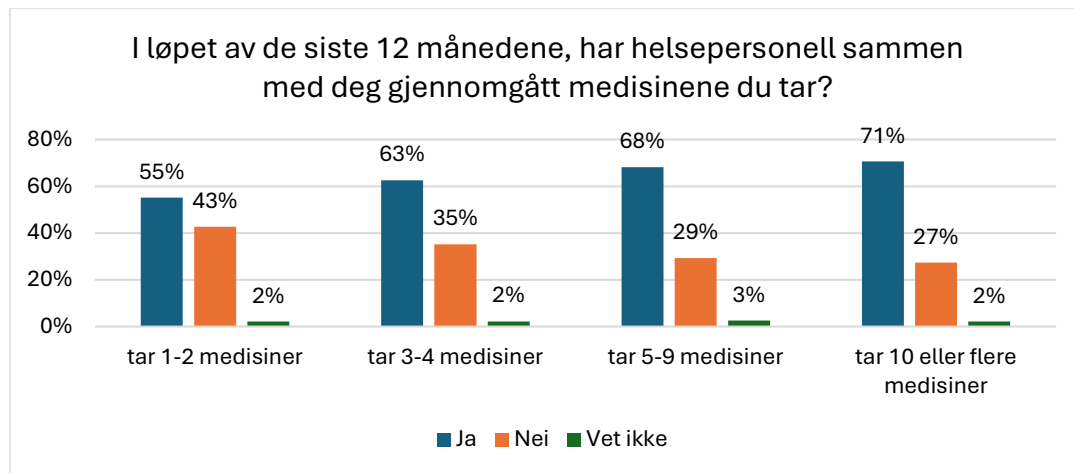
Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale faglig råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2022b). For pasienter med mange ulike kontakter i helsetjenesten vil legemiddelgjennomgang også kunne være et bidrag til koordinering, ifølge OECDs hovedrapport.

Tabellen nedenfor viser at under ti prosent ikke bruker legemidler.

Tabell 29. Spørsmål om bruk av legemidler, stilt til pasienter med minst én kronisk tilstand

	Antall svarere		Antall	%
Hvor mange forskjellige medisiner foreskrevet av en lege tar du regelmessig?	6669	tar ingen medisin	587	8,8
		tar 1-2 medisiner	2392	35,9
		tar 3-4 medisiner	2186	32,8
		tar 5-9 medisiner	1359	20,4
		tar 10 eller flere medisiner	145	2,2

Andelen svarere som har hatt legemiddelgjennomgang øker med økende antall legemidler, men selv for de som tar 10 eller flere medisiner er det 27 % som svarer at de ikke har hatt legemiddelgjennomgang siste 12 månedene.



Figur 9. Spørsmål til pasienter om legemiddelbruk og legemiddelgjennomgang

3.2.2.5 Personsentrerte tjenester

Indikatoren er beregnet på grunnlag av svar på åtte enkeltspørsmål om hvorvidt tjenestene er personsentrerte (diskutert med deg hva som er viktig, involvert i valg, sett på som en «hel» person, ikke behov for å gjenta informasjon, godt organiserte tjenester, støtte til håndtering av egen helse, informasjon til håndtering av egen helse, trygghet på håndtering av egen helse). Med unntak av spørsmålet om trygghet på håndtering av egen helse (nøkkelindikator) ble settet av spørsmål stilt bare til de 6691 pasienter som har oppgitt å ha kroniske tilstander.

Svarverdiene for hvert spørsmål er kodet om til 0–3 og samlet i en skala med verdier fra 0 til 24. Skårer ≥ 12 på indikatoren *Personsentrerte tjenester* betraktes som bekreftelse på at svareren

har erfart tjenestene som personsentrerte. Fra instrumentet P3CEQ Questionnaire (Lloyd et al., 2019). Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

OECDs hovedrapport viser at de norske svarerne med minst en kronisk tilstand hadde gitt en gjennomsnittsskår på 16,3, som ikke var statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i OECD (16,3). Blant deltakerlandene hadde Sveits det høyeste gjennomsnittet (19,1), og Canada det laveste (12,1), på skår for personsentrerte tjenester. Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 30. Svarfordeling på enkeltspørsmålene som inngår i mål for *Personsentrerte tjenester*, stilt til pasienter med minst én kronisk tilstand. Det er brukt vektorer som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

	Antall		%
Hvor trygg er du på at du kan håndtere egen helse og eget velvære?	6602	Veldig trygg	11,7
		Trygg	34,2
		Ganske trygg	46,6
		Ikke trygg i det hele tatt	7,5
Er helsetjenestene dine organisert på en måte som fungerer for deg?	6234	Ja, absolutt	59,1
		Ja, til en viss grad	33,1
		Nei, egentlig ikke	5,9
		Nei, absolutt ikke	1,9
Diskuterer du med helsepersonellet som er med på å gi deg helsetjenester hva som er viktigst for deg når det gjelder å håndtere egen helse og eget velvære?	6361	Ja, absolutt	34,9
		Ja, til en viss grad	43,5
		Nei, egentlig ikke	18,8
		Nei, absolutt ikke	2,8
Er du involvert, i den grad du ønsker, i avgjørelser om helsen din og tjenestene du mottar?	6386	Ja, absolutt	55,5
		Ja, til en viss grad	36,5
		Nei, egentlig ikke	6,4
		Nei, absolutt ikke	1,6
Blir du sett på som et «helt menneske» og ikke kun som en sykdom/ tilstand når det gjelder helsen din og tjenestene du mottar?	6260	Ja, absolutt	67,9
		Ja, til en viss grad	24,4
		Nei, egentlig ikke	5,8
		Nei, absolutt ikke	2,0
Får du nok støtte fra helsepersonell slik at du kan håndtere egen helse og eget velvære?	5622	Jeg trenger ikke støtte	24,1
		Jeg har ikke fått noen støtte	8,4
		Jeg får nok støtte noen ganger	21,1
		Jeg får ofte nok støtte	26,3
		Jeg får alltid nok støtte	20,1
		Ja, til en viss grad	14,2
		Nei, ikke egentlig	41,5
		Nei, absolutt ikke	37,6

Tabell 30, forts.	Antall		%
I hvilken grad mottar du nyttig informasjon når du trenger det, som hjelp til å håndtere egen helse og eget velvære?	5381	Jeg trenger ikke støtte	13,7
		Jeg har ikke fått noen støtte	24,8
		Jeg får nok støtte noen ganger	34,1
		Jeg får ofte nok støtte	26,4
		Jeg får alltid nok støtte	1,0
(siste 12 mnd.) Har du opplevd å måtte gjenta informasjon som skulle ha vært i journalen din?	5813	Ja, absolutt	6,7
		Ja, til en viss grad	14,2
		Nei, ikke egentlig	41,5
		Nei, absolutt ikke	37,6

På indikatoren *Personsentrerte tjenester* var ca. 6 % av variansen på fastlegenivå i de norske resultatene. Dette er høyere enn de 3 % som gjelder for alle landene samlet i OECD rapporten (jfr Figur 2). Dette kan skyldes at det i Norge er inkludert pasienter fra listene til individuelle fastleger, ikke legepraksiser hvor pasienten kan møte ulike leger, slik det er i de fleste andre land. Det er tidligere observert variasjon i resultater mellom individuelle leger på lignende indikatorer (Bjertnaes, Lyngstad, Malterud, & Garratt, 2011), og den norske tilnærmingen synes å fange opp noe av denne variasjonen.

Involvering og helsekompetanse

Man kan anta at involvering er nødvendig for personsentrering og at involvering er assosiert med helsekompetanse. På den ene siden kan det være slik at personer med god helsekompetanse lettere blir trukket med i eller lettere tar sin del i beslutninger, eller på den andre siden at prosessen med involvering styrker helsekompetansen til pasienter som blir involvert.

Tabell 31. Gjennomsnittskår på helsekompetanse blant pasienter med minst en kronisk tilstand, inndelt etter grad av involvering.

	Antall svarere		Antall (%)	Gjennomsnitt helsekompetanse (skala 1–5)
Diskuterer du med <u>helsepersonellet som er med på å gi deg helsetjenester</u> hva som er viktigst for deg når det gjelder å håndtere egen helse og velvære?	6319	Ja, absolutt	2246 (35,5)	3,99
		Ja, til en viss grad	2722 (43,0)	3,69
		Nei, egentlig ikke	1184 (18,7)	3,62
		Nei, absolutt ikke	167 (2,6)	3,51
Er du involvert, i den grad du ønsker, i avgjørelser om helsen din og tjenestene du mottar?	6342	Ja, absolutt	3597 (56,7)	3,98
		Ja, til en viss grad	2265 (35,7)	3,54
		Nei, egentlig ikke	383 (6,0)	3,40
		Nei, absolutt ikke	97 (1,5)	3,43
Hvor ofte snakker helsepersonell med deg om spesifikke mål for helsen din?	6232	Alltid	394 (6,3)	3,95
		Ofte	1074 (17,2)	3,79
		Noen ganger	2130 (34,1)	3,75
		Sjelden	1524 (24,4)	3,73
		Aldri	1110 (17,8)	3,79

3.2.2.6 Vurdering av helsehjelp

Denne nøkkelindikatoren er basert på svar på et enkeltspørsmål om hvordan pasientene vurderer helsehjelpen de har mottatt ved legekantoret/-senteret i det siste året. I OECDs hovedrapport oppgis indikatoren *Vurdering av helsehjelp* som andelen svarere med minst en kronisk tilstand som har svart «god», «meget god» eller «utmerket» på dette spørsmålet, i motsetning til «nokså god» eller «dårlig». Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

Andelen i hele OECD PaRIS som svarer positivt er 87 %. Andelen i Norge er oppgitt til 92 %, og ikke statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i deltakerlandene. Den høyeste andelen positive svar på *Vurdering av helsehjelp* hadde Sveits (97 %), og Portugal hadde den laveste (69 %). Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 32. Svarfordeling på enkeltspørsmålet om vurdering av mottatt helsehjelp de siste 12 mnd. Det er brukt vektorer som er basert på den norske populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
		1756		6477	
Alt i alt, hvordan vil du vurdere helsehjelpen du har mottatt i løpet av de siste 12 månedene fra legekantoret/-senteret ditt?	Utmerket		30,4		28,1
	Meget god		41,3		41,0
	God		20,4		22,2
	Nokså god		5,5		6,4
	Dårlig		2,4		2,3

Forskjellen mellom de to gruppene er ikke statistisk signifikant (kjikvadrattest: $p=0,310$).

På indikatoren *Vurdering av helsehjelp* kan ca. 8 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege. Det er den høyeste intraklassekorrelasjonen (se avsnitt 2.8) blant nøkkelindikatorne. Det indikerer at resultatet på denne nøkkelindikatoren henger nærmere sammen med hvilken fastlege svareren har, sammenliknet med de andre nøkkelindikatorne.

3.2.2.7 Tillit til helsevesenet

I OECDs hovedrapport oppgis indikatoren *Tillit til helsevesenet* som andelen svarere med minst en kronisk tilstand som har svart «enig» eller «helt enig» på spørsmålet om tillit, i motsetning til «verken enig eller uenig», «uenig» eller «helt uenig». Se Tabell 1, side 19.

Fra OECDs hovedrapport

Gjennomsnittet i hele OECD PaRIS er 62 %. Norges resultat er oppgitt til 73 %, og statistisk signifikant høyere enn gjennomsnittet i deltakerlandene. Den høyeste andelen hadde Spania (89 %), og Hellas hadde den laveste (36 %). Se Tabell 4, «The PaRIS10 Dashboard, 2024» side 25.

Norske tall

Tabell 33. Svarfordeling på enkeltspørsmålet om tillit til helsevesenet. Det er brukt vekter som er basert på den norske PaRIS-populasjonen.

		Svarere uten noen kronisk tilstand		Svarere med minst én kronisk tilstand	
		Antall	%	Antall	%
		1838		6637	
I hvor stor grad er du enig eller uenig i at helsevesenet er til å stole på?	Helt uenig		2,6		2,8
	Uenig		2,5		3,4
	Verken enig eller uenig		17,5		22,7
	Enig		58,7		53,8
	Helt enig		18,8		17,3

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (χ^2 -test: $p < 0,001$).

På indikatoren *Tillit til helsevesenet* kan ca. 1,5 % av variansen tilskrives forskjell mellom grupper av pasienter med felles fastlege, mesteparten av variansen er forskjell mellom enkeltpasientene uavhengig av fastlegetilhørighet.

3.2.3 Oppsummering om nøkkelindikatorene i Norge

På samme måte som i de internasjonale resultatene er det slik i de norske at den absolutt største andelen av variasjonen er mellom alle enkeltpasientene, og lite av variasjonen i skår på nøkkelindikatorene kan knyttes til fastlegene. Dette er særlig uttalt når det gjelder PROMs.

3.3 Din siste konsultasjon/timeavtale, alle pasienter

Veiledning fra spørreskjemaet til pasientene: «De neste spørsmålene handler om din siste konsultasjon med en fastlege, sykepleier eller annet helsepersonell i primærhelsetjenesten for å få hjelp selv. Dette kan ha vært med ditt faste helsepersonell eller annet helsepersonell, og omfatter konsultasjoner over telefon eller på et legekontor, eller en klinikk».

Tabell 34. Svar fra pasientene om siste konsultasjon i primærhelsetjenesten

	Antall svarere		Antall svar	%
Hva var hovedformålet med denne konsultasjonen?	8554	Første kontakt angående et nytt helseproblem	1787	20,9
		Oppfølging av et nytt helseproblem	1505	17,6
		Rutinesjekk for et langvarig helseproblem	2564	30,0
		Langvarig helseproblem, ikke rutinesjekk	850	9,9
		Generell forebyggende behandling	1319	15,4
		Vet ikke	529	6,2
Hvem hadde du denne siste konsultasjonen med? Hvis du møtte mer enn ett helsepersonell, kan du velge den du tilbrakte mest tid med den dagen. Vennligst velg kun ett svaralternativ.	6948	En fastlege/allmennlege	6323	91,0
		En annen legespesialist	345	5,0
		En sykepleier	129	1,9
		Tilknyttet helsepersonell, f.eks. en fysioterapeut, ernæringsfysiolog eller fofpleier	73	1,1
		Annet helsepersonell	78	1,1
Hvor jobbet denne helsearbeideren?	8463	Legekontor/-senter eller helsesenter	6988	82,6
		Poliklinikk (på et sykehus)	1171	13,8
		Annet	304	3,6
Hvilke av følgende alternativer beskriver best den typen helsehjelp du fikk? Velg alle som passer	6823	Konsultasjon med personlig oppmøte på legekontor/-senter	6376	93,4
		Telefonkonsultasjon	271	4,0
		Videokonsultasjon	32	0,5
		Hjemmebesøk	16	0,2
		Annet	112	1,6
		Vet ikke	16	0,2

I tabellene 35 og 36 er de pasientene inkludert som har hatt en konsultasjon på «legekontor/-senter eller helsesenter». De som er utelukket er de som har svart at de har hatt konsultasjon med helsepersonell som jobbet på «poliklinikk (på et sykehus)» eller «annet».

Tabell 35. Svar fra pasienter om ventetid ved siste konsultasjon på legekontor/-senter eller helsesenter

	Antall svarere		Antall svar	%
Hvor lenge etter at du først prøvde å bestille timen, hadde du timeavtalen?	6911	Samme dag	1081	15,6
		Neste dag	752	10,9
		Et par dager og opptil en uke senere	2459	35,6
		Mer enn en uke og opptil en måned senere	1712	24,8
		Mer enn en måned senere	438	6,3
		Husker ikke	469	6,8
Var ventetiden et problem for deg?	6964	Ja	579	8,3
		Nei	6228	89,4
		Vet ikke	157	2,3

Tabell 36. Svar fra pasienter om erfaringer ved siste konsultasjon på legekontor/-senter eller helsesenter

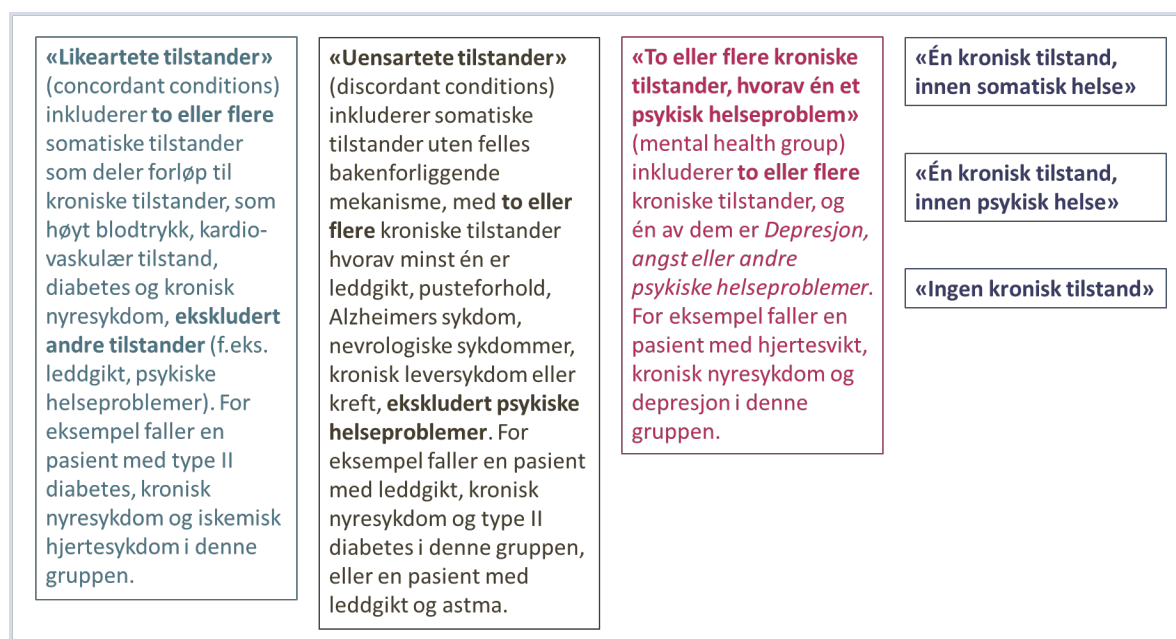
	Antall svarere		Antall svar	%
Brukte dette helsepersonellet nok tid på deg?	6972	Ja, absolutt	4985	71,5
		Ja, til en viss grad	1569	22,5
		Nei, egentlig ikke	298	4,3
		Nei, absolutt ikke	63	0,9
		Vet ikke	57	0,8
Forklarte dette helsepersonellet ting på en måte som var lett å forstå?	6966	Ja, absolutt	5478	78,6
		Ja, til en viss grad	1253	18,0
		Nei, egentlig ikke	137	2,0
		Nei, absolutt ikke	37	0,5
		Vet ikke	61	0,9
Hadde du tillit til og stolte på helsepersonellet du møtte eller snakket med?	6961	Ja, absolutt	5768	82,9
		Ja, til en viss grad	996	14,3
		Nei, egentlig ikke	143	2,1
		Nei, absolutt ikke	32	0,5
		Vet ikke	22	0,3
Hvordan vil du samlet sett vurdere kvaliteten på denne konsultasjonen?	6971	Utmerket	2734	39,2
		Meget god	2818	40,4
		God	1029	14,8
		Nokså god	235	3,4
		Dårlig	124	1,8
		Vet ikke	31	0,4

3.4 Ulike grader og typer av belastning med kroniske tilstander

OECDs hovedrapports kapittel 3 «Living with multiple chronic conditions» beskriver hvordan man der har samlet kombinasjoner av multiple tilstander i tre kategorier i analysene. Pasienter som har oppgitt flere enn én kronisk tilstand kan tilhøre kategorien med «likeartete» (concordant) somatiske tilstander (uten psykiske helseproblemer), kategorien med «uensartete» (discordant) somatiske tilstander (uten psykiske helseproblemer) eller en tredje kategori med flere enn én kronisk tilstand, hvorav én er et psykisk helseproblem.

Inndelingen er lite spesifikk, og må tolkes med forsiktighet (OECD, 2025b, boks 3.2, s 101). OECDs hovedrapport viser at skårene på PREMs og PROMs varierer med hvilken av disse tre kategoriene pasientene grupperes i.

I dette kapitlet har vi bygd videre på prinsippet i OECDs hovedrapports «chronic condition clusters», og laget en variabel som gir en gyldig verdi også til svarere med ingen eller én kronisk tilstand. For å beskrive alle svarere med hensyn til belastning av kronisk sykdom, har vi brukt denne variabelen som inkluderer alle svarere og som fordeler dem i seks kategorier basert på kombinasjoner av kroniske tilstander. Resultatet av analyser hvor denne seksdelingen blir brukt må tolkes med forsiktighet, på samme måte som tredelingen i OECDs hovedrapport.



Figur 10. Seks kategorier av type tilstander og belastning

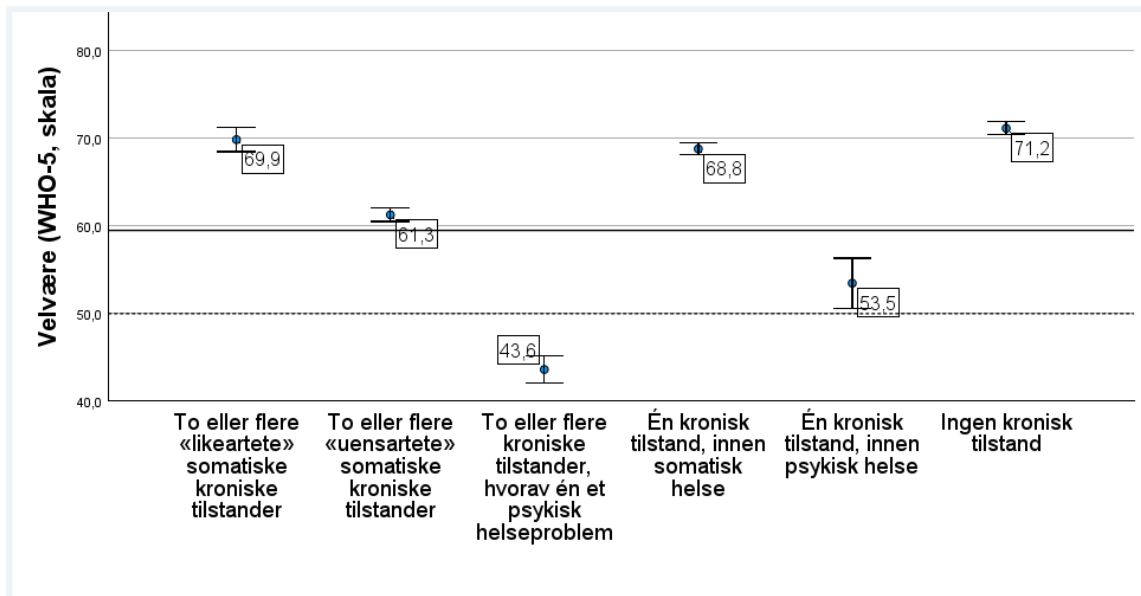
Kategoriene fordeler seg som vist i Tabell 37 blant alle pasientene som svarte.

Tabell 37. Fordeling av seks kategorier av type tilstander og belastning blant alle svarerne

Belastning og type kroniske tilstander (Antall: 8536)	Antall	%
To eller flere «likeartete» kroniske, somatiske tilstander	581	6,8
To eller flere «uensartete» kroniske, somatiske tilstander	2416	28,3
To eller flere kroniske tilstander, hvorav én et psykisk helseproblem	725	8,5
Én kronisk tilstand, innen somatisk helse	2756	32,3
Én kronisk tilstand, innen psykisk helse	213	2,5
Ingen kronisk tilstand	1845	21,6

Inndelingen er brukt for framstilling av en PROMs (*Velvære/Trivsel* -WHO-5) og tre PREMs (*Trygghet på håndtering av egen helse*, *Erfart koordinering*, og *Personsentrerte tjenester*). Ved lesing av figurene er det viktig å være oppmerksom på at skalaene på nøkkelindikatorene ikke er like og at utsnittet av y-aksen er tilpasset verdiene i den enkelte figuren, for best mulig lesbarhet.

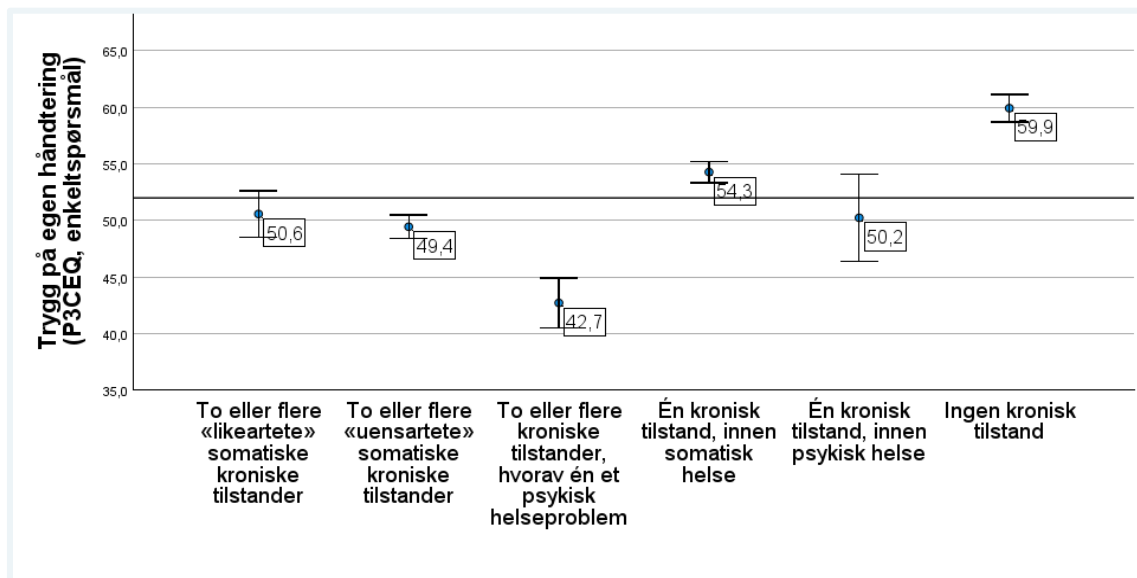
3.4.1 Velvære, etter type og belastning av kroniske tilstander



Figur 11. Gjennomsnittsskår (med 95 % konfidensintervall) for Velvære blant norske svarere, etter belastning av kroniske tilstander. Skala 0–100, hvor høye verdier er best. Heltrukken linje er gjennomsnitt blant norske svarere (59,5). Skår over 50 (stiplet linje) indikerer at det ikke er risiko for klinisk depresjon. Materialet er ikke vektet.

World Health Organization-Five (WHO-5) er et kort, generisk instrument som måler egenrapportert mentalt velvære. Figuren viser at det høyeste gjennomsnittet er beregnet for svarere uten noen kronisk tilstand. Det laveste gjennomsnittet for *Velvære* er beregnet for svarere med to eller flere kroniske tilstander, hvorav én er et psykisk helseproblem. Dette gjennomsnittet ligger under den stiplete linjen, hvilket indikerer at det kan være risiko for klinisk depresjon. Gjennomsnittet for svarere med én kronisk tilstand innen psykisk helse ligger over den stiplete linjen, men under gjennomsnittet for alle norske svarere.

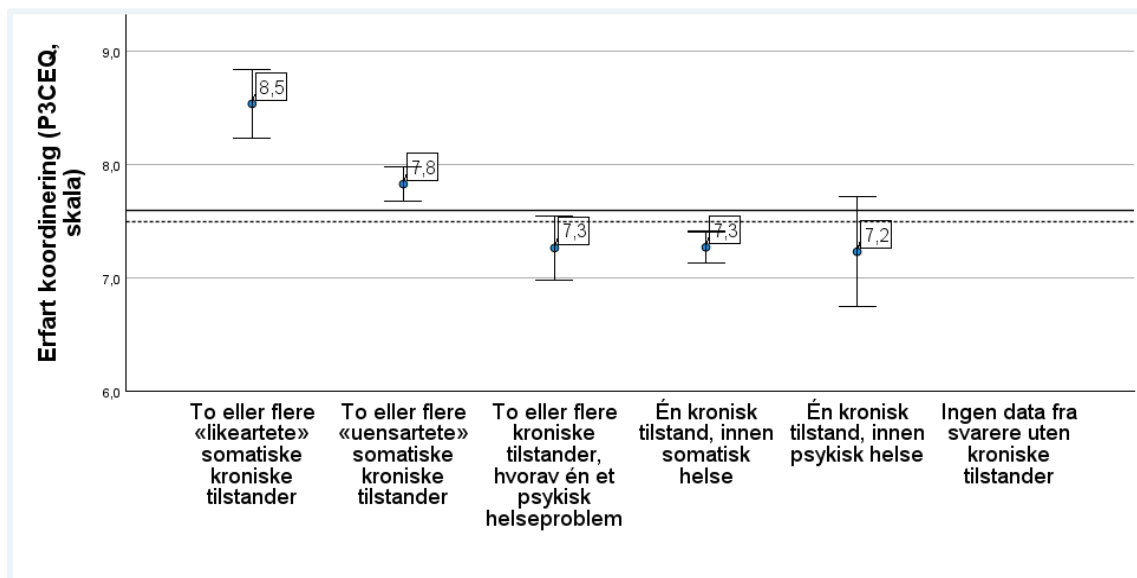
3.4.2 Trygghet på håndtering av egen helse og eget velvære etter type og belastning av kroniske tilstander



Figur 12. Gjenomsnittsskår (med 95 % konfidensintervall) for Trygghet på håndtering av egen helse blant norske svarere, etter belastning av kroniske tilstander. Skala 0–100, hvor høye verdier er best. Heltrukken linje er gjennomsnitt blant norske svarere (52,0). Materialet er ikke vektet.

Av alle norske svarere var 49,1 % trygge/veldig trygge på at de kan håndtere egen helse og eget velvære. Den største mangelen på trygghet finnes i kategorien svarere som har to eller flere kroniske tilstander hvorav en er et psykisk helseproblem.

3.4.3 Erfart koordinering etter type og belastning av kroniske tilstander, svarere med minst én kronisk tilstand

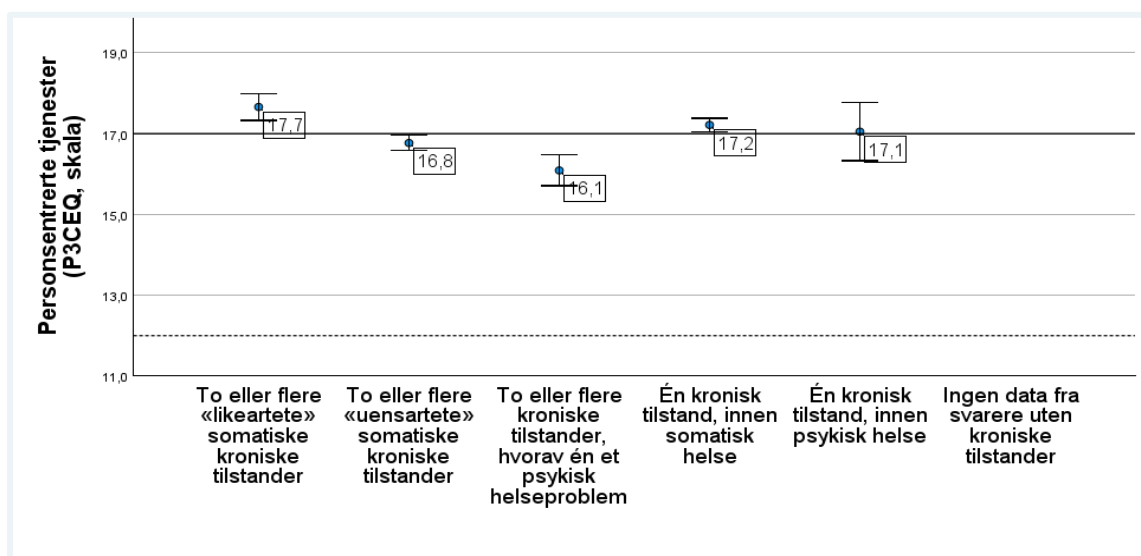


Figur 13. Gjenomsnittsskår (med 95 % konfidensintervall) for Erfart koordinering blant norske svarere med minst en kronisk tilstand, etter belastning av kroniske tilstander. Skala 0–15, og høye verdier er best. Heltrukken linje er gjennomsnitt blant norske svarere (7,6). Stiplet linje markerer midtverdien (7,5), og skåre høyere enn den betraktes i PaRIS som positive erfaringer med koordinering. Materialet er ikke vektet.

God koordinering/sømløse tjenester er viktig for personer med en eller flere kroniske tilstander. Svarene som vises i denne figuren kan tyde på at koordinering av tjenestene fungerer best for somatiske tilstander. For tilstander som inkluderer psykiske helseproblem er det beregnede gjennomsnittet under grensen for hva som betraktes av PaRIS som en positiv skår.

Erfart koordinering er det eneste tilfellet hvor indikatorskåren fra pasienter med to eller flere kroniske tilstander, hvorav én innen psykisk helse, er på nivå med andre kategorier. En mulig forklaring er at de to andre kategoriene, med én kronisk tilstand hver og lave indikatorskårer, har mindre behov for koordinering og følgelig har begrenset erfaring med at tjenester blir samordnet ved hjelp av for eksempel behandlingsplaner og koordinator.

3.4.4 Personsentrerte tjenester etter type og belastning av kroniske tilstander, svarere med minst én kronisk tilstand



Figur 14. Gjennomsnittsskår (med 95 % konfidensintervall) for Personsentrerte tjenester blant norske svarere med minst en kronisk tilstand, etter belastning av kroniske tilstander. Skala 0–24, hvor høye verdier er best. Heltrukken linje er gjennomsnitt blant norske svarere (17,0). Stiplet linje markerer midtverdien (12), og skårer høyere enn den betraktes i PaRIS som positive beskrivelser av personsentrering. Materialet er ikke vektet.

Når det gjelder personsentrerte tjenester ligger det beregnede gjennomsnittet for alle kategoriene over grensen for hva som i PaRIS regnes som en positiv beskrivelse. Også her har svarere med to eller flere kroniske tilstander hvorav en et psykisk helseproblem det laveste gjennomsnittet.

4 Diskusjon

Denne rapporten har gjengitt hovedtrekk fra OECDs hovedrapport med internasjonale resultater og «country note» for Norge, og den har vist framstillinger som går mer detaljert i de norske resultatene. I internasjonal sammenheng er de norske resultatene relativt sett gode på de ti nøkkelindikatorene. Sett ut fra edderkoppdiagrammet (figur 3), er det på *Trygghet på håndtering av egen helse* og *Erfart koordinering* det er mest å ta tak i, sammenliknet med landet med de beste skårene.

De gjennomgående lave skårene for pasientkategorien to eller flere kroniske tilstander, hvorav en er et psykisk helseproblem, er det mest slående med tanke på «innenlands» forskjeller på nøkkelindikatorene som er undersøkt. Pasientforløp for psykisk helse og rus ble etablert i 2019 for å bøte på den erkjente og vedvarende situasjonen at personer med psykisk helsesvikt har dårligere somatisk helse og kortere levealder enn personer med god psykisk helse (Helsedirektoratet, 2018b).

Vi fant små forskjeller mellom svarere med og uten kroniske tilstander på nøkkelindikatoren om generell vurdering av helsehjelp ved legekantoret. Tidligere undersøkelser viser systematiske forskjeller mellom svarere med og uten kroniske tilstander på mer konkrete spørsmål om fastlegen og legekantoret, altså at erfaringene er dårligst for de med kroniske tilstander (Norman et al., 2024), og også at antall kroniske tilstander er negativt assosiert med både pasienterfaringer på konkrete spørsmål og med pasientrapporterte utfall (Bjertnæs et al., 2025).

Ut fra resultatene samlet synes det rimelig å anta at mange legepraksiser har forbedringsmuligheter når det gjelder å bistå pasienter til å ta en mer aktiv rolle i håndteringen av tilstanden sin. Norges skår på *Trygghet på håndtering av egen helse* er lav, sammenliknet med andre land. Selv om internasjonale sammenlikninger kan være beheftet med usikkerhet, er det uansett slik at under halvparten av de norske svarerne med kroniske tilstander føler seg trygge eller veldig trygge. 65,3 % av fastlegene svarer at de gir støtte til egenomsorg blant annet ved å distribuere informasjon (brosjyrer, hefter, internett/nettbasert informasjon) (Tabell 11). På spørsmål om hvor ofte det skjer at pasientene får skriftlige instruksjoner om hvordan håndtere egenomsorg, svarer 3,4 % av legepraksisene alltid og 35,6 % svarer ofte (Tabell 12). Pasientenes skår på nøkkelindikatoren *Trygghet på håndtering av egen helse* varierer positivt med hvordan de beskriver omfanget av støtten de får fra helsepersonell, men bare 20 % av pasientene svarer at de alltid får nok støtte (Tabell 14). Tabell 30 viser svarene bl.a. på spørsmålet «Diskuterer du med helsepersonellet som er med på å gi deg helsetjenester hva som er viktigst for deg når det gjelder å håndtere egen helse og velvære?» Drøyt en av fem (21,3 %) svarte «nei, egentlig ikke» eller «nei, absolutt ikke» på dette spørsmålet. Helsepersonell kan ofte erfare at det er lite samsvar mellom hva helsepersonell oppfatter som informasjon som er gitt og det pasienter rapporterer som informasjon mottatt. Selv om resultatene fra PaRIS gir et ganske sprikende bilde av dagens praksis, indikerer de at støtte til egenomsorg er et tiltak som bør ha høyere prioritet i tjenester til pasienter med kroniske tilstander.

Den norske skåren på indikatoren *Erfart koordinering* er lav sammenliknet med andre land. Legepraksisene anser seg stort sett som forberedt på å koordinere sine tjenester med andre helse- og sosialtjenester og koordineringen gjøres som oftest av helsepersonell i praksisen, se Tabell 19 og 20. Fra tallene i Tabell 18 kan vi utlede at av pasienter som har minst en kronisk tilstand og som mottar helsehjelp fra mer enn en tjeneste, er det 70 % som har et ansvarlig helsepersonell som koordinerer tjenestene de får. Svarene på spørsmålet «Er helsetjenestene dine organisert på en måte som fungerer for deg?» viser tydelig nytten av slik koordinering sett

med pasientenes øyne, og nytten øker med økende antall kroniske tilstander (Tabell 21). Blant pasienter med to eller flere kroniske tilstander var andelen som beskriver organiseringen av tjenestene som velfungerende dobbelt så stor blant dem som har et helsepersonell med ansvar for koordinering av tjenestene, som blant de som ikke har. Andelen svarere med et helsepersonell med ansvar for koordinering av tjenester var lavere i Norge enn i gjennomsnittet i PaRIS.

I OECDs hovedrapport trekkes behandlingsplaner fram som et verktøy som kan understøtte koordinering, men som benyttes i for liten grad. Imidlertid er resultatene sprikende mellom pasientene og legepraksisene, også i Norge. Det er mange typer planer i bruk for pasienter som bruker helse- og omsorgstjenester, og noe av spriket i svarene kan komme av at det er uklart hvilke planer spørsmålene sikter til. Nær halvparten av legepraksisene rapporterer at behandlingsplaner ikke utvikles rutinemessig, men pasienter med spesifikke kroniske tilstander er den gruppen som mest hyppig får utviklet planer for sin behandling (Tabell 23). Når det gjelder bruk av behandlingsplaner i konsultasjoner, svarte flest fastleger at de de var i bruk med noen av pasientene i de aktuelle gruppene minst én gang i året. Pasientene selv, deres omsorgspersoner og/eller familiemedlemmer, samt helsepersonell utenfor praksisen var involvert i utviklingen av planene, og biomedisinsk informasjon hadde stor plass i innholdet.

Blant pasienter med minst en kronisk tilstand svarte 31,2 % at de har «en behandlingsplan som tar i betraktning alle dine helse- og velværebehov», (Tabell 27). Planen er tilgjengelig for de aller fleste av disse. Blant de 2061 pasientene som bekreftet at de har en behandlingsplan opplevde 75,2 % at planen var nyttig, og 72,0 % at alt helsepersonell som var involvert fulgte den samme planen. Dette indikerer at å ha en behandlingsplan representerer en fordel som burde komme en større andel pasienter i Norge til gode.

Digitale verktøy kan brukes til å styrke personsentrering ifølge OECDs hovedrapport, men det pekes samtidig på at ferdighetene til å bruke dette er ujevnt fordelt. Fra de norske dataene viser Figur 5 at tryggheten på å bruke informasjon fra internett er lavest blant de eldste svarerne. Figur 6 viser at hvor enkelt svarerne synes det er å bruke nettsiden til legekontoret/-senteret for å finne informasjon eller få tilgang til tjenester, også faller med økende alder. Dette kan være en egenskap som kan tilskrives alderskohorten, at de som er født lengst tilbake i tid er mindre vant med den type verktøy gjennom livet, eller med alderen i seg selv, at digitale verktøy krever utstyr og ferdigheter som personer med økende alder får redusert motivasjon for å holde oppdatert. Det er de høyest utdannede som finner det enklest å bruke nettsidene (Figur 7). Det er verdt å merke seg at 12,3 % av utvalget som ble trukket til PaRIS ikke hadde profil på Helsenorge. Digitale verktøy vil utvilsomt benyttes i større grad, og på flere områder, innen primærhelsetjenestene. Forslag til ny fastlegeforskrift foreslår blant annet at fastleger må tilby digital timebestilling på Helsenorge og konsultasjoner via video, tekst og telefon for egnede henvendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025).

Oppgaveglidning og omorganisering er aktuelle tiltak i primærhelsetjenesten framover, og forsøk med primærhelseteam har vist lovende resultat (Aandahl E et al., 2024). PaRIS kunne ha bidratt til kunnskap i denne sammenhengen, men andre grupper enn fastlegene var så fåtallige at det ikke var grunnlag for sammenlikning. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å stimulere til økt tverrfaglighet ved å yte stønad også til oppgaver som er delegert og blir utført av sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025).

Norges skår på nøkkelindikatoren *Tillit til helsevesenet* er statistisk signifikant bedre enn gjennomsnittet i PaRIS. Et viktig grunnlag for tillit til helsetjenestene er generell tillit til

administrative tjenester man har erfaring med. En undersøkelse av OECD viste at 71 % av nordmenn er tilfredse med administrative tjenester de har brukt, sammenliknet med 66 % i hele OECD. I samme undersøkelse var 59 % av nordmenn tilfredse med helsevesenet, mot 52 % i hele OECD (OECD, 2024).

Kapittel sju i OECDs hovedrapport presenterer og vurderer metodiske utfordringer og konkluderer med at surveyen bidrar til å forstå pasientopplevelser på tvers av ulike helsesystemer. Samtidig gjøres det klart at det er viktig at leseren, når resultatene fra surveyen blir vurdert, tar med i betraktningen at mulige skjevheter kan oppstå på grunn av landenes ulike rutiner i gjennomføring av undersøkelsen.

Isolert sett gir ikke materialet fra denne tverrsnittsundersøkelsen som er gjennomført for første gang holdepunkt for å slå fast grenser for hva som er for dårlig, tilstrekkelig/forsvarlig, eller optimalt resultat for de ulike nøkkelindikatorene. Repeterte målinger med videre forskning og sammenstilling med andre data kan lede til større innsikt.

Når det gjelder internasjonale sammenlikninger er det viktig å ta hensyn til hvilken gruppe land som har deltatt. Det er en mangfoldig gruppe, som ikke består bare av «land vi vanligvis sammenlikner oss med». Helsesystemene er ulike, og kulturen og befolkningens forventninger til helsetjenestene varierer. Det er usikkert hvilken betydning dette har for resultatene i undersøkelsen, og dette vil være problemstillinger for videre forskning og utvikling.

5 Konklusjon

Den første gjennomføringen av PaRIS har vist at de norske fastlegepasientene i utvalget har helseindikatorer og erfaringer med helsetjenesten stort sett på nivå med gjennomsnittet for alle deltakerlandene i undersøkelsen. For indikatorene *Fysisk helse*, *Velvære* og *Tillit til helsevesenet*, skårer de norske pasientenes over gjennomsnittet.

Flertallet av norske fastlegepasienter over 45 år vurderer helsehjelpen hos fastlegen som meget god. Ut fra temaene som er undersøkt, er det trolig en fordel for pasienter med kroniske tilstander at det blir gjort tiltak for å bedre koordinering av ulike tjenester og at fastlegene legger vekt på å styrke pasientenes egenmestring.

Gjentatte undersøkelser vil gi anledning til å evaluere fastlegetjenestens utvikling videre.

5.1 Veien videre

Med utgangspunkt i denne første syklusen i PaRIS vil forsknings- og utviklingsarbeid på design og metode ta sikte på å styrke neste gjennomføring av PaRIS.

De norske dataene fra 2023 blir benyttet i vitenskapelige publikasjoner som er under arbeid og som omfatter videreføring av samarbeidet OECD og medlemmer i konsortiet. Publikasjonene har mer fokuserte problemstillinger og avanserte analyser enn denne rapporten. På grunn av aktualitet og felles tematikk bør det vurderes om PaRIS kan integreres med og gjensidig supplere den nasjonale fastlegeundersøkelsen og nasjonale registre.

Erfaringer og innsikt fra PaRIS' første syklus blir trukket inn i søknader til EU og NFR om finansiering av framtidig forskning påområdet.

6 Referanser

- Bjertnaes, Ø.A., Skudal, K.E., van den Berg, M.J., Porter, I., Holmboe, O., Norman, R.M., . . . Valderas, J.M. (2024). International survey of people living with chronic conditions (PaRIS survey): effects of general practitioner non-participation on the representativeness of the Norwegian patient data. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1257. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11751-0>
- Bjertnaes, Ø.A., Lyngstad, I., Malterud, K., & Garratt, A. (2011). The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Family Practice*, 28(3), 342-349. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz098>
- Bjertnæs ØA, Rijken M, Porter I, Norman R.M., Sjetne I.S., Iversen H.H., Rørtveit, G., Valderas, J.M. (2025). Identifying patient and provider determinants of primary care experiences and outcomes for persons with chronic conditions: a multilevel analysis of a nation-wide survey in Norway (innsendt artikkel).
- Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E.C., Januel, J.M., . . . Klazinga, N.S. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*, 27(2), 137-146. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004>
- de Boer, D., van den Berg, M., Ballester, M., Bloemeke, J., Boerma, W., de Bienassis, K., . . . Rijken, M. (2022). Assessing the outcomes and experiences of care from the perspective of people living with chronic conditions, to support countries in developing people-centred policies and practices: study protocol of the International Survey of People Living with Chronic Conditions (PaRIS survey). *BMJ Open*, 12(9), e061424. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061424>
- Groenewegen, P., Spreeuwenberg, P., Timans, R., Groene, O., Suñol, R., Valderas, J.M., & Rijken, M. (2024). Data analysis plan of the OECD PaRIS survey: leveraging a multi-level approach to analyse data collected from people living with chronic conditions and their primary care practices in 20 countries. *BMC Research Notes*, 17(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06815-7>
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Teamarbeid gir bedre tjenester til pasientene*. Hentet 19.05.2025, 2024, fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/teamarbeid-gir-bedre-tjenester-til-pasientene/id2897804/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Ny fastlegeforskrift på høring*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-fastlegeforskrift-pa-horing/id3092480/?utm_source=www.regjeringen.no&utm_medium=rss&utm_campaign=RSS-2581966-documentTypeaktuelt/nyheter
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001a). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001b). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. (2023:4). Oslo: Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2018). *De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 12.27.2024, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>
- Helsedirektoratet. (2022). *Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer [nettdokument]*. Hentet 06. februar 2025, 2024, fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
- Helsedirektoratet. (2024). *KUHR-databasen*. Hentet 15.12.2024, 2024
- Helsedirektoratet. (2022). *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. januar 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/digital-behandlings-og-egenbehandlingsplan>
- Helsedirektoratet. (2022b). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023 - Inklusive status per mai 2024 Arbeidet med allmennlegetjenesten* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennlegetjenesten-arsrapport-2023-inklusive-status-per-mai-2024/pdf-versjon-av-rapporten>
- Helsenorge. *Individuell plan og koordinator*. Hentet 2024, fra <https://www.helsenorge.no/rettigheter/individuell-plan/>
- Helsenorge. *Om behandlingsplan*. Oslo: Hentet 2024, fra <https://www.helsenorge.no/behandlingsplan/om/>
- Helsetilsynet. (2022). *Presset fastlegesituasjon har konsekvenser for pasientene –gjennomgang av tilsynserfaringer* (Rapport fra Helsetilsynet 3/2022). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2022/helsetilsynetrappor_3_2022.pdf
- Jelin, E., Bjertnaes, Ø.A., & Norman, R.M. (2024). Factors associated with patients' experience of accessibility to general practice: results from a national survey in Norway. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1008. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11460-8>
- Lloyd, H., Fosh, B., Whalley, B., Byng, R., & Close, J. (2019). Validation of the person-centred coordinated care experience questionnaire (P3CEQ). *Int J Qual Health Care*, 31(7), 506-512. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy212>
- Norman, R. M., Jelin, E., & Bjertnaes, Ø.A. (2024). Multimorbidity and patient experience with general practice: A national cross-sectional survey in Norway. *BMC Prim Care*, 25(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02495-1>
- Northwestern University's Feinberg School of Medicine. (3/27/2023). *PROMIS®* Northwestern University's Feinberg School of Medicine,. Hentet 1/2/2025, 2025, fra <https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>
- OECD. (2017). *OECD Guidelines on Measuring Trust*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2024). *OECD Survey on Drivers of Trust in Public Institutions 2024 Results - Country Notes: Norway*. Paris: OECD Publishing. Hentet fra https://www.oecd.org/en/publications/oecd-survey-on-drivers-of-trust-in-public-institutions-2024-results-country-notes_a8004759-en/norway_d9a67b9b-en.html

- OECD. (2025a). *Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Norway*. Paris: OECD Publishing. Hentet fra https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/norway_c97a0c44-en.html
- OECD. (2025b). *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. Paris: OECD Publishing. Hentet fra https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver_c8af05a5-en.html
- OECD. [Nettside]. Hentet 25.10.2024, fra <https://www.oecd.org/en.html>
- Osborn, R., Squires, D., Doty, M.M., Sarnak, D.O., & Schneider, E.C. (2016). In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. *Health Aff (Millwood)*, 35(12), 2327-2336. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1088>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Valderas, J. M., Porter, I., Martin-Delgado, J., Rijken, M., de Jong, J., Groene, O., . . . van den Berg, M. (2024). Development of the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) conceptual framework to monitor and improve the performance of primary care for people living with chronic conditions. *BMJ Qual Saf*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017301>
- van den Berg, M., Kendir, C., Castelblanco, D., Larrain, N., Guanais, F., Groene, O., . . . Rijken, M. (2024). *PaRIS Field Trial Report: Technical report on the international PaRIS survey of people living with chronic conditions* (OECD Health Working Papers No. 166). Paris: OECD Publishing. Hentet fra <https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/166-en.html>
- Aandahl E, Abelsen B, Fosse A, Godager G, Iversen T, Løyland HI, . . . Sæther EM. (2024). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018 – 2023* (Statusrapport VI). Oslo. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/evaluering-av-forsok-med-primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-statusrapport-vi.pdf/_attachment/inline/8bc3d315-3753-4ecf-be69-d4c17ad47779:aa3447a2a9a1b2080f33c1eb2bd9bbcb2532f1e/Evaluering%20av%20fors%C3%B8k%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20%E2%80%93%20statusrapport%20VI.pdf

7 Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreskjema til fastlegene

Internasjonal undersøkelse om helsetjenester til pasienter med kroniske tilstander

Skjemaet blir lest av en maskin.

Vi ber deg bruke blå eller svart penn og sette ett svarkryss for hvert spørsmål.

Sett kryss inne i riktig rute slik: ☒ ikke slik: ☐

Vi vil begynne med å stille noen spørsmål om
praksisen du jobber i.

01. Hvor ligger praksisen der du jobber?

- ☐ Storby
- ☐ By eller forstad
- ☐ "På landet"/rurale strøk
- ☐ Vet ikke

02. Hvilken type praksis jobber du i?

- ☐ Solopraksis (en praksis som drives av én lege eller annen type helsepersonell)
- ☐ Gruppepraksis med egne pasienter (to eller flere leger eller helsepersonell, som deler lokaler, men som ikke har en felles pasientliste)
- ☐ Gruppepraksis med felles pasienter (to eller flere leger eller helsepersonell, som deler en felles pasientliste)
- ☐ Gruppepraksis med flere spesialiteter (praksis som drives av to eller flere leger eller helsepersonell, som har forskjellige spesialiseringer)
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

03. Tilbyr praksisen du jobber i medisinske tjenester til pasienter uten en timeavtale?

- ☐ Ja → gå til spørsmål 4
- ☐ Nei → gå til spørsmål 5
- ☐ Vet ikke → gå til spørsmål 5

04. Hvilke typer pasienter tilbyr du/dere medisinske tjenester til uten en timeavtale?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Pasienter med medisinske problemer som **haster** og **som er registrert** ved praksisen
- ☐ Pasienter med medisinske problemer som **ikke haster** og **som er registrert** ved praksisen
- ☐ Pasienter med medisinske problemer som **haster** og **som ikke er registrert** ved praksisen
- ☐ Pasienter med medisinske problemer som **ikke haster** og **som ikke er registrert** ved praksisen

05. Hvilke av de følgende alternativene er tilgjengelige for pasientene dine utenfor vanlig åpningstid?

Ikke inkluder tjenester bestilt utenfor praksisen, f.eks. legevakt.

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Time før eller etter praksisens vanlige arbeidstid, 8-16 (minst én gang i uken)
- ☐ Time ved praksisen på en helgedag
- ☐ Ta direkte kontakt med lege eller sykepleier via eksterne alternativer (f.eks. telefon eller online chat/meldinger)
- ☐ Legge igjen en beskjed på en telefonsvarer, eller fylle ut et elektronisk skjema slik at en lege eller sykepleier raskt kan ringe tilbake
- ☐ Annet
- ☐ Ingen av disse
- ☐ Vet ikke

06. Gjennomfører minst én lege eller annet helsepersonell fra praksisen hjemmebesøk?

- ☐ Ja
☐ Nei
☐ Vet ikke

07. Hvilke roller og funksjoner har medarbeiderne (andre enn leger) som jobber i praksisen din, når det gjelder håndtering av pasienter med kroniske tilstander?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Pasientopplæring og rådgivning (f.eks. om tobakksbruk, kosthold eller fysisk aktivitet)
☐ Oppgaver knyttet til håndtering av kronisk sykdom (f.eks. kontroll av diabetes, sårstell eller måling av blodtrykk)
☐ Andre roller og funksjoner (spesifiser)

- ☐ Det er ingen andre medarbeidere enn leger i det medisinske teamet
☐ Vet ikke

08. Tilbyr praksisen din telefon, video eller andre nettbaserte konsultasjonsmetoder til pasientene?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Telefonkonsultasjoner
☐ Videokonsultasjoner
☐ Konsultasjoner via andre eksterne alternativer (f.eks. tekstmeldinger, meldinger via pasientplattformer)
☐ Ingen av disse
☐ Vet ikke

Hvor mye tid er det satt av til hver av de følgende aktivitetene i praksisen din (utført av leger)?

09. Konsultasjoner for nyregistrerte pasienter

- ☐ Inntil 5 minutter
☐ 6-10 minutter
☐ 11-15 minutter
☐ 16-20 minutter
☐ 21-30 minutter
☐ Mer enn 30 minutter
☐ Ikke forhåndsspesifisert
☐ Vet ikke
☐ Ikke relevant

10. Regelmessige og oppfølgende konsultasjoner

- ☐ Inntil 5 minutter
☐ 6-10 minutter
☐ 11-15 minutter
☐ 16-20 minutter
☐ 21-30 minutter
☐ Mer enn 30 minutter
☐ Ikke forhåndsspesifisert
☐ Vet ikke
☐ Ikke relevant

11. Ø-hjelpstimer (øyeblikkelig hjelp)

- ☐ Inntil 5 minutter
☐ 6-10 minutter
☐ 11-15 minutter
☐ 16-20 minutter
☐ 21-30 minutter
☐ Mer enn 30 minutter
☐ Ikke forhåndsspesifisert
☐ Vet ikke
☐ Ikke relevant

12. Hjemmebesøk (ikke inklusiv reisetid)

- ☐ Inntil 5 minutter
- ☐ 6-10 minutter
- ☐ 11-15 minutter
- ☐ 16-20 minutter
- ☐ 21-30 minutter
- ☐ Mer enn 30 minutter
- ☐ Ikke forhåndsspesifisert
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

13. Telefonkonsultasjoner

- ☐ Inntil 5 minutter
- ☐ 6-10 minutter
- ☐ 11-15 minutter
- ☐ 16-20 minutter
- ☐ 21-30 minutter
- ☐ Mer enn 30 minutter
- ☐ Ikke forhåndsspesifisert
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

14. Videokonsultasjoner

- ☐ Inntil 5 minutter
- ☐ 6-10 minutter
- ☐ 11-15 minutter
- ☐ 16-20 minutter
- ☐ 21-30 minutter
- ☐ Mer enn 30 minutter
- ☐ Ikke forhåndsspesifisert
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

15. Konsultasjoner via andre eksterne alternativer (f.eks. tekstmeldinger, meldinger via pasientplattformer)

- ☐ Inntil 5 minutter
- ☐ 6-10 minutter
- ☐ 11-15 minutter
- ☐ 16-20 minutter
- ☐ 21-30 minutter
- ☐ Mer enn 30 minutter
- ☐ Ikke forhåndsspesifisert
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

16. Hvordan blir leger betalt i praksisen din?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Takst*
- ☐ Timehonorar*
- ☐ Fast lønn*
- ☐ Kvalitetsbasert finansiering*
- ☐ Basistilskudd*
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

17. Mottar praksisen din en tilleggsbetaling under følgende omstendigheter?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Hvis mål for screening eller forebygging nås
- ☐ Hvis mål for henvisning av pasienter nås
- ☐ Når praksisen har vanskeligstilte pasienter (f.eks. personer uten sosial beskyttelse og/eller som er økonomisk sårbare)
- ☐ Arbeid utført i et bestemt område (avsidesliggende)
- ☐ Hvis andre mål knyttet til kostnadsbegrensning nås
- ☐ Oppnåelse av kliniske, helseprosess- eller resultatindikatorer
- ☐ Annet _____
- ☐ Ingen av disse
- ☐ Vet ikke

* Se forklaring på siste siden i skjemaet

De neste spørsmålene handler om organisering av behandling i praksisen din.

18. I hvilke formater fører du/dere pasientjournaler* i praksisen din?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Pasientjournaler føres elektronisk
- ☐ Pasientjournaler føres i papirformat
- ☐ Vet ikke

19. For hvilke typer pasienter føres pasientjournaler i praksisen din?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Det føres pasientjournaler for pasienter som ikke er på listen
- ☐ Det føres pasientjournaler for pasientene på listen
- ☐ Det føres pasientjournaler for alle pasientene
- ☐ Vet ikke

20. Hvilken, hvis noe, av følgende informasjon tas rutinemessig med i pasientjournalen?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Årsaker til konsultasjonen
- ☐ Medisinsk familiehistorie
- ☐ Bosituasjon (alene, partner, familie)
- ☐ Arbeidssituasjon
- ☐ Etnisitet
- ☐ Røykevane
- ☐ Rusmidler (alkohol og/eller narkotika)
- ☐ Vekt og høyde
- ☐ Kliniske parametre (som blodtrykk)
- ☐ Prøvesvar/testresultater
- ☐ Diagnoser
- ☐ Foreskrevne legemidler
- ☐ Annen informasjon
- ☐ Vet ikke

21. Er pasientjournalen tilgjengelig under møtene med pasientene?

- ☐ Ja, alltid
- ☐ Ja, noen ganger
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

22. Når det kommer nye pasienter til praksisen, mottar du/dere pasientjournalene fra den forrige praksisen?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Ja, jeg/vi kan få tilgang elektronisk uten å be om den direkte
- ☐ Ja, når jeg/vi ber om den fra den forrige praksisen
- ☐ Ja, når pasienten har den med seg
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

23. Kan praksisen din produsere følgende informasjon om pasientene i praksisen ved hjelp av et datastyrt system (f.eks. et klinisk informasjonssystem*)?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Liste over pasienter etter diagnose
- ☐ Liste over pasienter som skal eller allerede skulle ha tatt prøver eller gjennomgått forebyggende behandling (f.eks. som er klare for influensavaksine)
- ☐ Liste over pasienter som tar et bestemt legemiddel foreskrevet i **din praksis**
- ☐ Liste over pasienter som tar et bestemt legemiddel foreskrevet **utenfor** din praksis
- ☐ Liste over alle laboratorieresultatene til en enkeltpasient bestilt av noen i **din praksis**
- ☐ Liste over alle laboratorieresultatene til en enkeltpasient bestilt **utenfor** din praksis
- ☐ Klinisk sammendrag fra hvert besøk
- ☐ Ikke noe av denne informasjonen kan produseres ved hjelp av et datastyrt system
- ☐ Vet ikke

* Se forklaring på siste siden i skjemaet

24. Hvilke, hvis noen, av følgende oppgaver blir utført rutinemessig i praksisen din ved hjelp av et datastyrt system (f.eks. et klinisk informasjonssystem*)?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Timebestillinger
- ☐ Pasientene får tilsendt påminnelser når det er på tide med regelmessig forebyggende behandling eller oppfølging (f.eks. influensavaksine eller glykert hemoglobin for diabetespasienter)
- ☐ Laboratorieprøver spores inntil svarene når praksisen
- ☐ Helsepersonell får en påminnelse om å gi pasientene testresultater når de når praksisen
- ☐ Helsepersonell får en påminnelse om retningslinjebaserte intervensjoner og/eller screeningtester
- ☐ Ingen av disse
- ☐ Vet ikke

25. Kan praksisen din utveksle noe av følgende informasjon elektronisk med helsepersonell utenfor praksisen?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Kliniske sammendrag om pasient
- ☐ Svar på laboratorieprøver og diagnostiske tester
- ☐ Elektroniske pasientjournaler
- ☐ Ikke noe av denne informasjonen kan utveksles med helsepersonell utenfor praksisen
- ☐ Vet ikke

26. Går praksisen din gjennom indikatorer om følgende aspekter ved tjenestene til pasientene?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Kliniske resultater (f.eks. prosentandel av diabetikere eller astmatikere med god kontroll)
- ☐ Pasienttilfredshet eller pasienterfaringer med tjenester, innhentet via undersøkelser
- ☐ Pasientenes sykehusinnleggelser eller bruk av akuttmottak
- ☐ Prosentandelen av pasienter som har mottatt anbefalt forebyggende behandling (f.eks. vaksinasjoner, test for okkult blod i avføring, livmorhalsprøve osv.)
- ☐ Etterlevelse av foreskrevne legemidler
- ☐ Ikke noe av denne informasjonen blir gjennomgått
- ☐ Vet ikke

De følgende spørsmålene handler om håndtering og oppfølging av pasienter med kroniske tilstander i din praksis.

27. Tilbyr du behandling (f.eks. vanlige avtaler, tester og gjennomgang av disse) for noen av de følgende kroniske tilstandene i praksisen din?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Hjerte- og karsykdom
 - ☐ Diabetes (type 1 eller 2)
 - ☐ Artritt eller andre muskel- og skjeletttilstander
 - ☐ Sykdommer i luftveiene (f.eks. astma eller KOLS)
 - ☐ Alzheimers sykdom eller annen årsak til demens
 - ☐ Psykiske lidelser (f.eks. depresjon, angst, bipolar lidelse, schizofreni)
 - ☐ Nevrologiske tilstander (f.eks. epilepsi eller migrene)
 - ☐ Kronisk nyresykdom
 - ☐ Kronisk leversykdom
 - ☐ Kreft
 - ☐ Annen
-

* Se forklaring på siste siden i skjemaet

Hvor godt forberedt er praksisen din på å koordinere behandling med andre helse- og sosialtjenester for følgende pasientgrupper?

28. Pasienter med én eller flere kroniske tilstander

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

29. Pasienter med alvorlige psykiske helseproblemer, som depresjon, bipolar lidelse eller schizofreni

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

30. Pasienter med problemer med avhengighet/rusmisbruk

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

31. Pasienter med behov for palliativ behandling

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

32. Pasienter med behov for koordinering av langvarig behandling (f.eks. hjemmetjenester som sykepleie eller personlig omsorg)

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

33. Pasienter med behov for koordinering av sosiale tjenester (f.eks. bolig, måltider og transport)

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

34. Pasienter som trenger tolketjenester i løpet av konsultasjonen

- ☐ Godt forberedt
- ☐ Ganske forberedt
- ☐ Ikke forberedt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

* Se forklaring på siste siden i skjemaet

35. Hvem er ansvarlig for å koordinere behandlingen* for pasienter med kroniske tilstander i praksisen din?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Behandlingen koordineres av helsepersonell i praksisen
- ☐ Behandlingen koordineres av helsepersonell utenfor praksisen
- ☐ Behandlingen koordineres av spesialiserte eksterne tjenester
- ☐ Koordineringstjenester for behandling gjøres på en annen måte
- ☐ Koordineringstjenester for behandling er ikke tilgjengelig
- ☐ Vet ikke

36. Utvikles behandlingsplaner* rutinemessig i din praksis for noen av de følgende pasientgruppene?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Pasienter med alle kroniske tilstander
- ☐ Pasienter med spesifikke kroniske tilstander
- ☐ Pasienter med spesifikke behov (f.eks. pasienter med ernæringsmessige behov eller sammensatte behandlingsbehov)
- ☐ Andre pasienter
- ☐ Behandlingsplaner utvikles ikke rutinemessig → **gå til spørsmål 41**
- ☐ Vet ikke → **gå til spørsmål 41**

Du svarte at behandlingsplaner* rutinemessig utvikles i din praksis for noen pasientgrupper.

37. I hvilken grad brukes behandlingsplaner* (f.eks. diskuteres, enes om, oppdateres) i konsultasjoner med disse pasientgruppene?

- ☐ De brukes med alle disse pasientene minst en gang i året
- ☐ De brukes med alle disse pasientene, men mindre enn en gang i året
- ☐ De brukes med noen av disse pasientene minst en gang i året
- ☐ De brukes med noen av disse pasientene, men mindre enn en gang i året
- ☐ De brukes ikke i konsultasjon med pasientene
- ☐ Vet ikke

38. Hvilke av følgende er vanligvis involvert i utviklingen av behandlingsplaner*?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Pasienter
- ☐ Pasientens omsorgspersoner og/eller familiemedlemmer
- ☐ Helsepersonell som arbeider i din praksis
- ☐ Helsepersonell som arbeider utenfor din praksis
- ☐ Noen andre
- ☐ Vet ikke

39. Hva av følgende er vanligvis inkludert i behandlingsplanene* som er utviklet i din praksis?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Sammendrag av pasientenes sykehistorie
- ☐ Pasientenes diagnoser
- ☐ Pasientenes legemidler
- ☐ Kliniske mål (f.eks. overvåke, kontrollere eller redusere blodtrykket)
- ☐ Pasientenes personlige mål (f.eks. dra på en tur eller fortsette med hobbyer)
- ☐ Oppgaver rettet mot håndtering av egen tilstand (f.eks. forbedre/styrke fysisk trening)
- ☐ Kontaktinformasjon til helsetjenester og/eller familiemedlemmer
- ☐ Dokumentasjon av andre helsetjenester som er involvert
- ☐ Besøk planlagt med andre helsetjenester (inkludert utenfor praksisen din)
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

40. Deles behandlingsplaner* med noen av de følgende i praksisen din (enten elektronisk eller på papir)?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Pasienter
- ☐ Pasientenes omsorgspersoner og/eller familiemedlemmer
- ☐ Helsepersonell som arbeider i din praksis
- ☐ Helsepersonell som arbeider utenfor din praksis
- ☐ Noen andre
- ☐ Vet ikke

* Se forklaring på siste siden i skjemaet

41. Hvilke av følgende utsagn beskriver hvordan støtte til egenomsorg* tilbys til pasienter med kroniske tilstander?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Støtte til egenomsorg gis muntlig i eller etter konsultasjonen
- ☐ Støtte til egenomsorg gis ved å distribuere informasjon (brosjyrer, hefter, Internett-/nettbasert informasjon)
- ☐ Støtte til egenomsorg gis ved å henvise til kurs eller instruktører i/for egenomsorg
- ☐ Støtte til egenomsorg gis ved å sette mål og lage en handlingsplan med medlemmer av praksisen
- ☐ Støtte til egenomsorg gis av medlemmer av praksisen som har opplæring i / erfaring med pasientmedbestemmelse og problemløsningsmetoder
- ☐ Støtte til egenomsorg tilbys ikke på noen av disse måtene
- ☐ Vet ikke

42. Hvor ofte blir mål for egenomsorg for pasienter med kroniske tilstander registrert i pasientjournalene?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri
- ☐ Vet ikke

43. Hvor ofte får pasienter med kroniske tilstander skriftlige instruksjoner (enten elektronisk eller på papir) om hvordan de kan håndtere egenomsorg (f.eks. instruksjoner om hva de kan gjøre for å kontrollere symptomer, forhindre oppblussing eller overvåke tilstanden sin hjemme)?

Merk: Ikke ta med resepter.

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri
- ☐ Vet ikke

Hvor ofte blir det skrevet henvisningsbrev (inkludert detaljer om foreløpig diagnose og mulige prøvesvar/testresultater) i praksisen din når pasienter blir henvist til en annen medisinsk spesialist?

44. Elektroniske henvisningsbrev

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri
- ☐ Vet ikke

45. Henvisningsbrev på papir

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri
- ☐ Vet ikke

Etter oppfølging hos en spesialist, hvor ofte mottar praksisen din tilbakemelding innenfor tidsfristen fra denne spesialisten på følgende måter?

46. Elektroniske henvisningsbrev

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

47. Henvisningsbrev på papir

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

Til slutt vil vi spørre om litt informasjon om deg selv.

48. Hvilken faglig bakgrunn har du?

- ☐ Allmennlege
- ☐ Spesialist i allmennmedisin
- ☐ Lege i spesialisering
- ☐ Annet

49. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med å arbeide som fastlege?

- ☐ Svært fornøyd
- ☐ Ganske fornøyd
- ☐ Både fornøyd og misfornøyd
- ☐ Ganske misfornøyd
- ☐ Svært misfornøyd

Skriv gjerne mer om dine erfaringer som fastlege til personer som har en/ flere kroniske tilstander....

Takk for at du deltok i denne undersøkelsen.

Ordforklaringer

Spørsmål 16

Takst er en form for godtgjørelse der hver enkelt legetjeneste blir evaluert og belønnet, i motsetning til fast sats per sak eller kompleks tjenestegodtgjørelse.

Timehonorar omfatter betalingsmekanismer der en betaling er knyttet til gjennomføringen av en tidsbegrenset terapeutisk eller rådgivende økt (denne betalingsmodellen brukes ofte innen psykisk helsevern eller rehabilitering).

Fast lønn er en fast godtgjørelse som skatt og trygdeavgift trekkes direkte fra, før mottakeren får den.

Kvalitetsbasert finansiering. I helsevesenet består betaling av ytelse av betalingsmodeller som legger økonomiske insentiver/ulempes til leverandørens ytelse, i forhold til beregningsdrevne resultater, beste praksis eller pasienttilfredshet/-erfaring.

Basistilskudd er en form for godtgjørelse for medisinske tjenester som betaler for tjenestene som tilbys i løpet av en viss periode med et totalbeløp per pasient, forsikret person eller behandlingssak.

Spørsmål 18

En **pasientjournal** er en journal med en pasients medisinske informasjon (medisinsk historikk, mottatt pleie eller behandling, testresultater, diagnoser og legemidler tatt).

Spørsmål 23 og 24

Et **klinisk informasjonssystem** er et datamaskinbasert system som er designet for å samle inn, lagre, bruke og gjøre klinisk informasjon tilgjengelig ved levering av helsetjenester.

Spørsmål 35

Koordinering av behandling er en pasientsentrert tilnærming for å samordne pasientens helsehjelp fra ulike helsetjenester og spesialister samtidig som pasienten får hjelp til å navigere effektivt gjennom helsetjenestesystemet.

Spørsmål 36, 37, 38, 39 og 40

Behandlingsplan er en avtale mellom pasienten og helsepersonellet som beskriver hvilken type helsehjelp pasienten trenger og hvordan denne behandlingen skal gis over en lengre tidsperiode.

Spørsmål 41

Støtte til egenomsorg inkluderer en portefølje av teknikker og verktøy som hjelper pasienter å ta en mer aktiv rolle i håndteringen av tilstanden sin. Dette inkluderer egenoppfølging av livsstilsendring, kommunikasjon med helsepersonell og å håndtere konsekvensene av kroniske tilstander i dagliglivet osv.

Vedlegg 2. Spørreskjema til pasientene

Internasjonal undersøkelse om helse og helsetjenester

Skjemaet blir lest av en maskin.

Vi ber deg bruke blå eller svart penn og sette ett svarkryss for hvert spørsmål.

└

Sett kryss inne i riktig rute slik: ☒ ikke slik: ☒

Helsen din

De første spørsmålene handler om deg og helsen din.

01. Hvor gammel er du?

- ☐ 44 år eller yngre
☐ 45-49 år
☐ 50-54 år
☐ 55-59 år
☐ 60-64 år
☐ 65-69 år
☐ 70-74 år
☐ 75-79 år
☐ 80-84 år
☐ 85 år eller eldre
☐ Foretrekker å ikke svare

02. Vil du si at helsen din generelt er:

- ☐ Utmerket
☐ Svært god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

03. Vil du si at livskvaliteten din generelt er:

- ☐ Utmerket
☐ Svært god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

└

04. Hvordan vil du generelt vurdere din fysiske helse?

- ☐ Utmerket
☐ Svært god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

05. Hvordan vil du generelt vurdere din psykiske helse, inkludert humøret og evnen til å tenke?

- ☐ Utmerket
☐ Svært god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

06. Vennligst vurdere din generelle tilfredshet med dine sosiale aktiviteter og forhold til andre...

- ☐ Utmerket
☐ Svært god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

└

07. Hvor godt klarer du generelt å utføre vanlige sosiale aktiviteter og roller?

(Inkludert aktiviteter hjemme, på jobb, i nærmiljøet og ansvar som forelder, barn, ektefelle/samboer, ansatt, venn osv.)

- ☐ Utmerket
☐ Svært god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

⊥

08. I hvilken grad klarer du å utføre daglige fysiske aktiviteter som å gå i trapper, bære handleposer eller flytte en stol?

- ☐ Fullt ut
☐ For det meste
☐ Moderat
☐ Litt
☐ Ikke i det hele tatt

De neste spørsmålene handler om eventuelle spesifikke symptomer som du kan ha opplevd i det siste.

09. I løpet av de siste 7 dagene:

Jeg har vært kortpustet

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ Litt
☐ Til en viss grad
☐ Mye
☐ Svært mye

10. I løpet av de siste 7 dagene:

Hvordan vil du gradere utmattelsen din i gjennomsnitt?

- ☐ Ingen
☐ Mild
☐ Moderat
☐ Alvorlig
☐ Veldig alvorlig

⊥

11. I løpet av de siste 7 dagene:

I hvor stor grad påvirket smerter dine daglige aktiviteter?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ Litt
☐ Til en viss grad
☐ Mye
☐ Svært mye

12. I løpet av de siste 7 dagene:

Hvordan vil du gradere smertene dine i gjennomsnitt?

- ☐ 0 - Ingen smerte
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 - Verst tenkelige smerte

⊥

13. I løpet av de siste 7 dagene:

Hvor ofte har du vært plaget av følelsesmessige problemer som å føle deg engstelig, nedstemt eller irritabel?

- ☐ Aldri
☐ Sjelden
☐ Noen ganger
☐ Ofte
☐ Alltid

⊥

I de neste spørsmålene ber vi deg tenke på hvordan du har følt deg de siste to ukene.

14. Jeg har følt meg glad og i godt humør

- ☐ Hele tiden
- ☐ Mesteparten av tiden
- ☐ Mer enn halvparten av tiden
- ☐ Mindre enn halvparten av tiden
- ☐ Av og til
- ☐ Aldri

15. Jeg har følt meg rolig og avslappet

- ☐ Hele tiden
- ☐ Mesteparten av tiden
- ☐ Mer enn halvparten av tiden
- ☐ Mindre enn halvparten av tiden
- ☐ Av og til
- ☐ Aldri

16. Jeg har følt meg aktiv og sterk

- ☐ Hele tiden
- ☐ Mesteparten av tiden
- ☐ Mer enn halvparten av tiden
- ☐ Mindre enn halvparten av tiden
- ☐ Av og til
- ☐ Aldri

17. Mitt daglige liv har vært fylt av ting som interesserer meg

- ☐ Hele tiden
- ☐ Mesteparten av tiden
- ☐ Mer enn halvparten av tiden
- ☐ Mindre enn halvparten av tiden
- ☐ Av og til
- ☐ Aldri

18. Jeg har følt meg opplagt og uthvilt når jeg våkner

- ☐ Hele tiden
- ☐ Mesteparten av tiden
- ☐ Mer enn halvparten av tiden
- ☐ Mindre enn halvparten av tiden
- ☐ Av og til
- ☐ Aldri

Håndtering av din helse og helsetjenester

De neste spørsmålene handler om din fysiske aktivitet, ditt kosthold og din bruk av tobakk og alkohol den siste tiden, samt eventuell støtte du har fått fra helsepersonell (leger, sykepleiere og annet helsepersonell).

Vennligst svar ut i fra din erfaring med pleie og behandling fra fastlegekontoret / andre primærhelsetjenester. Fastlegen er vanligvis første kontaktpunkt med helsetjenesten for en rekke nye og langvarige helseproblemer.

19. I løpet av den siste uken, hvor mange dager utførte du minst 30 minutter med enten hard eller moderat fysisk aktivitet (f.eks. løping, svømming, sykling, rask gange eller dansing)? Harde aktiviteter gjør at du vanligvis puster mye tyngre enn normalt, mens moderate aktiviteter gjør at du puster noe tyngre enn normalt.

- ☐ Hver dag
- ☐ 5 til 6 dager
- ☐ 3 til 4 dager
- ☐ 1 til 2 dager
- ☐ Jeg utførte ingen hard eller moderat aktivitet den siste uken
- ☐ Vet ikke

20. I løpet av de siste 12 månedene, har helsepersonell snakket med deg om din fysiske aktivitet?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

21. Hvor ofte spiser du frukt, unntatt juice fra fersk frukt eller laget av konsentrat?

- ☐ Mer enn én gang om dagen └
- ☐ Én gang om dagen
- ☐ 4 til 6 dager i uken
- ☐ 1 til 3 dager i uken
- ☐ Mindre enn én gang i uken
- ☐ Aldri

22. Hvor ofte spiser du grønnsaker eller salat, unntatt poteter og fersk juice eller juice laget av konsentrat?

- ☐ Mer enn én gang om dagen
- ☐ Én gang om dagen
- ☐ 4 til 6 dager i uken
- ☐ 1 til 3 dager i uken
- ☐ Mindre enn én gang i uken
- ☐ Aldri

23. I løpet av de siste 12 månedene, har helsepersonell snakket med deg om å spise sunt?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

24. Røyker du noen tobakksprodukter (unntatt elektroniske sigaretter eller lignende elektroniske produkter)?

- ☐ Ja, hver dag → sp 26
- ☐ Ja, av og til → sp 26
- ☐ Ikke i det hele tatt → sp 25

25. Har du noen gang røykt tobakksprodukter (unntatt elektroniske sigaretter eller lignende elektroniske produkter) daglig, eller nesten daglig, i minst ett år?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

26. I løpet av de siste 12 månedene, har helsepersonell snakket med deg om helserisikoen ved røyking eller bruk av tobakk, og hvordan du kan slutte?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt └

27. I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket en alkoholholdig drikk av noe slag (øl, vin, cider, sprit, coctailer, ferdigblandede drinker, brennevin, hjemmebrygget alkohol...)?

- ☐ Hver dag eller nesten hver dag → sp 28
- ☐ 5-6 dager i uken → sp 28
- ☐ 3-4 dager i uken → sp 28
- ☐ 1-2 dager i uken → sp 28
- ☐ 2-3 dager i måneden → sp 28
- ☐ Én gang i måneden → sp 28
- ☐ Sjeldnere enn én gang i måneden → sp 28
- ☐ Ikke i løpet av de 12 siste månedene, siden jeg ikke lenger drikker alkohol → sp 29
- ☐ Aldri, eller bare noen få slurker eller forsøk, i løpet av hele livet mitt → sp 29

28. I løpet av de siste 12 månedene, har helsepersonell snakket med deg om alkoholbruk?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

De neste spørsmålene handler om hvordan du og helsepersonellet du vanligvis har kontakt med, hjelper deg med din helse og helsetjenester.

Vennligst svar ut i fra din erfaring med pleie og behandling fra fastlegekontoret / andre primærhelsetjenester.

29. Jeg stoler på at helsepersonell forteller meg alt jeg trenger å vite for å håndtere helsen min

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

└

30. Mange spørsmål om helse er for vanskelige for meg å forstå

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

31. Jeg prøver aktivt å forebygge sykdommer og helseplager

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

32. Jeg overlater til helsepersonell å ta viktige beslutninger om helsen min

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

33. Det er viktig for meg å være informert om helse spørsmål

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

34. Det er nødvendig for meg å ha kunnskap om helse for å holde meg og min familie sunn og frisk

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

└

35. Jeg har problemer med å forstå mye av den helseinformasjonen jeg leser

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

36. Helsepersonell og jeg samarbeider om å håndtere helsen min

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

37. Når jeg leser eller hører noe som er relevant for helsen min og tjenestene jeg mottar, tar jeg det opp med helsepersonell

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

38. Jeg prøver å forstå mine personlige helserisikoer

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

└

└

39. Når jeg tror det er noe galt med helsen min / helsetjenestene jeg mottar, tar jeg det opp med helsepersonell

☐ Helt uenig

☐ Uenig

☐ Verken enig eller uenig

☐ Enig

☐ Helt enig

⊥

40. Hvor trygg er du på at du kan håndtere egen helse og eget velvære?

☐ Veldig trygg

☐ Trygg

☐ Ganske trygg

☐ Ikke trygg i det hele tatt

☐ Ikke aktuelt

41. Hvor trygg er du på at du kan følge instruksjoner fra helsepersonell om hvordan du skal ta vare på deg selv hjemme?

☐ Veldig trygg

☐ Trygg

☐ Ganske trygg

☐ Ikke trygg i det hele tatt

☐ Ikke aktuelt

42. Hvor trygg er du på at du kan følge instruksjoner fra helsepersonell om hvordan du kan endre vaner eller livsstil?

☐ Veldig trygg

☐ Trygg

☐ Ganske trygg

☐ Ikke trygg i det hele tatt

☐ Ikke aktuelt

43. Hvor trygg er du på at du kan vite når du trenger helsehjelp?

☐ Veldig trygg

☐ Trygg

☐ Ganske trygg

☐ Ikke trygg i det hele tatt

☐ Ikke aktuelt

⊥

44. Hvor trygg er du på at du kan vite når medisinerne dine gir bivirkninger?

☐ Veldig trygg

☐ Trygg

☐ Ganske trygg

☐ Ikke trygg i det hele tatt

☐ Ikke aktuelt

⊥

45. Hvor trygg er du på å bruke informasjon fra Internett til å ta beslutninger om helse?

☐ Veldig trygg

☐ Trygg

☐ Ganske trygg

☐ Ikke trygg i det hele tatt

☐ Ikke aktuelt

Din erfaring med helsetjenester

Vennligst svar ut i fra din erfaring med pleie og behandling fra fastlegekontoret / andre primærhelsetjenester.

46. Er det et helsepersonell du som regel går til med de fleste helseproblemene dine?

☐ Ja, én lege → **sp 47**

☐ Ja, én annen type helsepersonell → **sp 50**

☐ Nei, det er ingen spesiell helsepersonell jeg vanligvis går til for de fleste helseproblemene mine → **sp 53**

☐ Vet ikke → **sp 53**

47. Hvem er denne legen?

☐ Fastlegen

☐ En legespesialist

☐ Vet ikke

⊥

48. Hvor lenge har du vært pasient hos denne legen?

- ☐ 1 år eller mindre
- ☐ Mer enn 1 år, men ikke mer enn 3 år
- ☐ Mer enn 3 år, men ikke mer enn 5 år
- ☐ Mer enn 5 år, men ikke mer enn 10 år
- ☐ Mer enn 10 år
- ☐ Vet ikke

49. Hvor mange ganger har du hatt kontakt med denne legen i løpet av de siste 12 månedene?

Dette kan være ved personlig oppmøte, over telefon, via videoanrop eller kommunikasjon på nett.

- ☐ Ikke i løpet av de siste 12 månedene → **sp 53**
- ☐ Én gang → **sp 53**
- ☐ To ganger → **sp 53**
- ☐ Tre ganger → **sp 53**
- ☐ Fire ganger → **sp 53**
- ☐ Fem ganger eller mer → **sp 53**
- ☐ Vet ikke → **sp 53**

50. Hvem er dette helsepersonellet?

- ☐ En sykepleier → **sp 51**
- ☐ Spesialsykepleier → **sp 51**
- ☐ Et tilknyttet helsepersonell, som for eksempel en fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog eller fotterapeut → **sp 51**
- ☐ Annet helsepersonell → **sp 51**
- ☐ Vet ikke → **sp 53**

51. Hvor lenge har du gått til dette helsepersonellet?

- ☐ 1 år eller mindre
- ☐ Mer enn 1 år, men ikke mer enn 3 år
- ☐ Mer enn 3 år, men ikke mer enn 5 år
- ☐ Mer enn 5 år, men ikke mer enn 10 år
- ☐ Mer enn 10 år
- ☐ Vet ikke

52. Hvor mange ganger har du hatt kontakt med dette helsepersonellet i løpet av de siste 12 månedene?

Det kan være ved personlig oppmøte, over telefon, via videoanrop eller kommunikasjon på nett.

- ☐ Ikke i løpet av de siste 12 månedene
- ☐ Én gang
- ☐ To ganger
- ☐ Tre ganger
- ☐ Fire ganger
- ☐ Fem ganger eller mer
- ☐ Vet ikke

53. Har en lege noen gang fortalt deg at du har noen av disse helsetilstandene?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Høyt blodtrykk → **sp 54**
- ☐ Hjerte- og karsykdom → **sp 54**
- ☐ Diabetes (type 1 eller 2) → **sp 54**
- ☐ Leddgikt eller vedvarende problemer med rygg eller ledd → **sp 54**
- ☐ Sykdommer i luftveiene (f.eks. astma eller KOLS) → **sp 54**
- ☐ Alzheimers sykdom eller annen årsak til demens → **sp 54**
- ☐ Depresjon, angst eller andre psykiske helseproblemer (f.eks. bipolar lidelse eller schizofreni) (pågående) → **sp 54**
- ☐ Nevrologisk tilstand (f.eks. epilepsi eller migrene) → **sp 54**
- ☐ Kronisk nyresykdom → **sp 54**
- ☐ Kronisk leversykdom → **sp 54**
- ☐ Kreft (diagnose eller behandling i løpet av de siste 5 årene) → **sp 54**
- ☐ Andre langvarig(e) problem(er) → **sp 54**
- ☐ Jeg har aldri blitt fortalt av en lege at jeg har noen av disse tilstandene → **sp 71**

De neste spørsmålene handler om hvilke helsetjenester du kan ha mottatt for disse helsetilstandene.

Vennligst svar ut i fra din erfaring med pleie og behandling fra fastlegekontoret / andre primærhelsetjenester.

54. Har du et ansvarlig helsepersonell som koordinerer helsetjenestene du mottar?

☐ Ja → sp 55

☐ Nei → sp 57

☐ Jeg mottar ikke helsetjenester fra mer enn én tjeneste → sp 57

☐ Vet ikke → sp 57

55. Er dette det samme helsepersonellet som du går til for de fleste helseproblemene dine?

☐ Ja → sp 57

☐ Nei → sp 56

☐ Vet ikke → sp 56

56. Hvem er dette helsepersonellet?

☐ En lege med spesialisering i allmennmedisin - fastlege

☐ En annen legespesialist

☐ En sykepleier

☐ Spesialsykepleier

☐ Et tilknyttet helsepersonell, som for eksempel en fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog eller fotterapeut

☐ Annet helsepersonell

☐ Vet ikke

57. Er helsetjenestene dine organisert på en måte som fungerer for deg?

☐ Ja, absolutt

☐ Ja, til en viss grad

☐ Nei, egentlig ikke

☐ Nei, absolutt ikke

☐ Vet ikke

58. Diskuterer du med helsepersonellet som er med på å gi deg helsetjenester hva som er viktigst for deg når det gjelder å håndtere egen helse og eget velvære?

☐ Ja, absolutt

☐ Ja, til en viss grad

☐ Nei, egentlig ikke

☐ Nei, absolutt ikke

☐ Vet ikke

59. Er du involvert, i den grad du ønsker, i avgjørelser om helsen din og tjenestene du mottar?

☐ Ja, absolutt

☐ Ja, til en viss grad

☐ Nei, egentlig ikke

☐ Nei, absolutt ikke

☐ Vet ikke

60. Blir du sett på som et «helt menneske» og ikke kun som en sykdom/tilstand når det gjelder helsen din og tjenestene du mottar?

☐ Ja, absolutt

☐ Ja, til en viss grad

☐ Nei, egentlig ikke

☐ Nei, absolutt ikke

☐ Vet ikke

Av og til hjelper helsepersonell pasienter med å definere helsemål. Dette er ting som er viktige for deg og som du ønsker hjelp til å oppnå.

61. Hvor ofte snakker helsepersonell med deg om spesifikke mål for helsen din?

☐ Alltid

☐ Ofte

☐ Noen ganger

☐ Sjelden

☐ Aldri

☐ Vet ikke

De neste spørsmålene handler om behandlingsplaner. En behandlingsplan er en skriftlig avtale mellom deg og helsepersonellet som beskriver hvilken type helsetjenester du mottar over en lengre periode og hvordan disse tjenestene skal gis, og inkluderer også det du skal gjøre selv. Ikke alle har en behandlingsplan.

Vennligst svar ut i fra din erfaring med pleie og behandling fra fastlegekontoret / andre primærhelsetjenester.

62. Har du en behandlingsplan som tar i betraktning alle dine helse- og velværebehov?

☐ Ja → sp 63

☐ Nei → sp 66

☐ Vet ikke → sp 66

⊥

63. Er denne behandlingsplanen tilgjengelig for deg?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

64. I hvilken grad opplever du at behandlingsplanen din er nyttig for deg med tanke på å håndtere din helse og ditt velvære?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ Til en viss grad

☐ I stor grad

☐ Fullt ut

☐ Vet ikke

65. I hvilken grad følger alt helsepersonell som er involvert i pleien og behandlingen din den samme behandlingsplanen?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ Til en viss grad

☐ I stor grad

☐ Fullt ut

☐ Vet ikke

⊥

66. Får du nok støtte fra helsepersonell slik at du kan håndtere egen helse og eget velvære?

☐ Jeg trenger ikke støtte

☐ Jeg har ikke fått noen støtte

☐ Jeg får nok støtte noen ganger

☐ Jeg får ofte nok støtte

☐ Jeg får alltid nok støtte

☐ Ikke aktuelt

☐ Vet ikke

⊥

67. I hvilken grad mottar du nyttig informasjon når du trenger det, som hjelp til å håndtere egen helse og eget velvære?

☐ Jeg får ikke noe informasjon

☐ Jeg får av og til nok informasjon

☐ Jeg får ofte nok informasjon

☐ Jeg får alltid nok informasjon

☐ Jeg får for mye informasjon

☐ Ikke aktuelt

☐ Vet ikke

68. Involverer helsepersonell familien din, venner og/eller omsorgspersoner i avgjørelser om helsen din og tjenestene du mottar, i den grad du ønsker?

☐ Nei, absolutt ikke

☐ Nei, egentlig ikke

☐ Ja, til en viss grad

☐ Ja, absolutt

☐ Jeg ønsker ikke at familie, venner eller omsorgspersoner skal være involvert

☐ Familie, venner eller omsorgspersoner ønsker ikke å være involvert

☐ Ikke aktuelt

69. Hvor mange forskjellige medisiner foreskrevet av en lege tar du regelmessig?

☐ Ingen medisin → sp 71

☐ 1-2 medisiner → sp 70

☐ 3-4 medisiner → sp 70

☐ 5-9 medisiner → sp 70

☐ 10 eller flere medisiner → sp 70

⊥

70. I løpet av de siste 12 månedene, har helsepersonell sammen med deg gjennomgått medisinene du tar?

- ☐ Ja
☐ Nei
☐ Vet ikke

De neste spørsmålene handler om din erfaring med ditt vanlige fastlegekontor / andre primærhelsetjenester i løpet av de siste 12 månedene.

71. Har du opplevd å måtte gjenta informasjon som skulle ha vært i journalen din?

- ☐ Ja, absolutt
☐ Ja, til en viss grad
☐ Nei, ikke egentlig
☐ Nei, absolutt ikke
☐ Vet ikke

72. Av og til opplever pasienter en hendelse eller situasjon som kunne ha resultert i, eller resulterte i, unødvendig skade på dem selv, som å ikke få time når man trenger det; få feil eller forsinket diagnose eller behandling; eller oppleve problemer med kommunikasjon mellom helsepersonell.

Hvor ofte mener du at du har opplevd en slik hendelse ved ditt vanlige legekontor/-senter?

- ☐ Alltid
☐ Ofte
☐ Noen ganger
☐ Sjelden
☐ Aldri
☐ Ikke aktuelt

73. Hvor ofte følte du at helsepersonellet ved legekontoret/-senteret ditt oppmuntret deg til å snakke om bekymringer du hadde angående helsen din og tjenestene du mottar?

- ☐ Alltid
☐ Ofte
☐ Noen ganger
☐ Sjelden
☐ Aldri
☐ Ikke aktuelt

74. Hvor ofte har du hatt et helseproblem, men ikke oppsøkt hjelp på grunn av problemer med å reise til ditt legekontor/-senter?

- ☐ Alltid
☐ Ofte
☐ Noen ganger
☐ Sjelden
☐ Aldri
☐ Ikke aktuelt

75. Hvor ofte har du hatt et helseproblem, men ikke oppsøkt hjelp eller tatt reseptbelagt medisin på grunn av kostnaden?

- ☐ Alltid
☐ Ofte
☐ Noen ganger
☐ Sjelden
☐ Aldri
☐ Ikke aktuelt

De neste spørsmålene handler om de nettbaserte tjenestene som legekontoret/-senteret ditt kan tilby pasienter, f.eks. en nettside, app til smarttelefon eller videokonsultasjoner.

76. Hvor enkelt er det for deg å bruke nettsiden til legekantoret/-senteret ditt for å finne informasjon eller få tilgang til tjenester?

- ☐ Veldig enkelt └
☐ Ganske enkelt
☐ Ikke veldig enkelt
☐ Ikke enkelt i det hele tatt
☐ Jeg har ikke prøvd
☐ Mitt legekantore/-senter har ikke noen nettside
☐ Vet ikke

77. Så vidt du vet, hvilke av følgende nettjenester tilbyr legekantoret/-senteret ditt?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Timebestilling på nett
☐ Bestille faste resepter på nett
☐ Tilgang til mine pasientjournaler på nett
☐ Videokonsultasjoner
☐ Ingen av disse → **sp 79**
☐ Vet ikke → **sp 79**

78. Hvilke av følgende nettbaserte tjenester som legekantoret/-senteret ditt tilbyr, har du brukt?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Timebestilling på nett
☐ Bestille faste resepter på nett
☐ Tilgang til mine pasientjournaler på nett
☐ Videokonsultasjoner
☐ Ingen av disse

79. Alt i alt, hvordan vil du vurdere helsehjelpen du har mottatt i løpet av de siste 12 månedene fra legekantoret/-senteret ditt?

- ☐ Utmerket └
☐ Meget god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig
☐ Har ikke mottatt helsehjelp de siste 12 månedene
☐ Vet ikke

Andre helsetjenester

De neste spørsmålene handler om andre helsetjenester du har brukt de siste 12 månedene. └

80. I løpet av de siste 12 månedene, har du vært på et akuttmottak for å få helsehjelp selv?

- ☐ Nei
☐ Ja, én gang
☐ Ja, to ganger
☐ Ja, tre eller flere ganger
☐ Vet ikke

81. I løpet av de siste 12 månedene, har du vært innlagt på sykehus med minst én overnatting?

- ☐ Nei
☐ Ja, én gang
☐ Ja, to ganger
☐ Ja, tre eller flere ganger
☐ Vet ikke

Din siste konsultasjon/timeavtale

De neste spørsmålene handler om din siste konsultasjon med en fastlege, sykepleier eller annet helsepersonell i primærhelsetjenesten for å få hjelp selv. Dette kan ha vært med ditt faste helsepersonell eller annet helsepersonell, og omfatter konsultasjoner over telefon eller på et legekantore, eller en klinikk.

82. Hva var hovedformålet med denne konsultasjonen?

- ☐ Første kontakt angående et nytt helseproblem
☐ Oppfølging av et nytt helseproblem
☐ Rutinesjekk for et langvarig helseproblem
☐ Langvarig helseproblem, ikke rutinesjekk
☐ Generell forebyggende behandling
☐ Vet ikke └

83. Hvem hadde du denne siste konsultasjonen med?

Hvis du møtte mer enn ett helsepersonell, kan du velge den du tilbrakte mest tid med den dagen.

Vennligst velg kun ett svaralternativ.

- ☐ En fastlege/allmennlege
- ☐ En annen legespesialist
- ☐ En sykepleier
- ☐ Tilknyttet helsepersonell, f.eks. en fysioterapeut, ernæringsfysiolog eller fotpleier
- ☐ Annet helsepersonell
- ☐ Vet ikke

84. Hvor jobbet denne helsearbeideren?

- ☐ Legekontor/-senter eller helsesenter
- ☐ Poliklinikk (på et sykehus)
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

85. Hvilke av følgende alternativer beskriver best den typen helsehjelp du fikk?

Velg alle alternativene som passer.

- ☐ Konsultasjon med personlig oppmøte på legekontor/-senter
- ☐ Telefonkonsultasjon
- ☐ Videokonsultasjon
- ☐ Hjemmebesøk
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

86. Hvor lenge etter at du først prøvde å bestille timen, hadde du timeavtalen?

- ☐ Samme dag
- ☐ Neste dag
- ☐ Et par dager og opptil en uke senere
- ☐ Mer enn en uke og opptil en måned senere
- ☐ Mer enn en måned senere
- ☐ Husker ikke

87. Var ventetiden et problem for deg?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

88. Brukte dette helsepersonellet nok tid på deg?

- ☐ Ja, absolutt
- ☐ Ja, til en viss grad
- ☐ Nei, egentlig ikke
- ☐ Nei, absolutt ikke
- ☐ Vet ikke

89. Forklarte dette helsepersonellet ting på en måte som var lett å forstå?

- ☐ Ja, absolutt
- ☐ Ja, til en viss grad
- ☐ Nei, egentlig ikke
- ☐ Nei, absolutt ikke
- ☐ Vet ikke

90. Hadde du tillit til og stolte på helsepersonellet du møtte eller snakket med?

- ☐ Ja, absolutt
- ☐ Ja, til en viss grad
- ☐ Nei, egentlig ikke
- ☐ Nei, absolutt ikke
- ☐ Vet ikke

91. Hvordan vil du samlet sett vurdere kvaliteten på denne konsultasjonen?

- ☐ Utmerket
- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Nokså god
- ☐ Dårlig
- ☐ Vet ikke

De neste spørsmålene handler om hvorvidt du har testet positivt på covid-19 og symptomer du kan ha opplevd.

92. Har du noen gang testet positivt på covid-19 (ved å bruke en hurtigtest, selvtest eller laboratorietest) eller blitt fortalt av en lege eller annet helsepersonell at du har eller har hatt covid-19?

☐ Ja → sp 93

☐ Nei → sp 96

☐ Vet ikke → sp 96

93. Hadde du noen symptomer som varte i to måneder eller lengre som du ikke hadde før du fikk koronavirus eller covid-19?

Senfølger kan omfatte: trøtthet eller utmattelse, vansker med å tenke, konsentrasjons- eller hukommelsesproblemer (av og til omtalt som "hjernetåke"), vanskeligheter med å puste eller kortpustethet, ledd- eller muskelsmerter, hjerte som banker raskt eller hamrer (også kjent som hjertebank), bryst smerter, svimmelhet når du står, menstruasjonsforandringer, endringer i smak/ lukt eller manglende evne til å trene.

☐ Ja, symptomene varte mellom 2-3 måneder

☐ Ja, symptomene varte mellom 3-6 måneder

☐ Ja, symptomene varte mellom 6 måneder-1 år

☐ Ja, symptomene varte minst 1 år

☐ Nei → sp 96

☐ Vet ikke → sp 96

94. Har du fremdeles disse senfølgene?

☐ Ja

☐ Nei → sp 96

☐ Vet ikke → sp 96

95. Reduserer disse senfølgene din evne til å utføre dagligdagse aktiviteter sammenlignet med før du hadde covid-19?

☐ Ja, mye

☐ Ja, litt

☐ Ikke i det hele tatt

☐ Vet ikke

Om deg selv

I denne delen vil vi gjerne be om litt informasjon om deg selv. Det er viktig å samle inn denne informasjonen for å forstå om forskjellige grupper mennesker opplever ulik kvalitet i tjenestene de mottar.

96. Hvor mye veier du?

_____ kg

☐ Vet ikke

☐ Foretrekker å ikke svare

97. Hvor høy er du?

_____ cm

☐ Vet ikke

☐ Foretrekker å ikke svare

98. Hva er det høyeste utdanningsnivået du har?

Kun ett svar er tillatt.

☐ Ingen utdanning og førskoleutdanning

☐ Barneskoleutdanning

☐ Ungdomsskoleutdanning

☐ Videregående, grunnutdanning

☐ Videregående, avsluttende utdanning

☐ Fagskole

☐ Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå. Vanligvis bachelorgrad

☐ Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå. Vanligvis mastergrad

☐ Forskerutdanning. Vanligvis PhD-grad

99. Hvilket av de følgende alternativene beskriver deg best?

☐ Kvinne

☐ Mann

☐ Annet

☐ Foretrekker å ikke svare

100. Dette spørsmålet handler om seksuell legning. Identifiserer du deg som:

- ☐ Heteroseksuell (dvs. tiltrekkes av motsatt kjønn)
- ☐ Homoseksuell (homofil eller lesbisk, dvs. tiltrekkes av samme kjønn)
- ☐ Biseksuell (tiltrekkes av begge kjønn)
- ☐ Annet
- ☐ Foretrekker å ikke svare

101. Hvilke av disse kategoriene beskriver best din nåværende arbeidssituasjon?

- ☐ Selvstendig næringsdrivende (jobber for deg selv)
- ☐ I lønnet arbeid (jobber for noen andre)
- ☐ Jobbsøker
- ☐ Hjemmeværende
- ☐ Kan ikke jobbe på grunn av sykdom eller dårlig helse
- ☐ Pensjonert
- ☐ Student
- ☐ Ikke i arbeid og ikke arbeidssøkende
- ☐ Lærling
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

102. Hvilke av disse kategoriene faller nettoinntekten til husholdningen vanligvis inn under?

- ☐ Opptil 34 000 kroner i måneden
- ☐ Mellom 34 000 kroner og 56 000 kroner i måneden
- ☐ 56 000 kroner eller mer i måneden
- ☐ Vet ikke
- ☐ Foretrekker å ikke svare

103. I løpet av de siste 12 månedene, har du hatt problemer med å betale, eller kunne du ikke betale regninger for helsehjelp?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Ikke aktuelt

Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene har du vært bekymret eller stresset over følgende?

104. Ha nok penger til å kjøpe næringsrik mat?

- ☐ Alltid
- ☐ Vanligvis
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri

105. Ha nok penger til å betale husleie eller avdrag på boliglån?

- ☐ Alltid
- ☐ Vanligvis
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri

106. Ha nok penger til å betale andre månedlige regninger som strøm og telefon?

- ☐ Alltid
- ☐ Vanligvis
- ☐ Noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri

107. Ble du født i Norge?

- ☐ Ja
- ☐ Nei (oppgi landet der du ble født)

108. Er du norsk statsborger?

- ☐ Ja
- ☐ Nei (oppgi ditt statsborgerskap)

109. Hvilke av følgende alternativer beskriver best stedet der du bor?

- ☐ Storby └
- ☐ By eller forstad
- ☐ "På landet"/rurale strøk
- ☐ Vet ikke

110. Hvor mange barn under 18 år bor sammen med deg i husstanden din?

_____ barn under 18 år

111. Hvor mange personer som er 18 år og eldre, bor sammen med deg i husstanden din?

Ikke tell med deg selv

_____ personer som er 18 år og eldre

Hvis du skulle trenge hjelp, hvor enkelt er det for deg å få hjelp fra følgende personer?

112. Et nært familiemedlem (inkludert partneren din)?

- ☐ Veldig enkelt
- ☐ Enkelt
- ☐ Verken enkelt eller vanskelig
- ☐ Vanskelig
- ☐ Veldig vanskelig
- ☐ Ikke aktuelt

113. Venner, naboer og kollegaer?

- ☐ Veldig enkelt
- ☐ Enkelt
- ☐ Verken enkelt eller vanskelig
- ☐ Vanskelig
- ☐ Veldig vanskelig
- ☐ Ikke aktuelt

└

114. Trenger du fysisk hjelp eller støtte, for eksempel hjelp til å spise, kle på deg, bade, bevege deg rundt i huset eller assistanse utenfor huset for eksempel til å bruke transportmidler?

- ☐ Ja
- ☐ Nei └

115. Trenger du følelsesmessig behandling eller støtte, for eksempel trøst, råd eller veiledning?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

116. Trenger du støtte i forbindelse med din pleie og behandling, for eksempel til å administrere medisiner, bytte bandasjer eller bestille timer hos kommunale helse- og omsorgstjenester?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

117. I hvor stor grad er du enig eller uenig i at helsevesenet er til å stole på?

- ☐ Helt uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Verken enig eller uenig
- ☐ Enig
- ☐ Helt enig

118. Hvem fylte ut dette spørreskjemaet?

- ☐ Personen som ble invitert til å delta i undersøkelsen
- ☐ En venn eller slektning av personen som ble invitert til å delta i undersøkelsen
- ☐ Personen som ble invitert til å delta i undersøkelsen med hjelp fra en venn eller slektning
- ☐ Personen som ble invitert til å delta i undersøkelsen med hjelp fra helsepersonell

Flere spørsmål på siste side →

└

Til slutt stiller vi deg noen flere spørsmål om fastlegen din. Dersom du har hatt mer kontakt med en annen fastlege kan du vurdere denne legen i stedet.

119 Opplever du at fastlegen har nok tid til deg når du har legetime?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ I liten grad

☐ I noen grad

☐ I stor grad

☐ I svært stor grad

⊥

120 Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ I liten grad

☐ I noen grad

☐ I stor grad

☐ I svært stor grad

⊥

121 Opplever du at fastlegen koordinerer helsetjenestetilbudet ditt på en god måte?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ I liten grad

☐ I noen grad

☐ I stor grad

☐ I svært stor grad

☐ Ikke aktuelt

☐ Vet ikke

⊥

122 Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ I liten grad

☐ I noen grad

☐ I stor grad

☐ I svært stor grad

☐ Ikke aktuelt

123 Alt i alt, er du fornøyd med fastlegen din?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ I liten grad

☐ I noen grad

☐ I stor grad

☐ I svært stor grad

⊥

Skriv gjerne mer om dine erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret her:

Takk for at du deltok i denne undersøkelsen.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juli 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no