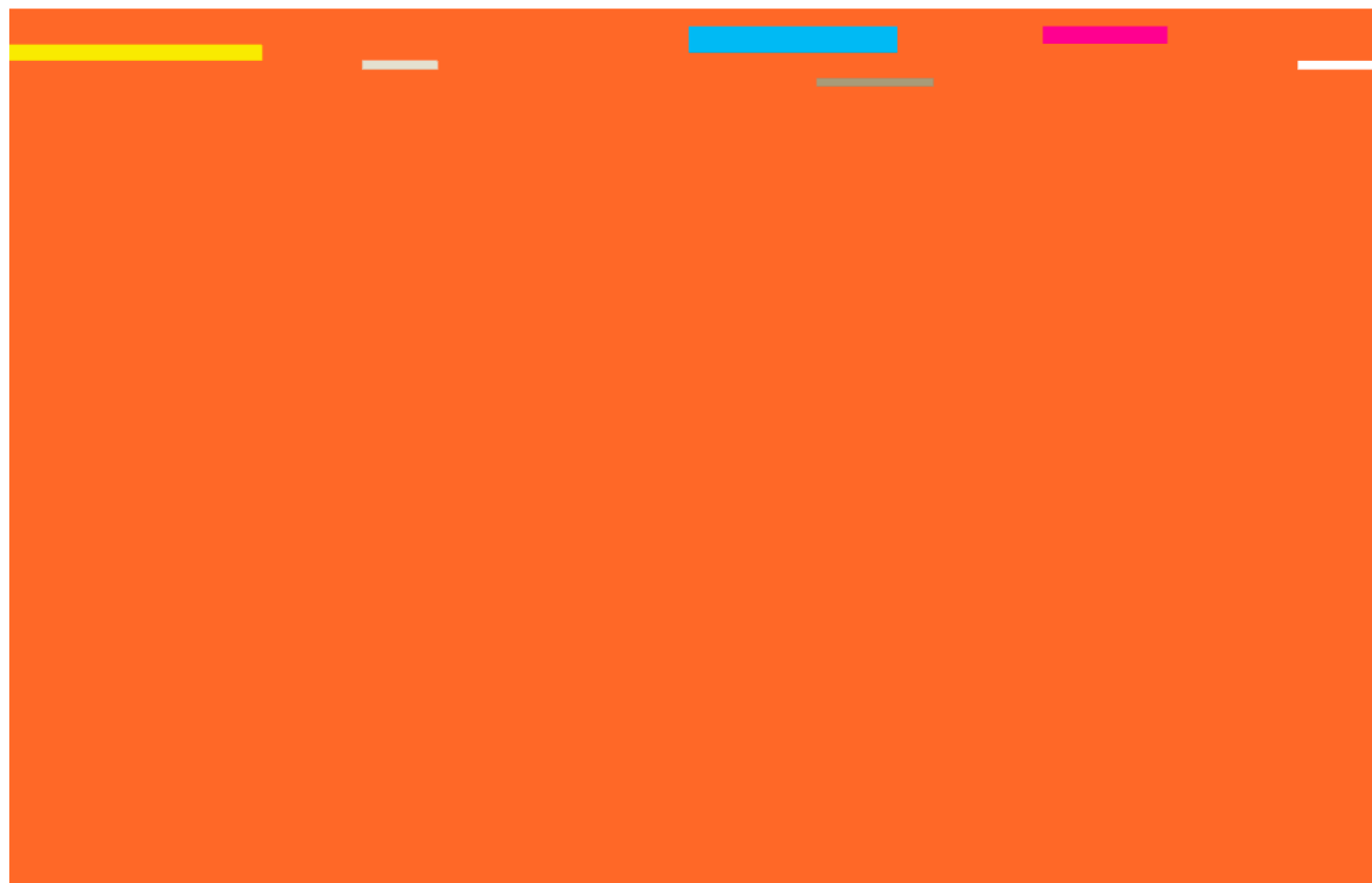


Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006

Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse

PasOpp-rapport Nr 1 - 2006 (PasOpp-rapport)



Tittel	Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006 – Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Sigve Oltedal, Olaf Holmboe, Jon Helgeland
ISBN	82-8121-106-7
ISSN	1890-1565
Rapport	Nr 1 – 2006
Prosjektnummer	271
Antall sider	36
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, juni 2006

1 Oppsummering/Summary

1.1 OPPSUMMERING

Våren 2006 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en spørreundersøkelse blant alle norske fastleger. Undersøkelsens mål var å kartlegge fastlegenes vurderinger av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Resultatene danner grunnlag for kvalitetsindikatoren "tilfredshet med samarbeidspartnere", som Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet som ny kvalitetsindikator innenfor psykisk helsevern.

I alt fikk vi svar fra 2415 fastleger, noe som gir undersøkelsen en svarprosent på 65. Undersøkelsen har tilfredsstillende representativitet. Det er utarbeidet tre rapporter fra undersøkelsen: Hovedresultater, metodedokumentasjon og institusjonsresultater.

Det er et forbedringspotensiale i kvaliteten til alle DPS-ene, sett fra fastlegenes perspektiv. Gjennomsnittskårer på undersøkelsens hovedområder strekker seg fra 30 til 55 på en skala fra 0 til 100 der 100 er best. Fastlegene gir best tilbakemeldinger på DPSets kompetanse til utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser, mens de gir dårligst tilbakemeldinger på samarbeid, støtte og veiledning fra DPSet. Kvaliteten på epikriser fra DPSene, samt DPSenes akuttberedskap vurderes som noe bedre, det samme gjelder fastlegenes vurdering av bemanningssituasjonen ved DPSene. De gir imidlertid uttrykk for manglende legedekning ved en del DPSet.

Det er til dels store regionale og institusjonsvise forskjeller på alle hovedområder.

Enkelte variabler har særlig sterk sammenheng med fastlegenes vurderinger. Dette gjelder fastlegenes kjennskap til de aktuelle DPSene, om de opplever at DPSene tar deres vurdering av pasientens situasjon på alvor, om det har skjedd spesielt negative hendelser som fastlegene mener DPSet kunne forhindre samt i hvilken grad fastlegene opplever at DPSene avviser pasienter som de henviser.

1.2 SUMMARY

During the spring of 2006 the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services conducted a survey among general practitioners in Norway. In total 2415 GPs answered a questionnaire which included a number of items concerning their experiences with community mental health centres to which they refer patients. The generalisability of the sample is regarded to be satisfactory. Three reports have been produced. The first gives the main results, the second gives an account of the methods used and the third report gives the results for each community mental health centre that was evaluated by Norwegian GPs.

From the GPs' point of view there is room for improvement at all the community mental health centres. Mean scores on five main dimensions range from 30 to 55 on a 0-100 scale where 100 is the best possible result. The most positive responses from the GPs concern the community mental health centres' competence in treatment of mentally ill patients. The GP's experience of cooperation with- and support from the community mental health centres receives the least positive responses. The quality of discharge summaries, emergency medicine as well as the staff situation at the centres received somewhat better responses. However, GPs think that there are too few doctors on some of the community mental health centres.

There are large variations between health regions- and institutions on all the dimensions.

Our results show that there are certain variables that are particularly important for the GP's evaluations of the main dimensions. These are the GP's familiarity to the mental health centres, whether they feel that their own evaluation of the patients are taken seriously, whether it has occurred negative episodes which the GPs feel could have been avoided by the mental health centre, and to what degree patients referred from the GPs are denied.

Innhold

1	OPPSUMMERING/SUMMARY	1
1.1	Oppsummering	1
1.2	Summary	2
2	INNLEDNING	4
2.1	Formål og nytte	4
2.2	De distriktpsikiatriske sentrene og fastlegene	5
2.3	Om oppbygging av rapporten	5
3	METODE	6
3.1	Gjennomføring av undersøkelsen og svarprosent	6
3.2	Spørreskjema og dimensjoner	6
3.3	Statistiske begreper	7
3.3.1	<i>Vekting</i>	7
3.3.2	<i>Signifikans, standardfeil og konfidensintervall</i>	7
3.4	Oversikt over DPSer som er med i undersøkelsen	8
3.5	Noen refleksjoner og vurderinger	10
3.5.1	<i>Hva betyr det at vi har spurt leger?</i>	10
3.5.2	<i>Strukturelle forskjeller mellom DPSene</i>	11
4	NASJONALE RESULTATER	13
4.1	Resultater på hovedområder og underliggende spørsmål	13
4.1.1	<i>Resultater på hovedområder</i>	13
4.1.2	<i>De 16 enkeltspørsmålene i hovedområdene</i>	14
4.2	Viktige enkeltspørsmål for fastlegenes erfaringer	17
4.2.1	<i>Tar DPSet legens vurdering på alvor?</i>	17
4.2.2	<i>Negative hendelser</i>	18
4.2.3	<i>Kjennskap til DPSet</i>	19
4.2.4	<i>Avviser DPSet henviste pasienter?</i>	20
5	INSTITUSJONSRESULTATER PÅ HOVEDOMRÅDER	22
5.1	Leseveiledning for figurene	22
5.2	Sammenligning av DPSenes resultater	23
6	RESULTATER FOR REGIONENE OG HELSEFORETAKENE	30
6.1	Sammenligning av helseregionenes resultater	30
	REFERANSER	32

2 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i perioden fra januar til mars 2006 gjennomført en undersøkelse for å kartlegge norske fastlegers vurdering av kvaliteten ved de distriktpsikiatriske sentra (DPS). Fastlegene har besvart et spørreskjema om deres erfaringer med sitt lokale DPS. I denne rapporten presenteres samlet hovedresultatene fra undersøkelsen. Det er også utarbeidet egne institusjonsrapporter samt metodedokumentasjon. Resultatene danner grunnlag for kvalitetsindikatoren "tilfredshet med samarbeidspartnere", som Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet som ny kvalitetsindikator innenfor psykisk helsevern.

2.1 FORMÅL OG NYTTE

Hovedmålet med undersøkelsen har vært å kartlegge fastlegers vurderinger av kvaliteten ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) i Norge.

Fastlegene har gitt sine tilbakemeldinger gjennom å besvare et spørreskjema hvor svaralternativene er graderte slik at vi kan identifisere hvilke deler av samarbeidet med DPSene fastlegene mener fungerer mer eller mindre bra. De fleste besvarte spørreskjemaet postalt mens en mindre gruppe fastleger besvarte det samme spørreskjemaet gjennom en telefonundersøkelse.

Resultatene fra undersøkelsen er viktige og anvendbare på flere områder. Pasienter med psykiske lidelser representerer en gruppe som har stort behov for et tilbud fra helsetjenesten som er preget av tilgjengelighet, kontinuitet og godt samarbeid. Resultater fra en nasjonal undersøkelse av samarbeidet mellom ulike helsetjenestnivå er derfor av stor verdi. Siden alle DPS i landet er representert, kan resultatene for hvert DPS også aggregeres til regionale resultater. Kvalitetsrådgivere og ledere på ulike nivåer innen helseforvaltningen kan slik få resultater i en sammenfattet og anvendbar form.

Tilbakemeldinger fra fastlegene vil bare utgjøre en del av beslutningsgrunnlaget i kvalitetsarbeid. I tolkningen av resultatene, og i avgjørelsen av hvilke områder man skal prioritere i kvalitetsforbedringsarbeid, er innsikt i lokale forhold avgjørende.

2.2 DE DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTRENE OG FASTLEGENE

DPS er faglig selvstendige enheter med ansvar for en vesentlig del av allmennpsykiatriske tjenester innen et geografisk opptaksområde. DPS har poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse.

DPSene er ansvarsmessig forankret i spesialisthelsetjenesten og er tiltenkt en sentral rolle innen denne, men har funksjoner som krever nært samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten. De distriktpsykiatriske sentrene har vokst frem som en del av desentraliseringen av det psykiske helsevernet. Det har vært en viktig del av Opptappingsplanen for psykisk helse å få bygget ut et system av DPSer på landsbasis.

Fastlegene styrer henvisninger videre til DPS, og har derfor en sentral rolle som portåpner for å sikre adekvat vurdering og videre behandling av pasienter. Fastlegen er også en viktig instans med hensyn til oppfølging, utskriving eller avslutning av spesialisthelsetjenestens tilbud. Mange pasienter har kontakt med fastlegen mens de går til behandling i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet mellom fastlegen og DPS er derfor viktig både ved behandlingsstart, under behandling og etter behandling ved DPS.

2.3 OM OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Rapporten er bygd opp på følgende måte:

Metodebeskrivelse: Kapittel tre gir en kort beskrivelse av metoden i undersøkelsen, inkludert de praktiske rutineene, svarprosent, sentrale statistiske begreper samt oversikt over de tematiske hovedområdene. Det gis også beskrivelser av kjennetegn ved utvalget i undersøkelsen. Metoden er for øvrig beskrevet i detalj i egen rapport (PasOpp-rapport 8-2006).

Nasjonale resultater: I kapittel fire presenteres resultater på undersøkelsens hovedområder. Hvilke konkrete områder fastlegene er mest og minst fornøyde med, vises her. Videre belyses enkeltforhold knyttet til samarbeidet som har mye å si for fastlegenes tilfredshet.

Institusjonsresultater: I kapittel fem vises gjennomsnittresultater på hovedområder for hvert DPS, sortert etter region. Disse benyttes til å sammenligne DPSer innen hvert hovedområde, og for å vise hvert enkelt DPS sine resultater.

Regionresultater: I kapittel seks presenteres resultater aggregert på regionsnivå og helseforetaknivå. Gjennomsnittresultater benyttes til å sammenligne regioner/helseforetak innen hvert hovedområde, og for å vise hver regions/helseforetaks egne resultater.

3 Metode

Det redegjøres grundig for metodiske problemstillinger som vedrører denne undersøkelsen i en egen rapport (PasOpp-rapport 8-2006). Vi vil i følgende kapittel kun kort gå gjennom de viktigste av disse.

3.1 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN OG SVARPROSENT

Undersøkelsens populasjon er alle fastleger i Norge per januar 2006. Vi fikk tilgang til navn og adresser gjennom Rikstrygdeverket og Legeforeningen. I den grad personinformasjon ikke stemte overens i de to kildene brukte vi opplysningene fra Rikstrygdeverket.

Et spørreskjema ble sendt til fastlegene per post. De som ikke svarte mottok inntil tre purringer. 122 fastleger tilknyttet DPS i agderfylkene deltok i en tidligere pilotundersøkelse for utvikling av spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen. Deres svar ble inkludert i materialet fra den nasjonale undersøkelsen. Fastlegene fra Agder svarte derfor ikke på den nasjonale undersøkelsen i tillegg til pilotundersøkelsen.

Undersøkelsens svarprosent er på 65, noe som er vesentlig høyere enn hva som er vanlig for eksempel i pasienterfaringsundersøkelser. Vi har vektet for skjevheter i materialet (nærmere beskrevet i punkt 3.3.1., samt i metoderapport), og gjennomført telefonintervjuer blant de som ikke svarte på det postale spørreskjemaet. Basert på den foreliggende kunnskap konkluderer vi med at representativiteten til utvalget i undersøkelsen er tilfredsstillende.

3.2 SPØRRESKJEMA OG DIMENSJONER

Utviklingen av spørreskjemaet er basert på et omfattende litteratursøk, kvalitative intervjuer med fastleger samt en pilotundersøkelse. Utviklingsprosessen er nærmere beskrevet i metoderapport (PasOpp-rapport 8-2006), samt i egen dokumentasjonsrapport.

Basert på faktoranalyse av datamaterialet er det konstruert fem hovedområder. Hovedområder er grupperinger av enkeltspørsmål som handler om det samme

temaet, og gir oss en mulighet til å gi mer sammenfattede resultater. Hovedområdene presenteres i tabell 1. Spørreskjemaet som viser spørsmålsformuleringene i sin helhet er vedlagt bak i rapporten. Ikke alle spørsmålene som finnes i spørreskjemaet inngår i hovedområdene. En oversikt over resultatene for alle enkeltspørsmål gis i institusjonsrapportene.

Tabell 1: Oversikt over utsagn som inngår undersøkelsens hovedområder. Spørsmålene er forkortet, for fullstendige spørsmålsformuleringer henvises til spørreskjemaet i vedlegg A.

Hovedområde	Kortnavn i figurer og tabeller	Enkeltspørsmål
Samarbeid, veiledning og støtte	Veiledning	Sp16 Har du/dere samarbeidsmøter med DPSet? Sp17 Tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager? Sp18 Får du nødvendig faglig støtte fra DPSet?
Bemannings situasjonen ved DPSet	Bemanning	Sp21 Får DPSet besatt viktige faglige stillinger? Sp22 God legedekning ved DPSet? Sp23 Er det stabilitet i faglige lederstillingene ved DPSet? Sp24 Er det stabilitet i fagstillingene ved DPSet?
Akutte situasjoner	Akutt	Sp5 Får du kontakt med DPSet i akutte situasjoner? Sp6 Får du hjelp fra DPSet i akutte situasjoner?
Epikriser	Epikriser	Sp9 Synes du epikrisene fra DPSet er av god kvalitet? Sp10 Inneholder epikrisene planer for videre oppfølging? Sp11 Mottar du epikrisene fra DPSet raskt?
Kompetanse	Kompetanse	Sp12 Har DPSet god kompetanse til å utrede og behandle pasienter? Sp13 Får du gode faglige råd fra fagfolkene ved DPSet? Sp14 Har pasientene fått nødvendig hjelp ved overføring fra DPSet? Sp15 Samarbeider fagpersonene ved DPSet godt?

3.3 STATISTISKE BEGREPER

3.3.1 Vekting

Som nevnt svarte i overkant av 65 prosent av fastlegene på undersøkelsen. Dette er bra, men det er fortsatt knappe 35 prosent som har unnlatt å svare. Et viktig spørsmål blir da i hvilken grad resultatene for de som svarte likevel er representative.

Det finnes en teknikk for å justere for frafall som baserer seg på å modellere responsraten med bakgrunn i kjennetegn i samplingrammen (alle aktuelle svarere). Basert på en slik modellering har vi vektet resultatene. I praksis betyr dette at ulike svarergrupper tillegges ulik betydning (vekt) på en måte som totalt sett er beregnet å øke utvalgets representativitet. Vi har vektet følgende grupper: (1) Menn som har svart på telefon, (2) kvinner som har svart på telefon, (3) svarere på pilotundersøkelsen og (4) svarere på hovedundersøkelsen. En mer utførlig beskrivelse av dette er gitt i metoderapporten (PasOpp-rapport 8-2006).

3.3.2 Signifikans, standardfeil og konfidensintervall

Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene man får er uttrykk for reelle effekter og ikke tilfeldigheter eller feil knyttet til den aktuelle undersøkelsen. For denne rapporten betyr det at vi ønsker at resultatene skal være

gyldige ikke bare for den gruppen vi faktisk har fått svar fra, men for norske fastleger generelt. I signifikanstesting ses en observert statistisk effekt i lys av antall svar. Jo færre svar man har, jo større må effekten være for å bli signifikant.

I vårt tilfelle har vi sammenlignet mange DPSer på flere variabler. Dette kan i teorien lede til en rekke feilslutninger, siden vanlig hypotesetesting bare beskytter oss mot feilslutninger hvis vi foretar én enkelt test. For at den totale feilsannsynligheten ikke skal bli urimelig høy, har vi korrigert for at vi gjør mange fortløpende tester (multippel testing). Multippel testing er mer konservativ enn vanlig testing, det vil si at vi sjeldnere kan trekke sikre slutninger.

I tabellen som viser tallverdiene bak regionenes og institusjonenes gjennomsnittsscorer, oppgis også standardfeil. Standardfeil er et mål på usikkerheten i resultatene som vises i tabellen. En gjennomsnittsscore beregnet på bakgrunn av et utvalg vil sjelden avvike mer enn to standardfeil fra den sanne verdien, det vil si gjennomsnittsscoren blant alle fastleger i Norge.

I enkelte figurer benytter vi konfidensintervall i tillegg til gjennomsnittsverdier. Et kort konfidensintervall indikerer lav statistisk usikkerhet mens et lengre intervall indikerer høyere usikkerhet.

3.4 OVERSIKT OVER DPSER SOM ER MED I UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen omfatter i alt 77 DPSer. Disse vises i tabell 2, gruppert etter de regionale helseforetakene. Tabellen viser i tillegg hvor mange fastleger som har vurdert hvert enkelt DPS samt kortnavn på DPSene (av plassmessige årsaker vises DPSene med forkortede navn i tabeller og figurer).

Tabell 2: Oversikt over DPSer.

Region	Institusjon	Kortnavn i figurer	Antall svar
Helse Sør RHF			
	Drammen DPS	Drammen	65
	Kongsberg DPS	Kongsberg	24
	Ringerike psykiatriske senter	Ringerike	41
	Nordre Vestfold DPS	N-Vestfold	23
	Tønsberg DPS	Tønsberg	34
	Søndre Vestfold DPS	S-Vestfold	59
	DPS Porsgrunn	Porsgrunn	20
	DPS Notodden/Seljord	Notodden	27
	DPS Vestmar	Vestmar	14
	DPS Skien	Skien	27
	DPS Solvang	Solvang	38
	DPS Lister	Lister	12
	DPS Aust-Agder	Aust-Agder	57
	DPS Lovisenlund/Mandal	Lovisenlund	27

Region	Institusjon	Kortnavn i figurer	Antall svar
Helse Øst RHF			
	Moss DPS	Moss	35
	Edwin Ruud DPS	Edwin-Ruud	22
	Fredrikstad DPS	Fredrikstad	40
	DPS Halden/Sarpsborg	Halden	45
	Follo DPS	Follo	52
	Psykiatriske senter Asker	Asker	25
	Psykiatriske senter Bærum	Bærum	62
	Lillestrømklinikken DPS	Lillestrøm	69
	Jessheimklinikken DPS	Jessheim	36
	Søndre Oslo DPS	Søndre-Oslo	59
	Josefinegate DPS	Josefineg	39
	Alna DPS	Alna	31
	Grorud DPS	Grorud	41
	Lovisenberg DPS	Lovisenberg	26
	Tøyen DPS	Tøyen	46
	DPS Vindern	Vindern	54
	Kongsvinger DPS	Kongsv	25
	DPS Hamar (Sykehuset innlandet HF)	Hamar	75
	DPS Tynset	Tynset	10
	DPS Gjøvik	Gjøvik	67
	DPS Lillehammer	Lillehammer	37

Region	Institusjon	Kortnavn i figurer	Antall svar
Helse Vest RHF			
	Dalane DPS	Dalane	15
	Sandnes DPS	Sandnes	19
	Jæren DPS	Jæren	41
	Ryfylke DPS	Ryfylke	10
	Stavanger DPS	Stavanger	56
	Haugaland DPS	Haugaland	28
	Folgefonn DPS	Folgefonn	18
	Stord DPS	Stord	23
	Karmøy DPS	Karmøy	5
	Fjell og Årstad DPS	Fjell/Årstad	64
	Bjergvin DPS	Bjergvin	69
	Betanien DPS	Betanien	34
	Voss DPS psyk rehab.team og poliklinikk	Voss	13
	Voss DPS, NKS Bjørkeli	Bjørkeli	4
	Indre Sogn Psykiatrisenter	Indre-Sogn	19
	Nordfjord Psykiatrisenter	Nordfjord	22
	Solli Sykehus (Fana og Os DPS sammen med Asviknes, Helse Bergen)	Solli	19
	Psykiatrisk klinikk Førde	Førde	6

Region	Institusjon	Kortnavn i figurer	Antall svar
Helse Midt-Norge RHF			
	DPS, Helse Sunnmøre	Sunnmøre	55
	Molde DPS	Molde	32
	Kristiansund DPS	Kr.sund	26
	Orkdal DPS	Orkdal	44
	Tiller DPS	Tiller	71
	Leistad DPS	Leistad	38
	Sykehuset Levanger	Levanger	40
	DPS Stjørdal	Stjørdal	7
	Sykehuset Namsos	Namsos	10
	DPS Kolvereid	Kolvereid	6

Region	Institusjon	Kortnavn i figurer	Antall svar
Helse Nord RHF			
	Salten psykiatriske senter	Salten	34
	DPS Lofoten	Lofoten	12
	Mo i Rana psykiatriske senter	Mo-i-Rana	12
	Mosjøen psykiatriske senter	Mosjøen	9
	Ytre Helgeland psykiatriske senter	Y-Helgeland	19
	DPS Vesterålen	Vesterålen	18
	Psykisk helsevern Narvik	Narvik	15
	DPS Sør-Troms	S-Troms	20
	Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy	Tromsø/Karls	32
	Senter for psykisk helse Nord-Troms	N-Troms	14
	Senter for psykisk Helse Midt-Troms	M-Troms	13
	DPS Vest-Finnmark	V-Finnmark	23
	DPS Midt-Finnmark	M-Finnmark	8
	DPS Øst-Finnmark	Ø-Finnmark	18

3.5 NOEN REFLEKSJONER OG VURDERINGER

3.5.1 Hva betyr det at vi har spurt leger?

Tidligere PasOpp-undersøkelser har tradisjonelt rettet seg mot pasienter. Et generelt trekk ved pasienterfaringsundersøkelser er at de typisk gir positive resultater (Crow et al., 2002). Dette har også vært tilfelle for PasOpp, på tvers av pasientgrupper og medisinske spesialiteter.

I denne undersøkelsen har vi henvendt oss til leger i primærhelsetjenesten, og bedt disse vurdere aspekter av sitt samarbeid med en del av spesialisthelsetjenesten. Vi ser i resultatene et brudd med trenden fra pasienterfaringsundersøkelsene i at legene er gjennomgående mer kritiske enn pasienter. Det vil si at på en tilsvarende

skala er resultatene svakere enn de vanligvis er når pasienter vurderer tjenestene sett fra sitt perspektiv.

Vi kan ikke direkte sammenligne resultatene fra denne undersøkelsen og pasienterfaringsundersøkelser. Det er spurt ut fra ulike problemstillinger i tillegg til at leger og pasienter som grupper skiller seg på flere viktige områder.

For det første har legene et annet referansegrunnlag. En lege med erfaring fra arbeid i helsetjenesten kan vanskelig forventes å gjøre seg de samme betraktningene som en pasient som kanskje aldri har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten tidligere. Et annet poeng er at mens pasienten vurderer et sluttprodukt vil en lege i større grad også vurdere prosessen som ligger bak dette. For eksempel kan en behandlingsprosess inneholde en rekke utfordringer og problemstillinger som kan være kjent for en fastlege men ikke for en pasient. Videre kan man tenke seg at DPSene har hovedfokus på å tilfredsstille pasientene sine heller enn fastlegene deres.

En del av forklaringen på positive resultater i pasienterfaringsundersøkelser kan ligge i at det eksisterer et avhengighetsforhold mellom pasientene og de som behandler dem. Dette forholdet vil være med å farge pasientenes tilbakemeldinger i en undersøkelse. Fastlegene har en annen relasjon til spesialisthelsetjenesten og vil vurdere denne fra sin posisjon som samarbeidende fagperson.

I Norge er det ikke gjort mye forskning på legers evalueringer av andre deler av helsetjenesten. Sintef har gjort en kartlegging som peker på at fastleger vurderer kvaliteten av tjenestetilbudet ved åtte DPSer som bedre i 2005 enn i 2003 (Ruud, Gråwe, Lilleeng, & Bjørngaard, 2006). Internasjonalt finnes imidlertid enkelte studier som er interessante å ta i betraktning i tolkningen av de foreliggende resultatene. Når leger er blitt spurt om å vurdere ulike typer helsetjenester er psykiatri ved flere tilfeller blitt trukket frem som forbedringsområde (Brockway & Jones, 1993; Hicks & Baker, 1991; Hull, Dennis, & Loughlin, 1991). Videre kan man se en tendens til at leger peker ut kommunikasjon og kontakt som områder hvor utfordringene er store (Choyce & Maitra, 1996; Hayes, Hynes, & O'Herlihy, 1992; Thomas & Corney, 1993).

Ser vi resultatene i denne undersøkelsen i lys av internasjonale studier, finner vi likhetstrekk. Nå er ikke disse betraktningene gjort på bakgrunn av en omfattende litteraturgjennomgang, men på et avgrenset søk etter studier som har tatt for seg allmennlegers oppfatninger og evalueringer av helsetjenester. Likevel kjenner vi igjen synspunktene som kommer frem blant norske fastleger. For det første gjennom at psykiatriske tjenester ofte vurderes som mer mangelfulle enn andre typer tjenester, for det andre gjennom at kommunikasjon trekkes fram som et særlig problematisk område. Dette styrker vår oppfatning av at resultatene gir et balansert bilde av hvordan kvaliteten ved DPS-ene oppleves av fastlegene.

3.5.2 Strukturelle forskjeller mellom DPSene

Det er mange strukturelle forskjeller mellom DPSene. DPSenes størrelse, personal-sammensetning, gjennomtrekk av personale, ubesatte stillinger, (de)sentralisering, spesialisering og avstand til pasienters bosted og primærlegenes kontor varierer. Det

en stadig utvikling når det gjelder disse faktorene, men det er få tilgjengelige data. En rapport fra Sintef tar for seg endringer ved åtte DPSer fra 2002 til 2005 (Ruud et al., 2006). Her nevnes blant annet at det har vært en økning i antall spesialiserte team og at det har vært en økning i kontakten med andre tjenester. Vi mangler tilsvarende tall for de øvrige DPSene, og disse faktorene er derfor ikke med i vår oversikt. Vi har heller ingen oversikt over pasientsammensetning og fordeling av diagnoser ved DPSene.

Vi har sett på tall fra Samdata for 2004 for personellsammensetning, antall døgnplasser og antall polikliniske konsultasjoner ved DPSene og antall oppholds-døgn og utskrivninger fra døgninstitusjoner i 2005 fra Norsk pasientregister (Rudjord & Nybrodahl, 2006). Vi har sett på sammenhenger mellom disse variablene og resultatene på hovedområdene i vår undersøkelse. Vi finner ikke noe tydelig mønster, men vil gå nærmere inn i denne problemstillingen når det foreligger nye tall i SAMDATA.

4 Nasjonale resultater

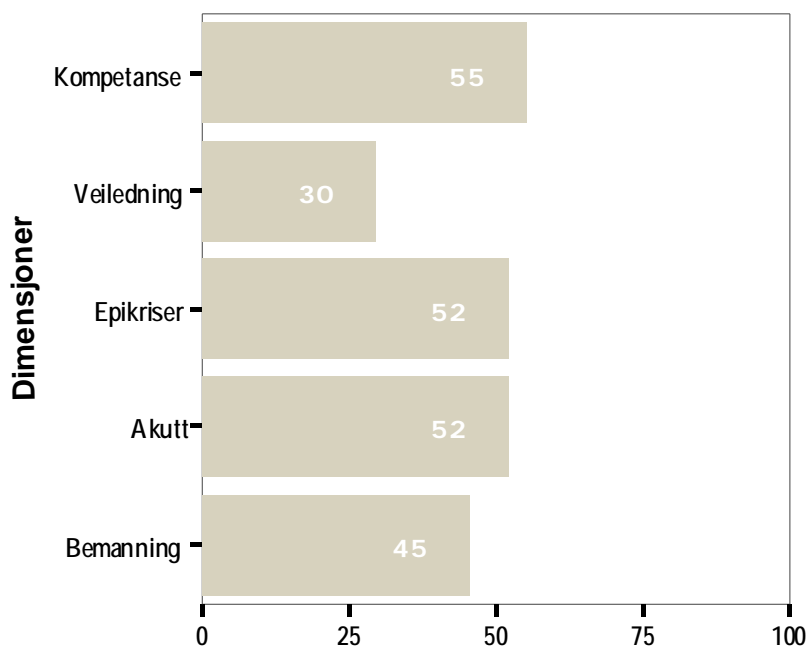
Analysene av fastlegenes vurderinger av DPSene er delt inn i ulike kapitler. Først introduserer vi de fem hovedområdene og viser de nasjonale resultatene på disse (4.2). Videre går vi gjennom enkeltspørsmålene som inngår i områdene. Hensikten er å gjøre leseren kjent med innholdet i hvert av de fem hovedområdene, og resultatene på disse. Oversikt over hovedområder og enkeltspørsmål er vist i tabell 1, kapittel 3.2. I siste del av kapittel 4 viser vi også andre forhold som har betydning for hvordan fastlegene vurderer sine erfaringer med DPSene.

4.1 RESULTATER PÅ HOVEDOMRÅDER OG UNDERLIGGENDE SPØRSMÅL

4.1.1 Resultater på hovedområder

Nedenfor vises resultater på de fem hovedområdene. Resultatene viser skårer på en skala fra 0 til 100 der 100 er best. Skårene på hovedområdene varierer mellom 30 og 55.

Figur 1: Nasjonale gjennomsnittresultater på hovedområder for fastlegenes erfaringer. Skala 0-100 der 100 er best:



Figuren viser at veiledning fra DPSene får et markert dårligere resultat enn de øvrige områdene. Fastlegenes vurdering av bemanningssituasjonen ved DPSene får også relativt lav skåre, mens kompetanse er det området som i snitt får best tilbakemeldinger. Vi kommer imidlertid til å se at det her er stor spredning mellom de ulike DPSene.

4.1.2 De 16 enkeltspørsmålene i hovedområdene

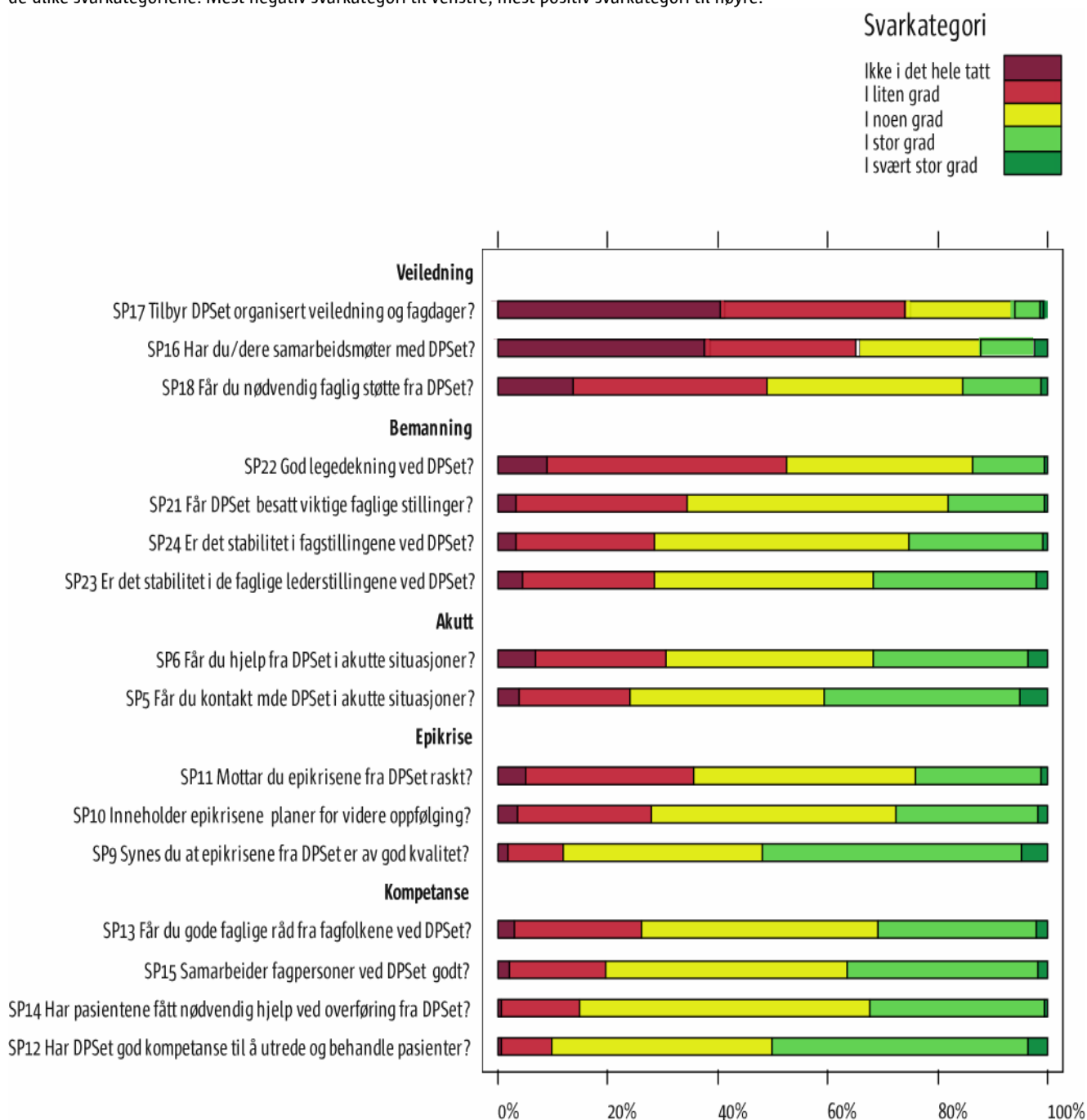
Som vist i metodekapitlet, har analyser av datamaterialet gitt fem hovedområder. I følgende del går vi nærmere inn på enkeltspørsmålene som inngår i hvert av disse. I Figur 2 vises forkortelser, for fullstendige spørsmålsformuleringer henvises til spørreskjemaet som er vedlagt bakerst i rapporten.

Hensikten med denne gjennomgangen er at leseren skal få bedre innsikt i hvert hovedområde, samt kjennskap til hvilke konkrete forhold innen hvert område som har fått bedre eller dårligere tilbakemeldinger fra fastlegene.

I figur 2 som presenteres på neste side, vises for hvert spørsmål hvor mange prosent som har svart i hver av de fem svarkategoriene "ikke i det hele tatt", "i liten grad", "i noen grad", "i stor grad" og "i svært stor grad".

Enkeltspørsmålene er gruppert etter hovedområdene. Rekkefølgen på spørsmålene innenfor hvert hovedområde er bestemt av gjennomsnittsskåre (gjennomsnittsskårene som sådan vises ikke her, for en oversikt over disse se kap. 5 og 6). Det betyr at det øverste spørsmålet innen hvert område har lavest skåre. Søylene viser hvor store andeler i prosent som har svart på de fem ulike svarkategoriene. De røde feltene til venstre i søylene er negative, de grønne feltene til høyre er positive, og det gule midtfeltet tilsvarende en mer nøytral kategori.

Figur 2: Nasjonale resultater på enkeltspørsmål gruppert etter hovedområder. Prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene. Mest negativ svarkategori til venstre, mest positiv svarkategori til høyre.



Av Figur 2 ser vi at det totalt sett er nokså lik fordeling av positive og negative svar men at det jevnt over er mange som har valgt den midtre, nøytrale kategorien. De enkeltspørsmålene med størst andel negative svar inngår i indeksene veiledning og bemanning. Dette gjør at disse områdene skiller seg negativt ut totalt sett.

Veiledning

Hovedområdet handler om i hvilken grad fastlegene har samarbeidsmøter med DPSet, om DPSet tilbyr organisert veiledning/fagdager og om fastlegene opplever å få nødvendig støtte fra DPSet til sin egen pasientbehandling.

Flertallet av fastlegene har samarbeidsmøter med DPSet i liten grad eller ikke i det hele tatt. Bare 2,5 prosent svarer at de i svært stor grad har samarbeidsmøter. Fastlegene opplever at DPSene i svært liten grad tilbyr organisert veiledning og fagdager med god kvalitet. Under én prosent av fastlegene har svart i den mest positive kategorien på dette. Vi ser videre at legene er noe mer fornøyd med den faglige støtten de får fra DPSet til sin egen pasientbehandling, men også her svarer rundt halvparten negativt.

Totalt sett er veiledning det området fastlegene er minst fornøyd med.

Bemanning

Bemanningssituasjonen ved DPSet består av fire spørsmål; om legene opplever at DPSet får besatt viktige faglige stillinger, om det er god legedekning ved DPSet, om det er stabilitet i de faglige lederstillingene ved DPSet og om fastlegene opplever at det generelt er stabilitet i fagstillingene ved DPSet.

Fastlegene ser ikke ut til å ha noen sterke oppfatninger av stabilitet i faglige lederstillinger og andre fagstillinger ved DPSene. På begge disse spørsmålene svarer flertallet av legene i den midterste, nøytrale kategorien. I forhold til legedekningen ved DPSene er fastlegene imidlertid mindre tilfreds. Vel halvparten mener at det er for få leger ved DPSene.

Akutt

Hovedområdet akutte situasjoner oppsummerer legenes svar på to spørsmål; om de oppnår kontakt med rette vedkommende ved DPSet i akuttsituasjoner og om DPSet gir nødvendig hjelp til å takle akutte situasjoner.

Bare omkring fem prosent av fastlegene er svært negativ eller svært positiv til disse spørsmålene mens omkring 35 prosent er nøytrale. Alt i alt svarer legene noe mer positivt på spørsmålet om det er lett å oppnå kontakt i akuttsituasjoner enn de gjør på spørsmålet om de får nødvendig hjelp fra DPSet.

Epikriser

Fastlegene har vurdert kvaliteten på epikrisene fra DPSet, om epikrisene inneholder klare planer for oppfølging av pasientene samt om epikrisene mottas tilstrekkelig raskt.

Figuren viser at en del leger opplever at det tar for lang tid før de får epikrisene fra DPSet, men at de er relativt godt fornøyd med epikrisenes kvalitet. En del gir imidlertid uttrykk for at epikrisene kun i begrenset grad inneholder klare planer for videre oppfølging av pasientene.

Kompetanse

Hovedområdet kompetanse dreier seg om legene opplever at DPSene har god kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser, om de får gode faglige råd fra fagfolk ved DPSene, om pasientene har fått den nødvendige hjelpen ved overføring til primærhelsetjenesten og om de opplever at fagpersonene ved DPSene samarbeider godt om utredning og behandling av pasientene.

Det spørsmålet som kommer best ut på dette området er legenes vurdering av DPSets kompetanse til utredning og behandling. På de øvrige spørsmålene svarer flertallet av legene nøytralt, og det er svært få som er svært positiv eller svært negativ.

4.2 VIKTIGE ENKELTSPØRSMÅL FOR FASTLEGENES ERFARINGER

Vi vil nå se nærmere på faktorer som kan være viktige for hvordan fastlegene vurderer DPSene. Spørsmålene om hvor god kjennskap fastlegene har til det aktuelle DPSet, om de opplever at DPSet tar deres vurdering av pasientens situasjon på alvor, om det har skjedd spesielt negative hendelser som DPSet burde forhindre samt i hvilken grad DPSet avviser pasienter som fastlegene har henvist, kan forventes å være relatert til fastlegenes samlede erfaringer.

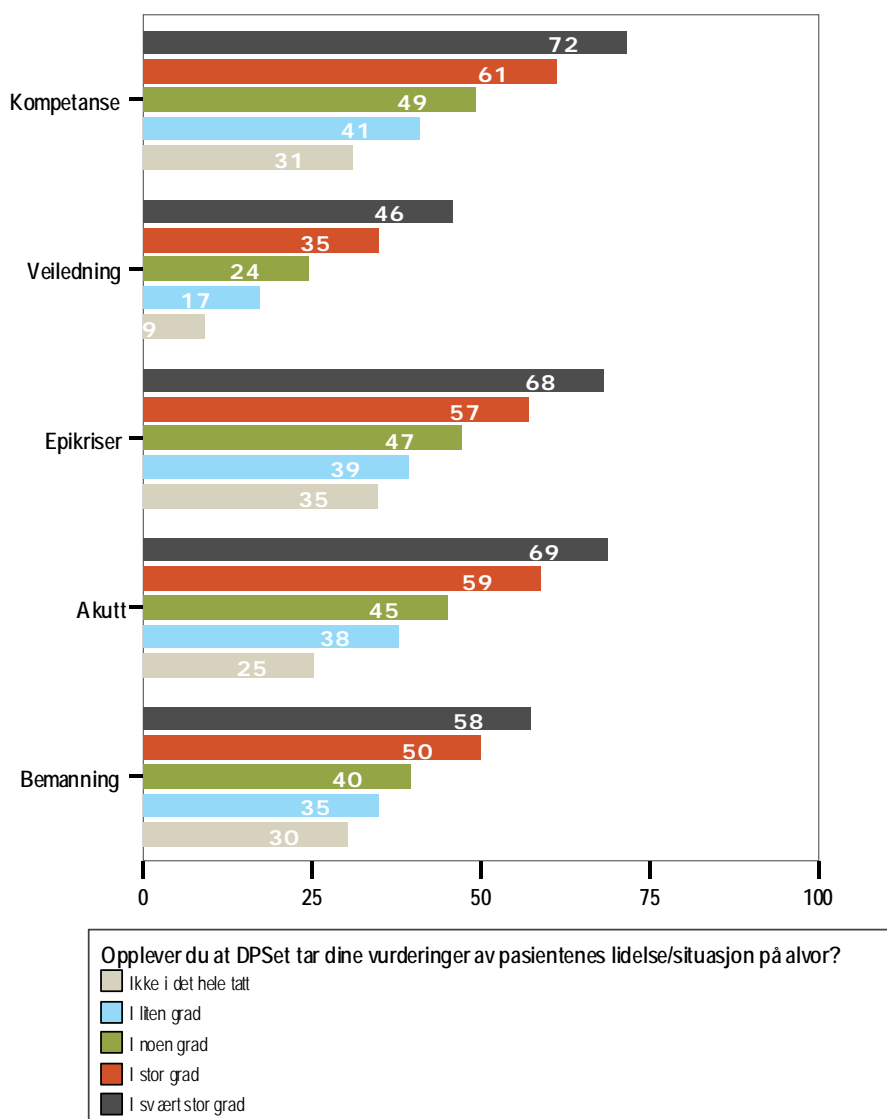
Figur 3 til Figur 6 viser fastlegenes erfaringer med undersøkelsens hovedområder fordelt etter deres svar på disse tre områdene. Selv om det ikke er mulig å trekke direkte kausale konklusjoner ut fra disse resultatene, mener vi at de er nyttige og interessante som utgangspunkt for tolkning og diskusjon.

4.2.1 Tar DPSet legens vurdering på alvor?

På spørsmålet om legene mener at DPS tar deres vurderinger av pasientens lidelse/situasjon på alvor, svarer 6% (N=136) ”i svært stor grad”, 48% (N=1160) ”i stor grad”, 33% (N=783) ”i noen grad”, 11% (N=260) ”i liten grad” mens 2% (N=55) svarer ”ikke i det hele tatt”.

Vi ser av figur 3 at i jo større grad fastlegene mener DPSene tar deres vurderinger på alvor, jo mer tilfreds er de med alle undersøkelsens fem hovedområder. Generelt er det også relativt store utslag i den forstand at det er stor forskjell i fastlegenes vurderinger av hovedområdene. Størst utslag er det på hovedområdet akutte situasjoner, hvor de som svarer ”i svært stor grad” på spørsmålet om DPS tar deres vurderinger på alvor får et resultat på 69, mens de som svarer ”ikke i det hele tatt” får et resultat på 25. Videre viser figuren at de som i minst grad opplever at DPSet tar deres vurderinger alvorlig er svært lite fornøyd med dimensjonen veiledning. Alle resultatene som vises i figuren er signifikant forskjellig fra hverandre ($p < .05$)

Figur 3: Gjennomsnittsskåre på hovedområdene etter fastlegenes opplevelse av at deres vurderinger tas på alvor av DPSet. Skala fra 0-100 der 100 er best.

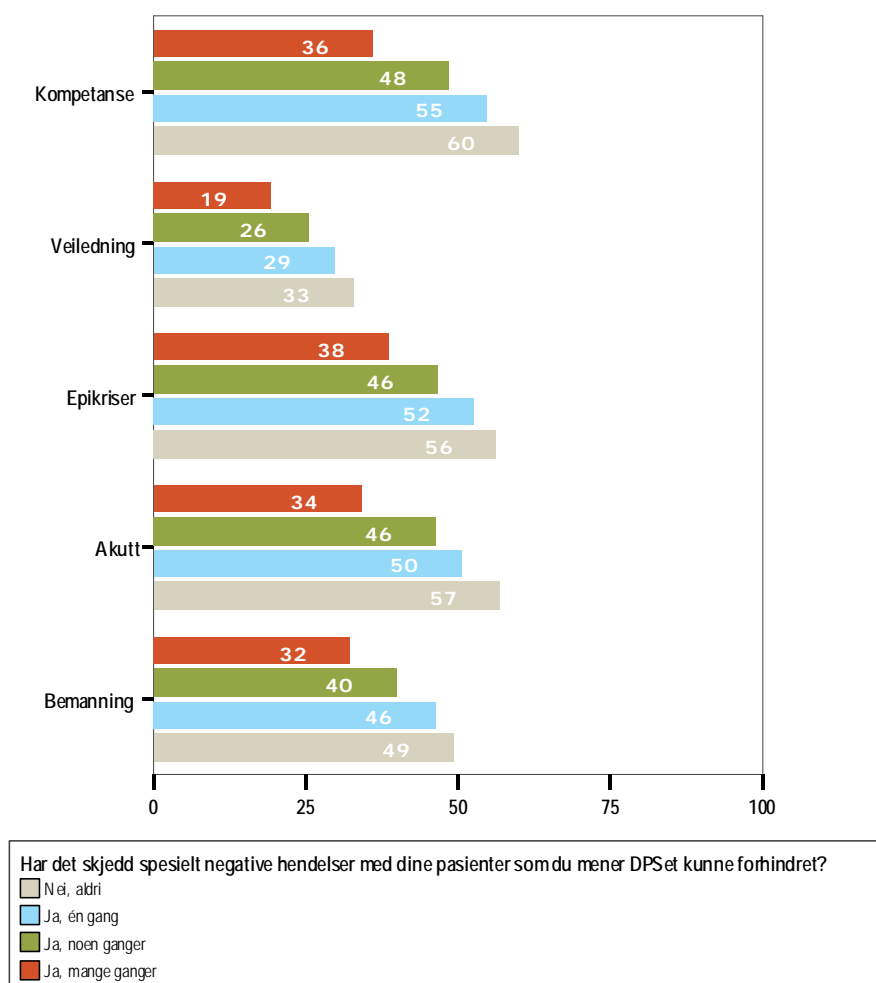


4.2.2 Negative hendelser

Spørsmålet om fastlegene opplevde spesielt negative hendelser som de mente DPSet kunne forhindre, er også i stor grad relatert til legenes erfaringer. 56% (N=1286) svarte "nei, aldri" på dette spørsmålet. 14% (N=315) svarte "ja, én gang", 28% (N=637) svarte "ja, noen ganger", mens 2% (N=48) svarte "ja, mange ganger".

Av Figur 4 kan vi se at de fastlegene som aldri har opplevd noen særlig negative hendelser, rapporterer de beste erfaringene på alle områdene. I motsatt ende av skalaen finner vi de som har opplevd slike negative hendelser mange ganger. Som det fremgår av figuren er tendensen trinnvis og tydelig: jo oftere legene har opplevd negative hendelser, desto mer negative er erfaringene deres på undersøkelsens hovedområder. Alle forskjellene er statistisk signifikante ($p < .01$).

Figur 4: Gjennomsnittskåre på hovedområder etter fastlegenes vurdering av forekomsten av negative hendelser. Skala fra 0-100 der 100 er best.

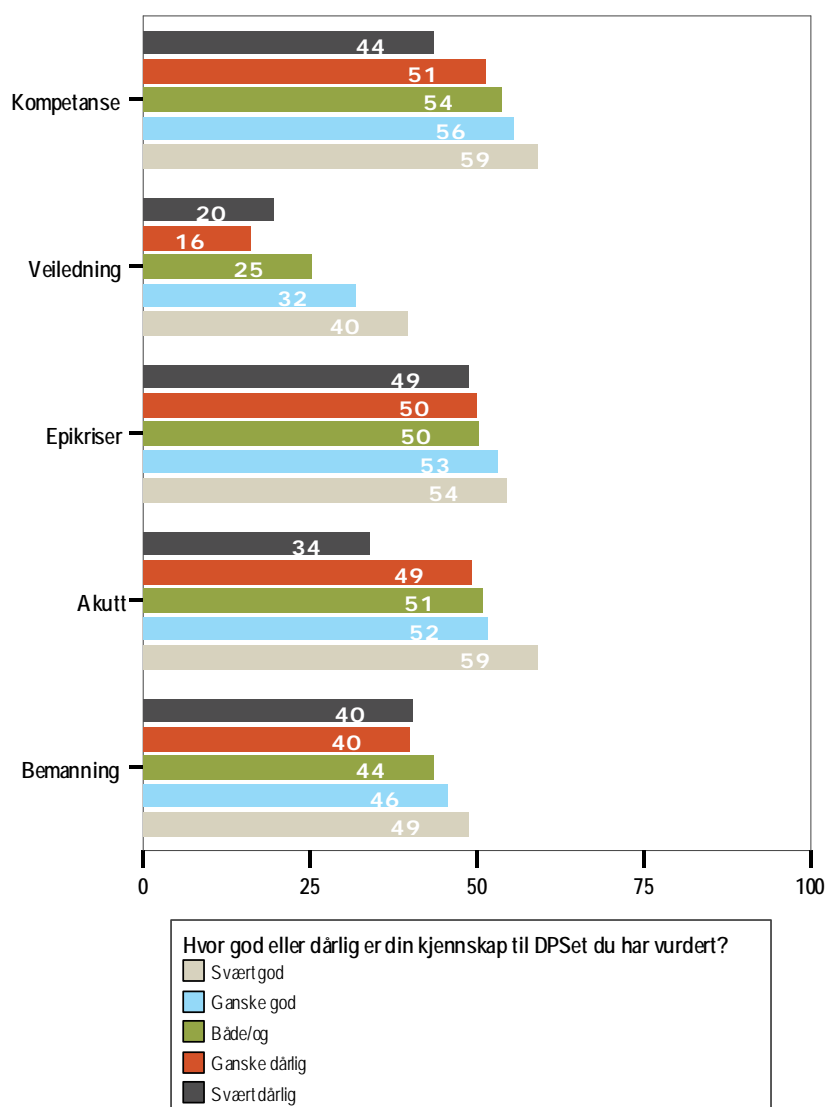


4.2.3 Kjennskap til DPSet

I spørreskjemaet ble fastlegene bedt om å angi hvor god kjennskap de hadde til DPSet som ble vurdert. 13% (N=314) svarte "svært god", 53% (N=1283) "ganske god", 26% (N=622) "både/og", 7% (N=168) "ganske dårlig" mens 1% (N=17) svarte at de hadde "svært dårlig" kjennskap til DPSet som ble vurdert.

Som figur 5 viser er det de fastlegene som har best kjennskap til DPSet de har vurdert, som har de mest positive erfaringene. Dette resultatet er statistisk signifikant ($p < .05$) og gjelder for alle hovedområdene i undersøkelsen. Det er imidlertid ikke like store utslag for alle hovedområdene. Fastlegenes kjennskap til DPSet synes å være minst relatert til hvordan de vurderer kvaliteten på epikrisene. Her er det ikke stor forskjell mellom de som svarer at de kjenner DPSet svært dårlig og svært godt. Heller ikke for vurderingen av bemanning er det veldig stor forskjell mellom de som kjenner DPSet godt og mindre godt. Ser vi på dimensjonene veiledning og akutt er imidlertid utslagene større, her er det en markant forskjell mellom gruppene.

Figur 5: Gjennomsnittsskårer på hovedområdene etter fastlegenes kjennskap til DPS. Skala fra 0-100 der 100 er best.

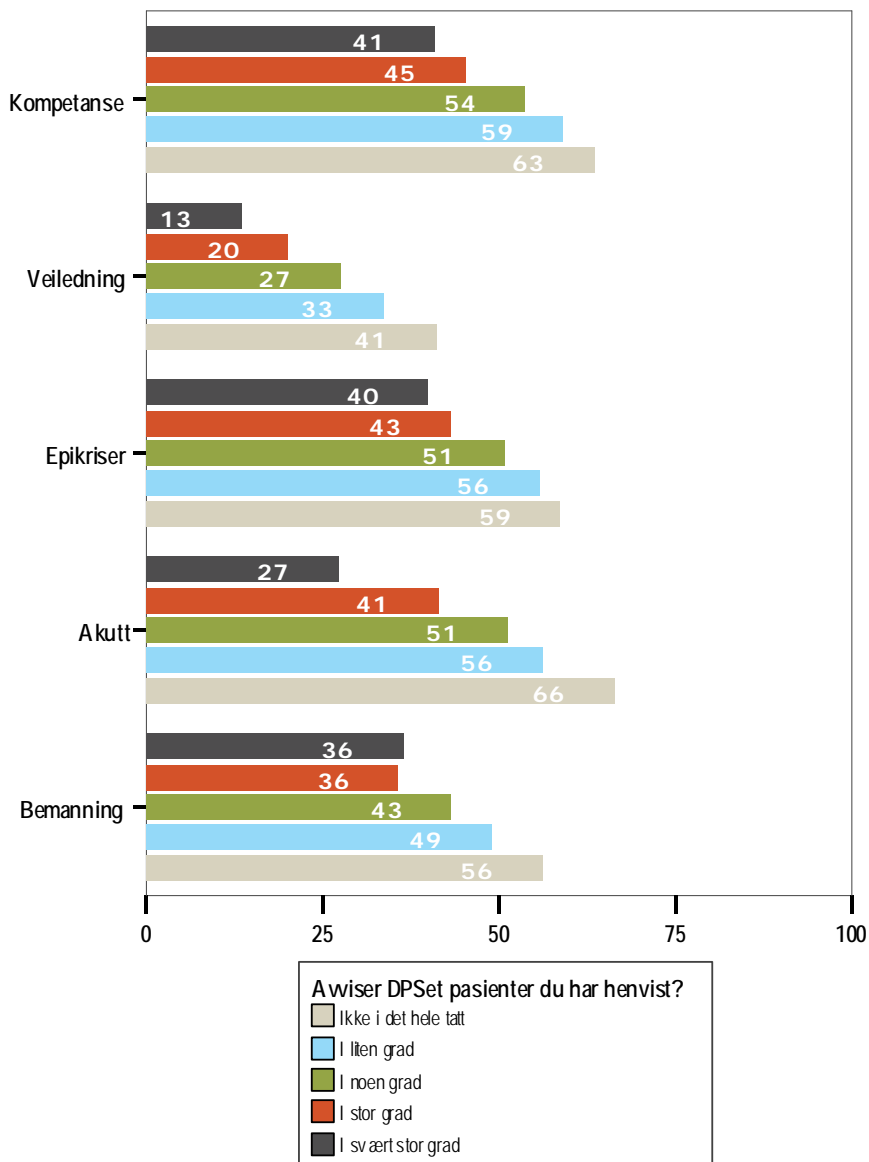


4.2.4 Avviser DPSet henviste pasienter?

På spørsmålet "avviser DPSet pasienter du har henvist" svarte 8% (N=183) av fastlegene "ikke i det hele tatt" mens 37% (N=843) svarte "i liten grad". Vel 40% (N=901) svarte "i noen grad" og 13% (N=292) svarte "i stor grad". Omtrent 2% (N=56) av fastlegene opplevde at DPSet "i svært stor grad" avviste pasienter som de henviste.

Som det fremgår av Figur 6 kan vi observere en synkende tilfredshet blant fastlegene i takt med at DPSet avviser flere pasienter. De fastlegene som svarer at DPSet ikke i det hele tatt avviser pasienter som de henviser er mest tilfreds med alle undersøkelsens ovedområder. For områdene kompetanse, veiledning og akutt er alle forskjellene som fremgår av figuren signifikante ($p < .01$). På områdene bemanning og epikriser er det ingen signifikant forskjell mellom de som i stor grad og svært stor grad opplever at pasientene de henviser blir avvist. De øvrige gruppene er signifikant forskjellige også på disse områdene ($p < .001$).

Figur 6: Gjennomsnittskårer på hovedområdene etter i hvilken grad DPSene avviser pasienter som fastlegene henviser. Skala fra 0-100 der 100 er best.



5 Institusjonsresultater på hovedområder

Dette kapitlet tar for seg resultater på institusjonsnivå. DPSenes resultater presenteres på to forskjellige måter:

Først presenteres DPSenes resultater på ett og ett hovedområde vist i totalt fem figurer (ett for hvert hovedområde), som er sammenstilt til én figur. De samme gjennomsnittscorene ligger til grunn for den neste figuren, der hvert DPS får sine resultater vist på de fem hovedområdene i én og samme figur. Sistnevnte figur strekker seg over to sider.

Til slutt i kapitlet vises en tabell med tallverdiene som ligger til grunn for figurene. I tabellen angis også signifikante forskjeller og hvert gjennomsnitts standardfeil. Se metodekapittel punkt 3.3.2 for nærmere redegjørelse av signifikans og standardfeil.

Av praktiske hensyn vises sykehusenes navn i figurene i kortversjon. Se Tabell 2, som viser både fullt navn og forkortet navn.

5.1 LESEVEILEDING FOR FIGURENE

Teknisk veiledning: Hva viser figurene?

Figurene viser gjennomsnittsscorer på en skala fra 0 til 100, der 100 er best. Av praktiske hensyn vises ikke skalaen i figurene i hele sin lengde. Gjennomsnittsscoren vises med et punkt som er midt på en kort linje. Linjen som går gjennom hvert punkt viser konfidensintervallet for regionen, med andre ord gjennomsnittsestimatets usikkerhet.

Gjennomsnittsscorene er vektet for å øke representativiteten. Vekteprosedyren er nærmere beskrevet i metodekapitlet og egen metoderapport (PasOpp-rapport 8-2006).

Leseveiledning: Hvordan skal figurene forstås?

Figur 7: Sammenligning av DPSer.

1. Hvis du ønsker å se hvordan DPSene gjør det i forhold til hverandre, for eksempel på området bemanning, så finner du frem til riktig delfigur ved å se etter navn på hovedområde i de grå feltene. Bemanning står som nummer to fra venstre.
2. Delfigur over hovedområdet bemanning viser at gjennomsnittsscorene for DPSene ligger mellom ca. 30 og 70 poeng, noe man ser ut fra skalaen som er angitt på toppen og bunnen av hovedfiguren.
3. Hvilke gjennomsnittsscorer som tilhører hvilket DPS, ses ved å følge den stiplede linjen ut til venstre i figuren.
4. Delfiguren for hovedområdet bemanning viser for det første at resultatene er nokså varierte mellom de forskjellige DPSene. Det er betydelig forskjell mellom de beste og dårligste DPSene. Figuren viser også at konfidensintervallene for de forskjellige DPSene har ulik lengde. Kortere konfidensintervaller indikerer sikrere estimater.
5. Signifikante forskjeller i gjennomsnittsscorer er angitt i tabell 3 som også viser scorens tallverdier.

I figur 8 snus perspektivet. Hensikten er at hvert DPS kan se nærmere på sine egne resultater på de fem hovedområdene.

Figur 8: Sammenligning av områdene innen hvert enkelt DPS

1. Hvis du for eksempel ønsker å se nærmere på DPS Ytre Helgeland sine resultater, så finner du frem til riktig delfigur ved å se etter navnet i de grå feltene i delfigurene. DPS Ytre Helgeland finner du øverst til høyre i første halvdel av figuren.
2. Delfiguren for DPS Ytre Helgeland viser at gjennomsnittsscorene er mellom ca 25 og 40, noe man ser ut fra skalaen i toppen eller bunnen av hovedfiguren.
3. Hvilken gjennomsnittsscore som vises, ses ved å følge den stiplede linjen ut til høyre eller venstre i figuren, her står kortnavnene på hovedområdene.
4. Delfiguren med DPS Ytre Helgeland sine resultater viser at området bemanning har svakest resultat, mens de øvrige fire områdene kommer nokså likt ut.
5. Ønskes gjennomsnittsscorene i rene tall, se tabell 3. Desimaler vises ikke i tabellen, og derfor kan små forskjeller mellom gjennomsnittsscorer som er synlige i figurene ikke nødvendigvis synes i tabellen.

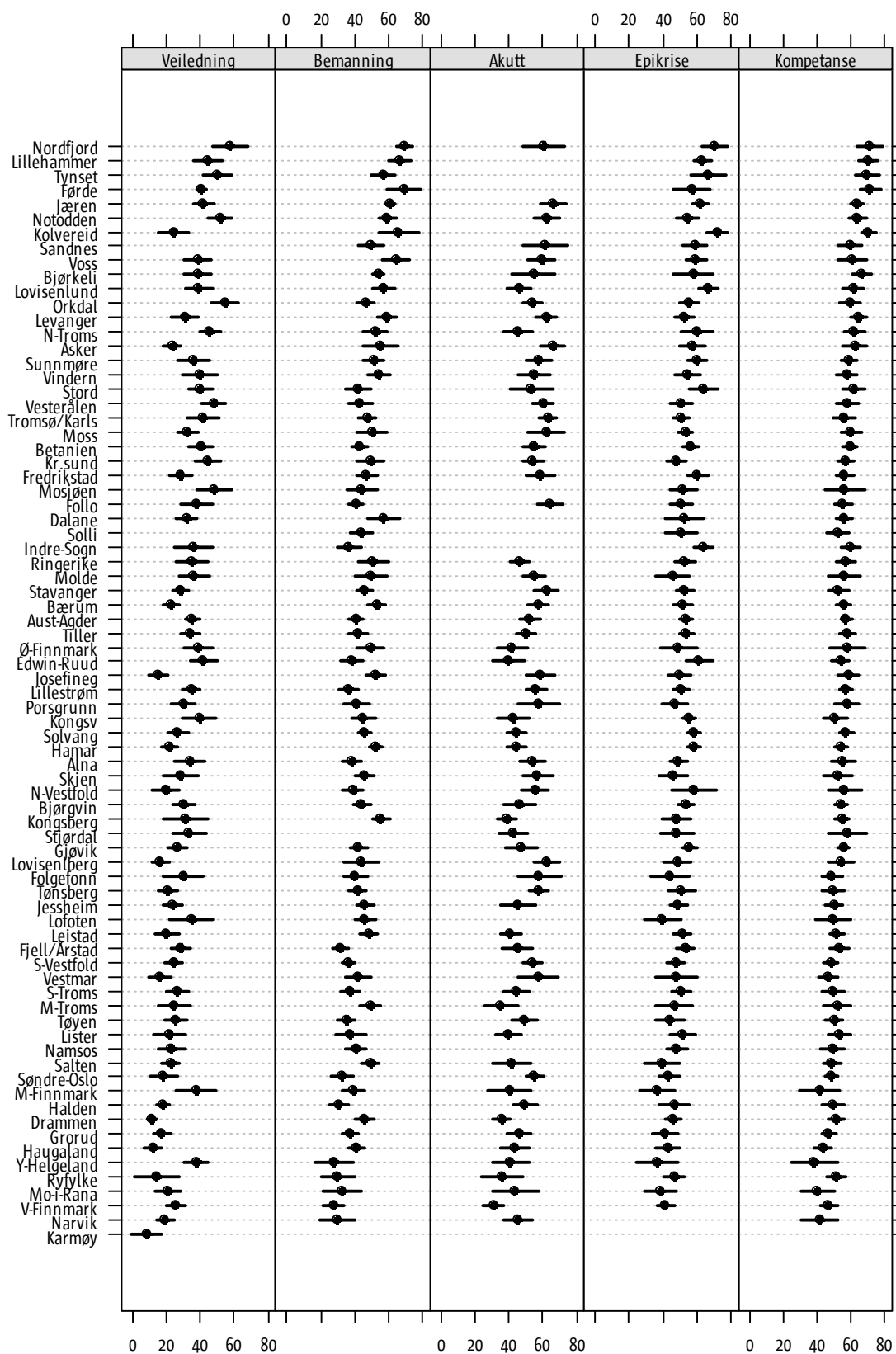
5.2 SAMMENLIGNING AV DPSENE RESULTATER

Figur 7 viser at det er stor variasjon mellom de ulike DPSene. Likevel kan vi se en generell tendens til at områdene kompetanse, epikrise og akutt jevnt over får mer positive resultater enn områdene bemanning og veiledning. Veiledning kommer nesten uten unntak svakest ut. Videre viser figur 8 at det er svært stor forskjell i

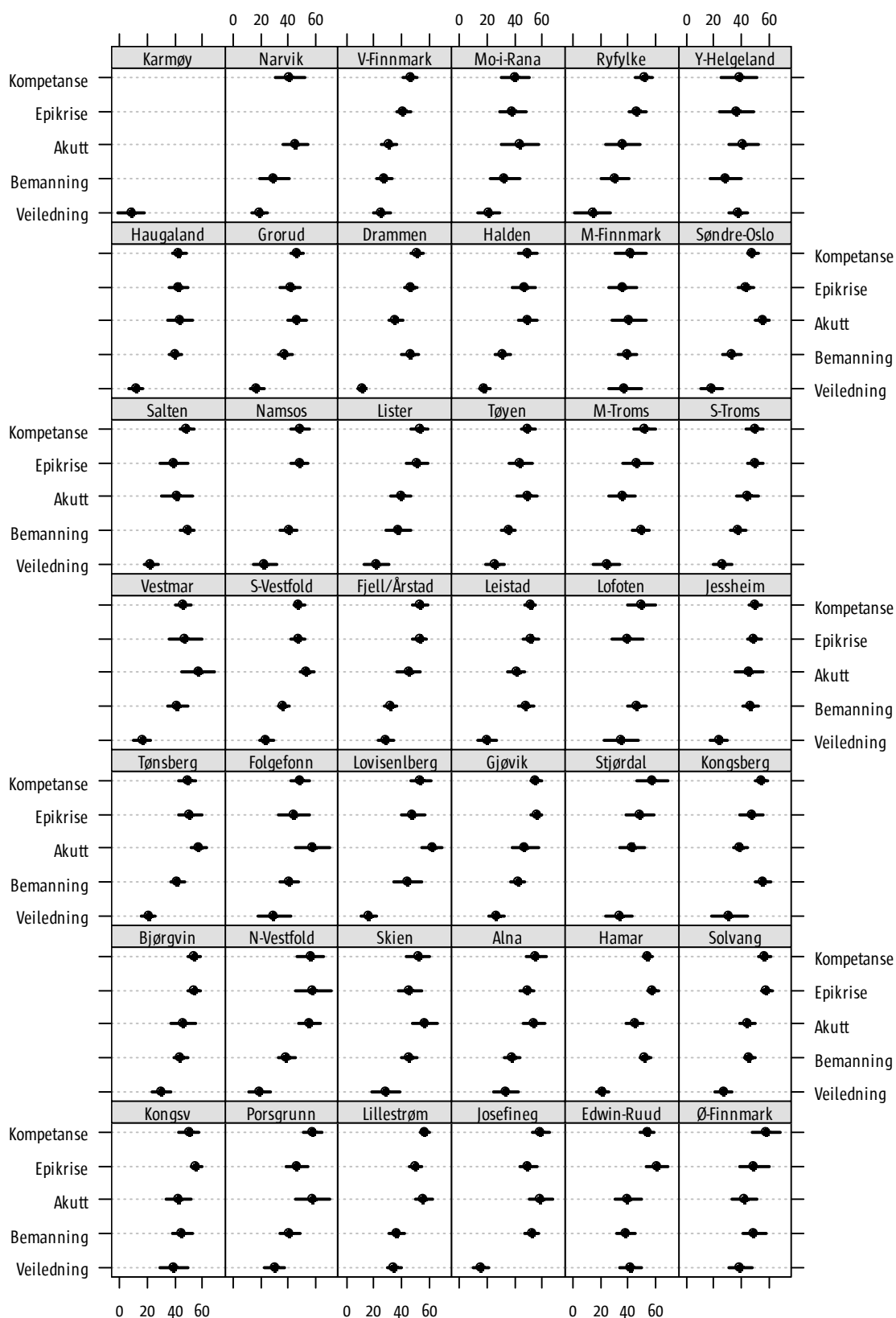
spredning mellom de ulike områdene innad i DPSene. For eksempel er det stor forskjell mellom beste og dårligste område i Asker, mens i Midt-Finnmark får alle områdene tilnærmet det samme resultatet.

Vi har signifikanstestet forskjellene mellom hver enkelt institusjon og gjennomsnittet for alle de andre institusjonene (se metodekapittel og metoderapport for mer informasjon). Det er svært mange signifikante forskjeller mellom DPSene. Tallene som ligger til grunn for figur 7 og 8 er gjengitt i tabell 3 hvor signifikante forskjeller mellom DPSene er markert.

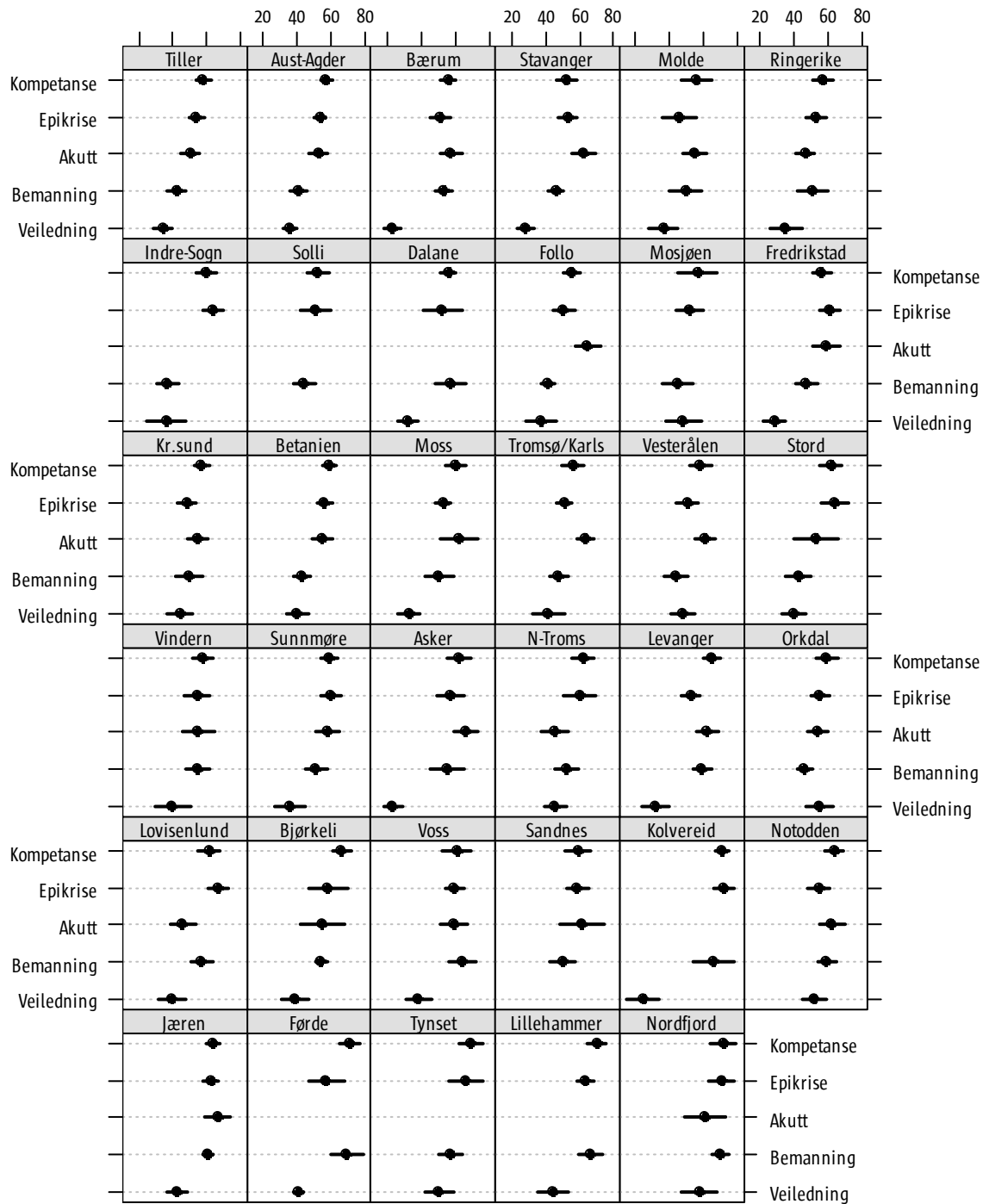
Figur 7: Sammenlignende figur som viser hvert hovedområde og institusjonenes gjennomsnittsscorer på ett og ett område. Resultatene er vektet. Scorer på skala 0-100 der 100 er best. Punkt angir score og strek viser institusjonens konfidensintervall. De 10% statistisk mest usikre resultatene vises ikke.



Figur 8: Figur som viser det enkelte DPSetts gjennomsnittsscorer på alle hovedområder. Resultatene er vektet. Scorer på skala 0-100 der 100 er best. De 10% statistisk mest usikre resultatene vises ikke.



Figur 8 forts.



Tabell 3: Gjennomsnittscorer på hovedområder for hvert DPS. Skala 0-100 der 100 er best. Standardfeil i parentes. Resultatene er vektet. De 10% statistisk mest usikre resultatene vises ikke.

Institusjon	Bemanning	Akutt	Epikrise	Veiledning	Kompetanse
Helse-Sør					
Drammen	46(2,94)	36(2,61)- -	46(2,31)	11(1,52)- -	52(2,37)
Kongsberg	56(2,86)	39(2,77)- -	48(4,38)	31(6,7)	55(2,29)
Ringerike	51(4,44)	47(2,96)	53(3,19)	35(4,72)	57(2,96)
N-Vestfold	39(3,21)	56(4,1)	58(6,62)	20(4,09)	56(5,07)
Tønsberg	42(2,6)	58(2,84)	51(4,2)	21(2,74) -	49(3,27)
S-Vestfold	37(1,99)- -	54(2,78)	48(2,57)	24(2,74)	48(2,14)
Porsgrunn	41(3,83)	58(6,3)	47(3,98)	30(3,61)	58(3,61)
Notodden	59(2,65)+++	63(3,65)	55(3,39)	52(3,66)+++	64(2,77)
Vestmar	42(3,81)	57(6,01)	48(6,19)	16(3,22)- -	46(3,03)
Skien	46(2,97)	57(4,69)	46(4,38)	28(5,06)	52(4,24)
Aust-Agder	41(2,35)	52(3,01)	54(1,81)	35(2,03)	57(1,65)
Lister	38(4,56)	40(3,87)	51(3,8)	22(4,81)	53(3,18)
Solvang	46(2,04)	45(2,74)	58(2,06)	27(3,07)	57(2,15)
Lovisenlund	57(3,31)	46(3,74)	67(3,03)+++	39(4,2) - -	61(3,15)
Helse-Øst					
Moss	50(4,47)	62(5,6)	53(2,31)	33(3,31)	60(3,14)
Edwin-Ruud	38(3,32)	40(4,88)	61(4,13)	42(4,05)	54(2,67)
Fredrikstad	47(3,23)	59(4,16)	61(3,08)	28(3,43)	56(2,7)
Halden	31(3,03)- -	50(3,49)	47(4,43)	18(2,01)- -	49(3,49)
Follo	41(2,07)	65(3,87)	51(3,48)	38(4,69)	55(2,67)
Asker	55(5,14)	66(3,57)++	57(4,01)	23(2,83)	62(3,56)
Bærum	53(2,63)	58(3,12)	51(2,9)	23(2,5)	56(2,18)
Lillestrøm	36(2,73)	56(3,14)	51(2,3)	35(2,5)	57(1,92)
Jessheim	46(2,83)	45(5,26)	49(2,71)	24(2,97)	50(2,5)
Søndre-Oslo	33(3,36)- -	55(2,66)	44(2,93)	18(4,13)	48(1,98)
Josefineg	52(2,76)	59(4,46)	50(3,39)	15(2,7)- -	59(3,11)
Alna	38(2,76)	54(3,98)	49(2,55)	34(4,5)	55(3,63)
Grorud	38(2,51)	46(3,5)	42(3,92)	17(2,63)- -	47(2,28)
Lovisenberg	44(5,33)	62(3,9)	48(4,17)	17(2,76)- -	54(3,82)
Tøyen	35(2,67)- -	49(3,85)	44(4,21)	26(3,41)	50(2,5)
Vindern	55(3,41)	55(4,68)	54(3,91)	40(5,37)	58(3,14)
Kongsv	45(3,65)	43(4,71)	56(2,04)	39(4,99)	51(3,69)
Hamar	52(2,11)	45(3)	58(1,81)	22(2,33)- -	54(1,99)
Tynset	57(3,59)	-	67(5,14)	50(4,27)+++	69(3,69)++
Gjøvik	42(2,59)	47(4,89)	56(2,09)	27(2,8)	55(1,87)
Lillehammer	67(3,44)+++	-	63(2,47)+++	44(4,51)	70(2,7)+++

*) Symbolene angir signifikanssynligheter, vektet og justert for multippel testing:

+/-: p<0,05 +/- -: p<0,01; +++/- -: p<0,001

pluss angir større enn, minus mindre enn snittet av de andre institusjonene

Tabell 3 forts.

Institusjon	Bemanning	Akutt	Epikrise	Veiledning	Kompetanse
Helse-Vest					
Dalane	57(4,71)	-	53(5,68)	32(3,08)	56(2,44)
Sandnes	50(3,88)	61(6,77)	59(3,47)	-	59(3,84)
Jæren	61(1,52)+++	66(3,96)++	62(2,39)+++	42(3,05)+	63(2,05)++
Ryfylke	30(5,27)	36(6,23)	47(3,07)	14(6,76)	51(3,01)
Stavanger	46(2,42)	62(3,54)	53(2,71)	28(2,49)	53(2,97)
Haugaland	41(2,39)	44(4,45)	43(3,58)	12(2,63)- -	43(2,57)- -
Folgefonn	41(3,53)	58(6,37)	44(5,94)	30(6,02)	49(3,23)
Stord	42(3,81)	53(6,53)	64(4,25)	40(3,58)	62(3,42)
Karmøy	-	-	-	8(4,72)- -	-
Fjell/Årstad	32(2,35)- -	45(4,45)	53(2,7)	28(2,83)	53(2,85)
Bjærgvin	44(2,7)	46(4,76)	54(2,32)	30(3,25)	54(2,14)
Betanien	43(2,52)	55(3,23)	56(2,33)	40(3,44)	59(2,05)
Bjerkeli	54(1,7)+++	55(6,49)	58(6,02)	38(4,08)	66(2,86)++
Voss	64(4,05)+++	60(4,12)	60(2,99)	38(3,9)	61(4,31)
Indre-Sogn	37(3,42)	-	64(2,96)++	36(5,88)	60(2,93)
Nordfjord	70(2,58)+++	61(6,14)	70(4)+++	58(5,33)+++	71(3,89)++
Solli	44(3,36)	-	51(4,78)	-	52(3,36)
Førde	69(4,97)+++	-	57(5,49)	41(1,51)+++	71(3,08)+++
Helse Midt-Norge					
Sunnmøre	51(3,2)	58(3,8)	60(3,02)	36(4,78)	59(2,34)
Molde	50(4,84)	55(3,53)	46(5,03)	36(4,59)	56(4,67)
Kr.sund	49(4,16)	54(3,12)	48(2,93)	44(3,79)	57(2,31)
Orkdal	46(2,5)	54(3,02)	55(2,77)	55(4,1)+++	59(3,3)
Tiller	42(2,82)	50(2,81)	54(2,27)	34(2,99)	58(2,29)
Leistad	48(2,84)	41(3,06)	52(2,73)	20(3,47)	51(2,13)
Levanger	59(2,88)+++	62(3,15)	53(2,83)	31(4,12)	64(2,52)+
Stjørdal	-	43(4,4)	48(5,15)	34(5,04)	58(5,81)
Namsos	41(3,21)	-	48(3,29)	23(4,14)	49(3,56)
Kolvereid	66(6,17)	-	72(3,13)+++	24(4,8)	71(2,12)+++
Helse-Nord					
Lofoten	46(3,33)	-	40(5,57)	35(6,43)	50(5,24)
Salten	49(2,76)	41(5,8)	39(5,22)	23(2,63)	49(2,61)
Mo-i-Rana	33(5,67)	44(6,99)	38(4,86)	21(3,99)	40(5,13)
Mosjøen	44(4,65)	-	52(4,1)	48(5,2)	56(5,89)
Y-Helgeland	28(5,83)	41(5,48)	36(6,08)	37(3,48)	38(6,81)
Vesterålen	44(3,57)	61(3,12)	50(3,41)	48(3,57)+++	58(3,32)
Narvik	30(5,33)	46(4,51)	-	19(2,74)- -	41(5,41)
S-Troms	38(3,09)	44(3,9)	50(2,92)	26(3,35)	50(3,39)
V-Finnmark	28(2,99)- -	31(3,11)- -	42(2,6)- -	26(3,07)	47(2,63)
Ø-Finnmark	49(4,16)	42(4,73)	49(5,62)	39(4,27)	58(5,19)
M-Finnmark	40(3,46)	41(6,54)	36(5,3)	38(6,08)	41(5,84)
Tromsø/Karls	47(2,81)	63(2,68)+++	51(2,49)	41(4,86)	56(3,31)
N-Troms	52(3,66)	46(4,11)	60(4,99)	46(3,12)+++	62(3,12)
M-Troms	50(3,15)	36(5,06)	47(5,56)	24(4,75)	52(4,05)

*) Symbolene angir signifikanssannsynligheter, vektet og justert for multipel testing:

(+)/(·): p<0,05 +/-: p<0,01; ++/- -: p<0,01; +++/- -: p<0,001

pluss angir større enn, minus mindre enn snittet av de andre institusjonene

6 Resultater for regionene og helseforetakene

Dette kapitlet tar for seg resultater for regionene og helseforetakene. Resultatene presenteres i tabell 4 og tabell 5. I tabellene angis signifikante forskjeller og hvert gjennomsnitts standardfeil. Se metodekapittel punkt 3.3.2 for nærmere redegjørelse av signifikans og standardfeil. Nedenfor kommenteres regionenes resultater, mens helseforetakenes resultater kan leses ut av tabell 5.

6.1 SAMMENLIGNING AV HELSEREGIONENES RESULTATER

Det er ikke veldig stor variasjon mellom regionene på hovedområdene. Vi har likevel signifikantstestet forskjellene og har funnet flere signifikante utslag. Helse Nord RHF skårer signifikant dårligere enn de andre regionene på alle hovedområdene med unntak av området veiledning. Helse Midt-Norge RHF skårer signifikant bedre enn landsgjennomsnittet på områdene bemanning, veiledning og kompetanse. Helse Vest RHF er signifikant bedre enn de øvrige regionene på området epikriser, mens Helse Øst RHF og Helse Sør RHF er signifikant dårligere på området veiledning.

På området epikriser er forskjellen mellom helseregionene størst, der ti poeng skiller dårligste (Helse Nord, 45) og beste (Helse Vest, 55) gjennomsnittsscore. Ni poeng skiller dårligste og beste score på området bemanning (Helse Nord med 41 og Helse Midt-Norge med 50).

Områdene veiledning og bemanning skiller seg ut negativt i alle helseregionene, mens kompetanse jevnt over får de beste tilbakemeldingene.

Tabell 4: Gjennomsnittsscorer på hovedområder for hver helseregion. Skala 0-100 der 100 er best. Standardfeil i parentes. Resultatene er vektet.

Institusjon	Bemanning	Akutt	Epikriser	Veiledning	Kompetanse
Helse Sør RHF	45(,90)	49(1,10)	52(,94)	27(1,10)- -	54(,82)
Helse Øst RHF	45(,77)	54(1,01)	52(,76)	27(,88)- -	55(,63)
Helse Vest RHF	46(1,01)	54(1,64)	55(,97)+++	32(1,26)	56(,88)
Helse Midt-Norge RHF	50(1,37)++	53(1,32)	53(1,20)	35(1,58)++	58(1,09)++
Helse Nord RHF	41(1,37)- -	46(1,66)- - -	45(1,61)- - -	33(1,37)	51(1,39)- -

*) Symbolene angir signifikanssannsynligheter, justert for multipel testing:

(+)/(−): $p < 0,05$ +/-: $p < 0,01$; ++/- -: $p < 0,01$; +++/- -: $p < 0,001$

+ angir større enn, - mindre enn snittet av de andre regionene

Tabell 5: Gjennomsnittscorer på hovedområder for hvert helseforetak. Skala 0-100 der 100 er best. Standardfeil i parentes. Resultatene er vektet.

Institusjon	Bemanning	Akutt	Epikriser	Veiledning	Kompetanse
Sykehuset Buskerud HF	46 (2,94)	36(2,61) ---	46(2,31)	11(1,52) ---	52(2,37)
Blefjell sykehus HF	58 (1,92) +++	49(2,83)	51(2,97)	40(4,46)	59(1,87)
Ringerike sykehus HF	51 (4,44)	47(2,96)	53(3,19)	35(4,72)	57(2,96)
Psykiatrien i Vestfold HF	38 (1,45) ---	55(1,89)	51(2,37)	22(1,89) --	50(1,92)
Sykehuset Telemark HF	43 (1,45)	58(3,31)	47(2,74)	27(2,90)	53(2,52)
Sørlandet sykehus HF	45 (1,52)	48(1,77)	57(1,27) ++	33(1,62)	58(1,17)
Sykehuset Østfold HF	42 (1,90)	54(2,42)	55(1,89)	28(1,76)	55(1,62)
Sykehuset Asker og Bærum HF	54 (2,48) +	60(2,49) +	53(2,38)	23(1,97) -	58(1,89)
Akershus universitetssykehus	39 (1,73) --	51(2,32)	47(1,90)	27(1,96)	52(1,48)
Sykehuset Innlandet HF	50 (1,53)	47(2,38)	58(1,06) +++	30(1,72)	57(1,24)
Lovisenberg diakonale sykehus	38 (2,26) -	55(2,95)	46(3,02)	22(2,34) -	52(2,21)
Ullevål universitetssykehus HF	40 (2,49)	57(2,70)	47(2,25)	17(2,42) ---	54(1,94)
Diakonhjemmet sykehus	55 (3,42)	55(4,68)	54(3,91)	40(5,37)	58(3,14)
Aker universitetssykehus	40 (1,68) -	61(3,02)	50(2,37)	36(3,40)	55(2,15)
Helse Stavanger HF	49 (2,04)	58(3,42)	54(1,99)	27(2,59)	55(1,80)
Helse Fonna HF	41 (1,89)	50(3,35)	50(3,34)	25(3,09)	50(2,46)
Helse Bergen	40 (1,87)	47(3,13)	54(1,66)	30(2,12)	54(1,64)
Helse Førde HF	53 (3,95)	53(7,37)	67(2,52) +++	47(4,92) +	65(2,74) ++
Helse Sunnmøre HF	51 (3,21)	58(3,80)	60(3,02)	36(4,78)	59(2,34)
St. Olavs hospital HF	45 (1,78)	49(1,81)	54(1,47)	35(2,34)	56(1,51)
Helse Nord-Trøndelag HF	57 (2,88) +++	56(3,13)	54(2,38)	30(2,79)	62(2,18) +
Helse Nordmøre og Romsdal HF	49 (3,39)	55(2,56)	47(3,38)	39(3,34)	56(3,11)
Nordlandssykehuset HF	48 (2,21)	42(4,79)	39(4,24)	25(2,68)	49(2,36)
Helgelandssykehuset HF	33 (4,00) -	41(3,81)	40(3,89)	35(2,76)	42(4,45)
Hålogalandssykehuset HF	38 (2,94)	51(2,69)	47(3,94)	33(3,29)	50(2,90)
Helse Finnmark HF	38 (3,03)	37(2,79) ---	44(2,94)	33(2,50)	51(2,95)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	49 (1,96)	55(2,61)	52(2,13)	39(3,22)	56(2,30)

*) Symbolene angir signifikanssannsynlighet, justert for multipl testing:

(+)/(−): p<0,1; +/-: p<0,05; ++/--: p<0,01; +++/---: p<0,001

+ angir større enn, - mindre enn landsgjennomsnittet

Referanser

Brockway, C. R. & Jones, K. E. (1993). Survey of the opinions of general practitioners about health services in a rural setting. *Public Health* 107, 45-52.

Choyce, M. Q. & Maitra, A. K. (1996). Satisfaction with the accident and emergency department - a postal survey of general practitioners' views. *J Accid Emerg Med* 13, 280-282.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6.

Hayes, C. H., Hynes, M., & O'Herlihy, B. (1992). Public health nursing in Ireland: the general practitioners' view. *Ir J Med Sci* 161[4], 105-107.

Hicks, N. R. & Baker, I. A. (1991). General practitioners' opinions of health services available to their patients. *BMJ* 302, 991-993.

Hull, S. A., Dennis, N., & Loughlin, L. (1991). GP opinions of available health services. *BMJ* 302, 1405-1406.

Rudjord, K. & Nybrodahl, I. (2006). *Aktivitetsdata -psykisk helsevern for voksne. Årsdata 2005*. (Rep. No. A88). Trondheim: SINTEF Helse.

Ruud, T., Gråwe, R. W., Lilleeng, S., & Bjørngaard, J. H. (2006). *Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2002 til 2005* (Rep. No. STF78A055028). Oslo: SINTEF Helse.

Thomas, R. V. & Corney, R. H. (1993). Working with community mental health professionals: a survey among general practitioners. *British Journal of General Practice* 43[375], 417-421.

Vedlegg A: Spørreskjema



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PasOpp 2006

Ditt svar kan bidra til å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser

PasOpp DPS Jan/Feb 2006

Hensikten med denne undersøkelsen

er å få tilbakemeldinger fra fastleger om samarbeidet med de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Det endelige målet er å forbedre kvaliteten på tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Vi håper du vil bruke fem minutter til å formidle dine erfaringer!

Vi ber deg vurdere ett DPS:

- Det DPSet som har ansvaret for generelle voksenpsikiatriske tjenester i området der legekontoret ditt er lokalisert.
- Dine samlede erfaringer med dette DPSet (på tvers av tilbud og pasientgrupper).

Om utfyllingen: Vi ønsker din umiddelbare vurdering.

Husk at alle fem svarkategorier kan benyttes, men *sett kun ett kryss på hvert spørsmål.*

Vi ber deg krysse av i midten av rutene. Slik: Ikke slik:

Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

1. Kryss av for det DPSet du vurderer i spørreskjemaet (KUN ETT DPS):

Helse Sør	<input type="checkbox"/> Drammen DPS <input type="checkbox"/> Kongsberg DPS <input type="checkbox"/> Ringerike psikiatriske senter <input type="checkbox"/> Nordre Vestfold DPS	<input type="checkbox"/> Tønsberg DPS <input type="checkbox"/> Søndre Vestfold DPS <input type="checkbox"/> DPS Porsgrunn <input type="checkbox"/> DPS Notodden/Seljord	<input type="checkbox"/> DPS Vestmar <input type="checkbox"/> DPS Skien <input type="checkbox"/> DPS Solvang <input type="checkbox"/> DPS Lister	<input type="checkbox"/> DPS Aust-Agder <input type="checkbox"/> DPS Lovisenlund/ Mandal	
Helse Øst	<input type="checkbox"/> Moss DPS <input type="checkbox"/> Edwin Ruud DPS <input type="checkbox"/> Fredrikstad DPS <input type="checkbox"/> DPS Halden/Sarpsborg <input type="checkbox"/> Follo DPS <input type="checkbox"/> Psikiatriske senter Asker	<input type="checkbox"/> Psikiatriske senter Bærum <input type="checkbox"/> Lillestrømklinikken DPS <input type="checkbox"/> Jessheimklinikken DPS <input type="checkbox"/> Søndre Oslo DPS <input type="checkbox"/> Josefinegate DPS <input type="checkbox"/> Alna DPS	<input type="checkbox"/> Grorud DPS <input type="checkbox"/> Lovisenberg DPS <input type="checkbox"/> Tøyen DPS <input type="checkbox"/> DPS Vindern <input type="checkbox"/> Kongsvinger DPS	<input type="checkbox"/> DPS Hamar (Sykehuset Innlandet HF) <input type="checkbox"/> DPS Tynset <input type="checkbox"/> DPS Gjøvik <input type="checkbox"/> DPS Lillehammer	
Helse Vest	<input type="checkbox"/> Dalane DPS <input type="checkbox"/> Sandnes DPS <input type="checkbox"/> Jæren DPS <input type="checkbox"/> Ryfylke DPS <input type="checkbox"/> Stavanger DPS	<input type="checkbox"/> Haugaland DPS <input type="checkbox"/> Folgefonn DPS <input type="checkbox"/> Stord DPS <input type="checkbox"/> Karmøy DPS <input type="checkbox"/> Fjell og Årstad DPS	<input type="checkbox"/> Bjørgvin DPS <input type="checkbox"/> Betanien DPS <input type="checkbox"/> Voss DPS psyk rehab.team og poliklinikk <input type="checkbox"/> Voss DPS, NKS Bjørkeli	<input type="checkbox"/> Indre Sogn Psikiatrisenter <input type="checkbox"/> Nordfjord Psikiatrisenter <input type="checkbox"/> Solli Sykehus (Fana og Os DPS sammen med Askviknes, Helse Bergen)	
Helse Midt-Norge	<input type="checkbox"/> DPA, Helse Sunnmøre <input type="checkbox"/> Molde DPS <input type="checkbox"/> Kristiansund DPS	<input type="checkbox"/> Orkdal DPS <input type="checkbox"/> Tiller DPS <input type="checkbox"/> Leistad DPS	<input type="checkbox"/> Sykehuset Levanger <input type="checkbox"/> DPS Stjørdal <input type="checkbox"/> Sykehuset Namsos	<input type="checkbox"/> DPS Kolvereid	
Helse Nord	<i>Nordlandssykehuset</i> <input type="checkbox"/> Salten psikiatriske senter <input type="checkbox"/> DPS Lofoten	<i>Helgelandssykehuset</i> <input type="checkbox"/> Mo i Rana psikiatriske senter <input type="checkbox"/> Mosjøen psikiatriske senter <input type="checkbox"/> Ytre Helgeland psikiatriske senter	<i>Hågolandssykehuset</i> <input type="checkbox"/> DPS Vesterålen <input type="checkbox"/> Psykisk helsevern Narvik <input type="checkbox"/> DPS Sør-Troms	<i>UNN</i> <input type="checkbox"/> Psikiatriske senter for Tromsø og Karlsøy <input type="checkbox"/> Senter for psykisk helse Nord-Troms <input type="checkbox"/> Senter for psykisk helse Midt-Troms	<i>Helse Finnmark</i> <input type="checkbox"/> DPS Vest-Finmark <input type="checkbox"/> DPS Midt-Finmark <input type="checkbox"/> DPS Øst-Finmark

Dersom du ikke finner riktig DPS på listen, vennligst skriv navnet med BLOKKBOKSTAVER her:

1

Samlet vurdering

	Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både/og	Ganske fornøyd	Svært fornøyd
2. Alt i alt, hvor misfornøyd eller fornøyd er du med DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tilgjengelighet

I hvilken grad...	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
3. avviser DPSet pasienter du har henvist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. opplever du at pasientene må vente for å få et tilbud ved DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Akutte situasjoner

I hvilken grad...	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
5. oppnår du kontakt med rette vedkommende ved DPSet i akutte situasjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. får du nødvendig hjelp fra DPSet til å takle akutte situasjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikasjon og informasjon

I hvilken grad...	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
7. får du nødvendig tilbakemelding fra DPSet underveis i utredninger/ behandlinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. har DPSet gitt deg informasjon om behandlingstilbudet sitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. synes du at epikrisene fra DPSet er av god kvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. inneholder epikrisene fra DPSet klare planer for din videre oppfølging av pasientene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. mottar du epikrisene fra DPSet tilstrekkelig raskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kompetanse

I hvilken grad...	⊥	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
12. opplever du at DPSet har god kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. får du gode faglige råd fra fagfolkene ved DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. har pasientene fått den nødvendige faglige hjelpen fra DPSet når de overføres til primærhelsetjenesten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. opplever du at fagpersonene ved DPSet samarbeider godt om utredning/ behandling av pasientene?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samarbeid og veiledning

I hvilken grad...		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
16. har du/dere samarbeidsmøter med DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager med god kvalitet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. får du nødvendig faglig støtte fra DPSet til din egen pasientbehandling?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. oppnår du kontakt med DPSet i situasjoner hvor du trenger råd?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. opplever du at DPSet tar dine vurderinger av pasientenes lidelse/situasjon på alvor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemanning

I hvilken grad...	⊥	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
21. opplever du at DPSet får besatt viktige faglige stillinger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. opplever du at det er god legedekning ved DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. opplever du at det er stabilitet i de faglige lederstillingene ved DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. opplever du at det generelt er stabilitet i fagstillingene ved DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fortsetter på neste side 3

Avsluttende spørsmål

- Er du uenig eller enig i følgende påstander?
- | | | Helt uenig | Litt uenig | Verken enig eller uenig | Litt enig | Helt enig |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Jeg har høye forventninger til tjenestene ved DPSet | ⊥ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Jeg har generelt gode erfaringer med tjenester innen psykisk helsevern | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
27. Hvor god eller dårlig er din kjennskap til DPSet du har vurdert? ⊥
- Svært god Ganske god Både/og Ganske dårlig Svært dårlig
28. Hva slags tjeneste(r) ved DPSet har du primært hatt i tankene når du har svart på spørreskjemaet (du kan sette flere kryss)
- Døgnavdeling Dagtilbud Poliklinikk Ambulante team
29. Har det skjedd spesielt negative hendelser med dine pasienter som du mener DPSet kunne forhindre? ⊥
- Nei, aldri Ja, én gang Ja, noen ganger Ja, mange ganger
30. Har du noen gang arbeidet som lege ved et DPS/i psykisk helsevern? ⊥
- Ja Nei
31. Kunne du tenke deg å svare på et nytt skjema fra oss om kort tid, dersom det blir aktuelt? ⊥
- Sett kryss her dersom du kunne tenke deg å svare på et nytt skjema

Skriv gjerne ned kommentarer til spørreskjemaet, eller mer om dine erfaringer her:

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

Følgende personer har bidratt i prosjektet:

GØRIL GROVEN. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har vært prosjektleder for utviklingsprosjektet om fastlegenes vurdering av DPS, og vært sentral i gjennomføring av kvalitative intervjuer, pilotundersøkelsen og den nasjonale surveyen.

KIRSTEN DANIELSEN. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har hatt ansvar for kvalitetssikring i rapportarbeidet.

SIGVE OLTEDAL. Forsker, cand. polit. med hovedfag i psykologi. Han har hatt hovedansvar for utarbeiding av hovedrapporten, og har bidratt i metoderapporten.

JON HELGELAND. Seniorrådgiver, cand. real. Han er ansvarlig for statistisk rådgivning i forbindelse med utvalgsplan, analyse og presentasjonsmåte, og har bidratt i rapportene.

REIDUN SKÅRERHØGDA. Prosjektkoordinator. Hun har hatt hovedansvaret for de merkantile sidene ved prosjektet, og de administrative delene av rapportutarbeidelsen.

THERESE OPSAHL HOLTE. Forsker, sykepleier og cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har arbeidet med utviklingsprosjektet om fastlegenes vurdering av DPS, og har skrevet dokumentasjonsrapporten for utviklingsprosjektet.

OLAF HOLMBOE. Cand. polit. med hovedfag i sosialantropologi. Han har hatt hovedansvar for tilrettelegging av data for analyse, og bidratt i hovedrapporten.

HILDE IVERSEN. Forsker, dr.polit. Hun var prosjektleder for første fase av utviklingsprosjektet (fram til permisjon).

ANDREW GARRATT. Forsker, PhD. Han har hatt ansvaret for valideringen av spørreskjemaet, innledende statistiske analyser og bidratt med faglige råd i rapportarbeidet.

ØYVIND ANDRESEN BJERTNÆS. Forskningsleder for gruppe K1, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Han har bidratt i utvikling av spørreskjema og innsamlingsmetodikk, hatt ansvaret for metoderapporten, og et overordnet ansvar for kvalitetssikring av de andre rapportene.

TOMISLAV DIMOSKI. IT-ansvarlig, siv. ing. Han har utviklet programvaren, *FS-systemet*, og har ivaretatt de tekniske sidene ved innsamling og oppbevaring av data.

SAGA HØGHEIM. Prosjektsekretær. Hun har hatt hånd om alle utsendingene og registreringen av svarene i undersøkelsen.

Vi takker de fastlegene som tok seg tid til å delta på de kvalitative intervjuene i utviklingsprosjektet, og de eksterne medlemmene av referansegruppen for utviklingsprosjektet for viktige bidrag i forbindelse med utvikling av spørreskjema og innsamlingsmetodikk. Deltakerne i referansegruppen var Ola Marstein (psykiater), Liv Bech Johannesen (psykiatrisk sykepleier), Jan Emil Kristoffersen (fastlege, leder i Aplf), John Nessa (fastlege), Ingmar Clausen (psykiater), Ragnhild Aarrestad (psykiater), Torleif Ruud (psykiater og forskningssjef, Sintef Helse), Trygve Deraas (fastlege), Ole-André Skalstad (fastlege), Jesper Blinkenberg (fastlege), Manjit Kaur Sirpal (fastlege) og Arne Repål (psykolog).

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavsplass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 82-8121-106-7
ISSN 1890-1565

PasOpp-rapport Nr 1-2006

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Om PasOpp undersøkelser: I dagens helsetjeneste legges det mer vekt på synspunktene til pasienter og pårørende enn før og på at de ulike delene av tjenesten skal være godt samordnet. PasOpp undersøkelsene har som mål å beskrive erfaringene til personer som ser tjenestene fra innsiden. Det er laget spørreskjema som er tilpasset ulike områder innenfor helsetjenesten. Spørsmålene handler om opplevelser, om faktiske hendelser og om tilfredshet med tjenestene.

Om denne undersøkelsen:

Populasjon: Fastleger i Norge

Metode: Postal spørreskjemaundersøkelse kombinert med telefonintervjuer

Undersøkelsesperiode: Hovedundersøkelse 20. januar 2006 til 23. mars 2006

Bruttoutvalg: 3704

Svarprosent: 65