

# Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2011 og utvikling over tid.

PasOpp rapport Nr 6-2012



- Tittel** Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2011 og utvikling over tid.
- English title** General practitioners' assessment of community mental health centres. National results in 2011 and changes over time.
- Institusjon** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Ansvarlig** Magne Nylenna, direktør
- Forfattere** Sjetne, Ingeborg Strømseng, *seniorforsker, Kunnskapssenteret*  
Holmboe, Olaf, *forsker, Kunnskapssenteret*
- ISBN** 978-82-8121-491-0
- ISSN** 1890-1565
- PasOpp-rapport** Nr 06 – 2012
- Prosjektnummer** 638
- Publikasjonstype** Brukererfaringsundersøkelse (PasOpp-rapport)
- Antall sider** 59 (67 inklusiv vedlegg)
- Oppdragsgiver** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Nøkkelord** Distriktpsikiatriske sentre, DPS, fastleger, vurdering, brukererfaringer, samhandling, psykisk helsevern, psykisk helsearbeid, psykiatri
- Sitering** Sjetne, IS, Holmboe, O. Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2011 og utvikling over tid. PasOpp-rapport nr. 06–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, november 2012

---

# Sammendrag

---

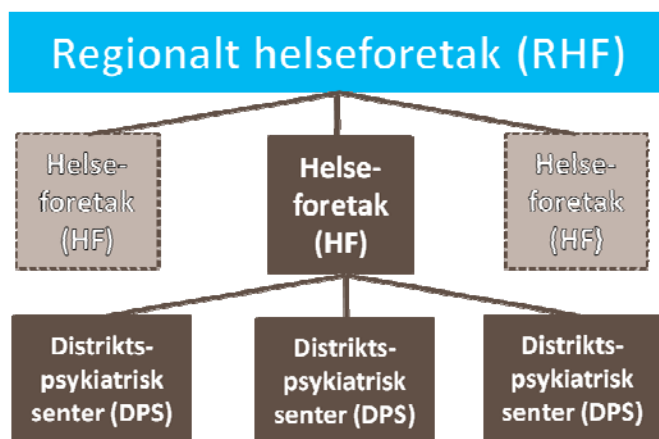
## Bakgrunn

---

I 2011 var det 78 distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Norge, organisert under spesialisthelsetjenesten som helseforetak eller i privat drift. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte våren 2011 en nasjonal undersøkelse av fastlegers vurdering av virksomheten ved DPS-ene. Undersøkelsen er tidligere gjennomført i 2006 og 2008.

Formålet er å samle inn systematisk informasjon som kan brukes i kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring på ulike nivå. Undersøkelsen inngår blant målingene som er oppgitt som styringsparametere i oppdragsdokumentene i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten viser resultater på fire nivå: Nasjonalt, for regionalt helseforetak (RHF), for helseforetak (HF) og for DPS. Resultatene vises først og fremst som indeksskårer fra 2011, og disse blir sammenliknet med tidligere undersøkelser, i hovedsak fra 2008.



Figur i. Organisatoriske nivå

---

## Metode

---

Alle fastleger var inkludert og ble bedt om å vurdere DPS-et med ansvar for generell voksenpsykiatri i det aktuelle opptaksområdet.

Spørreskjemaet er utviklet og evaluert av Kunnskapssenteret og er bortimot uendret siden den første undersøkelsen. Det besto i 2011 av 35 spørsmål med en fempunkts

svarskala fra "Ikke i det hele tatt" til "I svært stor grad". 21 spørsmål kan sammenfattes i sju indekser med benevningene:

- *Bemanning*
- *Kompetanse*
- *Veiledning*
- *Henvisninger*
- *Epikriser*
- *Ventetid*
- *Akutte situasjoner.*

I 2011 inneholdt skjemaet også tre enkeltspørsmål om pasientsikkerhet, mot tidligere bare ett. Spørreskjemaet ble sendt ut per post, med tre purringer til ikke-svarere. Indeksresultatene ble regnet om til skår på en skala fra 0 til 100, der 100 er best.

---

## Resultat

---

Svar på enkeltspørsmål viser positiv utviklingstendens når det gjelder fastlegenes generelle tilfredshet med DPS-ene og på en rekke konkrete områder. På enkeltspørsmål om ventetid, henholdsvis før utredning og behandlingsstart er det ingen endring fra 2008 til 2011.

Bruttoutvalget besto av 4109 fastleger og blant disse var det 2021 (49,2%) som returnerte gyldig spørreskjema.

**Nasjonalt nivå.** Fastlegenes svar ga indeksskårer som i 2011-resultatene varierer mellom 57,1 for *Kompetanse* og 35,4 for *Veiledning*.

På fem av sju indekser er det statistisk signifikant forskjell mellom 2008 og 2011, mest på *Bemanning* (2,4). Alle forskjellene viser positiv endring i indeksskår. Skår på *Henvisninger* og *Ventetid* er uforandret.

**RHF-nivå.** Sammenlikning av RHF-enes resultater i 2011 med gjennomsnittet for RHF-ene viser at vurderingene gitt av fastlegene i Helse Midt-Norge er bedre enn gjennomsnittet på alle de sju indeksene. Vurderinger gitt av fastleger i Helse Sør-Øst er lavere enn gjennomsnittet på fem av sju indekser.

For Helse Midt-Norge er skårene for 2011 høyere enn i 2008 på fire indekser. Det samme gjelder én av indeksene Helse Nord. For Helse Vest og Helse Sør-Øst er ingen av forskjellene i skår statistisk signifikant.

**HF-nivå.** Indeksen *Bemanning* varierer i 2011 mest mellom de 23 HF-ene, ti HF har skår som avviker fra gjennomsnittet og forskjell mellom høyeste (Helse Førde) og laveste skår (Helse Fonna) er 25,2. Indeksen *Ventetid* varierer minst, tre HF har skår som avviker fra gjennomsnittet, her med en forskjell på 24,0 mellom høyeste (Helse Førde) og laveste skår (Aker og Ahus). Ett HF (Ahus) har statistisk signifikant lavere skårer enn gjennomsnittet på alle de sju indeksene. Ett HF har høyere skårer på seks av indeksene (Helse Førde).

De største endringene fra 2008 til 2011 viser seg i skårene på *Epikriser*, hvor tre HF har positiv utvikling. Indeksene *Kompetanse*, *Veiledning* og *Ventetid* er uforandret for alle HF. Ett HF (St. Olav) har positiv endring på tre indekser, ett foretak har negativ endring på to indekser (Helse Bergen).

**DPS-nivå.** Resultatene på DPS-nivå viser en rekke statistisk signifikante forskjeller fra gjennomsnittet i indeksskårer i 2011, og noe færre signifikante endringer fra 2008 til 2011. For mange DPS har lavt antall svar / statistisk usikkerhet gjort at resultater er utelatt fra rapporten.

---

## Konklusjon

---

Hovedbildet er at det har vært en positiv utvikling på mange områder, sett fra fastlegenes ståsted. Fastlegene opplever størst forbedring i støtten de får fra DPS i akutte situasjoner og på bemanning ved DPS-ene. Det er verdt å merke seg at fastlegene ikke opplever at ventetid før utredning/behandling har gått ned fra 2008 til 2011, verken på RHF-, foretaks- eller DPS-nivå.

Generelt viser svarene at det mangler en del på at DPS-ene innfrir fastlegenes forventninger. Bildet viser at noen DPS skårer bra og andre mindre bra, og antyder dermed at det kan være geografiske forskjeller i tilbudet til befolkningen. På den andre siden viser denne variasjonen at mange DPS har etablert gode løsninger som kan tas i bruk flere steder i kvalitetsforbedringshensikt.

---

# Summary in English

---

## Background

---

In 2011 there were 78 community mental health centers (CMHC) in Norway, organized under specialized health care. The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services conducted in the spring of 2011 a national survey of general practitioners' (GPs') assessment of the CMHCs. The survey was previously conducted in 2006 and 2008.

The survey purpose is to collect information that can be used in quality improvement and management at various organizational levels. The survey is included among the measurements that are specified as steering parameters in the contract documents between the providers of specialized health care and the authorities. This report shows the results at four levels: national, the regional health authorities (RHA), health trusts (HT) and CMHC. The results are shown primarily as index scores from 2011, and these are compared with previous results, mainly from 2008.

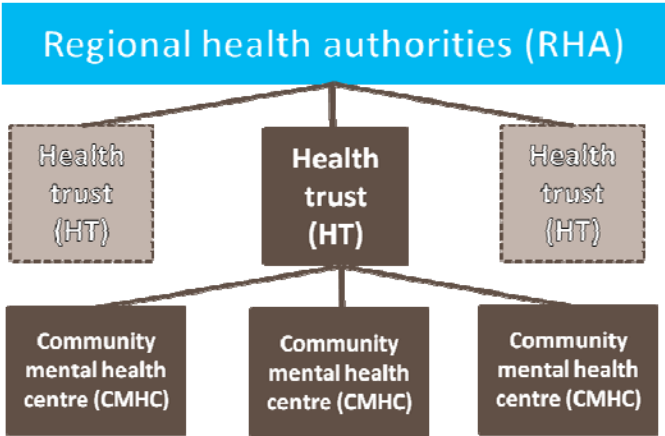


Figure ii. Organizational levels

---

## Method

---

All GPs were included and asked to have in mind the CMHC responsible for general adult psychiatry in the relevant catchment area.

The survey questionnaire was developed and evaluated by the Knowledge Centre and is virtually unchanged since the first survey. In 2011 it consisted of 35 questions

with a five point response scale from "Not at all" to "To a very large extent". Thematically, the questions can be summarized in seven indexes with headings:

- Work force situation
- Competence
- Guidance
- Referral
- Discharge letter
- Waiting time
- Emergency situations.

In 2011, the form also contained three single items about patient safety. The questionnaire was sent out by mail, with three reminders to non-respondents.

Index results were transformed to scores on a scale from 0 to 100, where 100 is best.

---

## Results

---

The answers to single questions show a positive trend regarding the GPs' general satisfaction with the CMCH and a number of specific and important topics. The GPs' assessment of waiting time, both before initial examination and before treatment start, is unchanged from 2008 to 2011.

The population consisted of 4109 GPs and among these 2021 (49.2%) returned completed questionnaires.

**National level.** The GPs' responses gave index scores that vary in 2011 between 57.1 for *Competence* and 35.4 for *Guidance*.

Differences between 2008 and 2011 are statistically significant on five of the seven indexes, and largest on *Work force situation* (2.4). All the differences represent a positive change in index scores. The scores on *Referrals* and *Waiting time* are unchanged.

**RHA level.** Comparison of each RHA's results in 2011 with the average for the RHAs shows that the assessment given by GPs in the Central Norway RHA is better than average on all the seven indexes. Ratings given by GPs in the South-Eastern RHA are lower than the average on five out of seven indexes.

For Central Norway RHA scores are higher in 2011 than in 2008 on four indexes. The same applies to one index for the Northern RHA. For South-Eastern and Western Norway, none of the differences in scores were statistically significant.

**HT level.** The index *Work force situation* varies most between the 23 HTs in 2011, as ten HTs have scores that differ from the average. Range between the highest score (Førde) and the lowest (Fonna) is 25.2. *Waiting time* varies least, three HTs have scores that deviate from the average, here with a difference of 24.0 between the highest (Førde) and the lowest score (Aker and Ahus). One HT (Ahus) has statistically significant lower scores than the average on all seven indexes. One HF has higher scores on six indexes (Førde).

The greatest changes from 2008 to 2011 are found in scores on *Discharge letter*,

where three HTs have a positive development. The indexes *Competence*, *Guidance*, and *Waiting time* is unchanged for all HTs. One HT (St. Olav) has a positive change on three indexes, and one HT has a negative change on two indexes (Bergen).

**CMHC level.** The results on CMHC level show a number of statistically significant deviations from the average index scores in 2011, slightly fewer index scores are different in 2011 compared to 2008. Results are omitted from the report for many institutions on the CMHC level because of low number of responses / statistical uncertainty.

The answers to single questions show a positive trend regarding the GPs' general satisfaction with the CMCH and a number of specific and important topics. The GPs' assessment of waiting time, both before initial examination and before treatment start, is unchanged from 2008 to 2011.

---

## **Conclusion**

---

The overall picture, from the GPs' perspective, is that there have been positive developments in many areas. The greatest improvement since 2008 is in the GPs' answers regarding the support they get from the CMHCs in emergency situations and in their assessment of staffing at the CMHCs. It is worth noting that there is no change in the GPs' perception of waiting time at the CMHCs before assessment / treatment from 2008 to 2011, neither at the RHA -, the HT- or CMHC-level.

The general picture that the GPs' answers give of the CMHCs in 2011 shows that the centers in fail to fulfill expectations from the GPs. The picture shows that some CMHCs score well and others less well, and by this indicate that there might be geographical differences in the services provided to the population. On the other hand, this variation tells that many CMHSs have established good solutions that may be applied in service quality improvement efforts elsewhere.



---

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>2</b>
Bakgrunn	2
Metode	2
Resultat	3
Konklusjon	4
<b>SUMMARY IN ENGLISH</b>	<b>5</b>
Background	5
Method	5
Results	6
Conclusion	7
<b>INNHold</b>	<b>8</b>
<b>FORORD</b>	<b>10</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>11</b>
Formål og nytte	11
Kapitlene i rapporten	12
<b>METODE OG MATERIALE</b>	<b>13</b>
Innsamlingsmetode	13
Gjennomføring	13
Framstilling av resultater	16
Oversikt over sentrene	18
Sammenlikning av resultater over tid	20
<b>NASJONALE RESULTATER</b>	<b>22</b>
Innledning	22
Resultater fra 2011	23
Fritekstkommentarer i 2011	27
Utvikling over tid	29
<b>RESULTATER FOR REGIONALE HELSEFORETAK, HELSEFORETAK OG DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE</b>	<b>32</b>
Framstilling av resultatene	32
Regionale helseforetak	33
Helseforetak	35

Distriktpsikiatriske sentre	41
<b>AVSLUTTENDE KOMMENTARER</b>	<b>56</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>58</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>60</b>
Vedlegg 1. Spørreskjema i 2011-undersøkelsen	60
Vedlegg 2. Svarfordelinger nasjonalt	65
Vedlegg 3. Takk til bidragsytere	67

---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ved Seksjon for brukererfaringsundersøkelser, gjennomfører undersøkelser av distriktopsykiatriske sentre hvert tredje år. Denne rapporten viser resultater fra undersøkelsen på ulike organisatoriske nivå, og i sammenfattet form. I store trekk har vi fulgt framgangsmåten som ble brukt i de tidligere undersøkelsene i 2006 og 2008.

Formålet med rapporten er å formidle systematisk informasjon som kan brukes i kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring på ulike nivå. Undersøkelsen inngår blant målingene som er oppgitt som styringsparametere i oppdragsdokumentene i spesialisthelsetjenesten, på området Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning.

Anne Karin Lindahl  
*Avdelingsdirektør*

Øyvind Andresen Bjertnæs  
*Seksjonsleder*

Ingeborg Strømseng Sjetne  
*Seniorforsker*

---

# Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har ansvar for de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene i helsetjenesten og undersøkelsen om fastlegers erfaringer med distriktpsikiatriske sentre (DPS) er en av dem. Den nasjonale arbeidsgruppen for kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern foreslo opprinnelig ”tilfredshet med samarbeidspartnere” som kvalitetsindikator. Kunnskapssenteret konkretiserte dette til fastlegers erfaringer med DPS, og denne undersøkelsen ble bestilt av Sosial- og helsedirektoratet.

Undersøkelsesopplegget ble utviklet i 2005 (1), og våren 2011 gjennomførte Kunnskapssenteret denne spørreundersøkelsen for tredje gang. Første og andre gang var i 2006 og 2008 (2;3). Alle DPS i Norge har vært inkludert ved alle de tre anledningene.

Fastlegene besvarte en rekke spørsmål om sine erfaringer med det lokale DPS. Denne rapporten viser hovedresultater fra undersøkelsen på nasjonalt nivå, for helseregionene, helseforetakene og for hvert DPS. I hovedsak er resultatene sammenfattet ved at svarene på grupper av enkeltspørsmål som dreier seg om samme tema er slått sammen i indekser. Indeksskårene vises som sammenlikninger, på ulike nivå og mellom 2008 og 2011.

Svarene på hvert enkelt spørsmål for hvert DPS blir lagt fram i en egen institusjonsrapport som også gjengir svarernes forslag til forbedringer til det enkelte DPS (Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre i 2011. Institusjonsresultater).

---

## Formål og nytte

---

Formålet med undersøkelsen er å skaffe systematisk informasjon om fastlegenes erfaringer med DPS. Informasjonen kan brukes i kvalitetsutvikling og virksomhetsstyring. Undersøkelsen inngår blant målingene som er oppgitt som styringsparametere i oppdragsdokumentene i spesialisthelsetjenesten, på området *Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning*.

Fastlegene som besvarte spørreskjemaet har vurdert mange ulike områder ved DPS-ene, fra bemanning og kompetanse til veiledning og støtte de selv har fått fra sentre-

ne. Fastlegenes tilbakemeldinger gir kunnskap om hvilke områder DPS-ene kan forbedre, og hvilke som ser ut til å fungere godt, sett i fastlegenes perspektiv.

De nasjonale brukererfaringsundersøkelsene blir brukt som grunnlag for å beregne kvalitetsindikatorer. Sammenlikning av resultater mellom de enkelte DPS-ene kan være nyttig for dem som arbeider ved institusjonene og for pasienter som oppsøker helsehjelp fra dem. En studie av data fra Kunnskapssenterets nasjonale undersøkelse viste konsistent positiv assosiasjon mellom fastlegers og pasienters beskrivelser på DPS-nivå (4).

Ettersom alle DPS i landet er representert, kan resultatene for hvert DPS slås sammen til resultater for enheter på helseforetak- og regionalt nivå. Kvalitetsrådgivere og ledere på ulike nivåer innen helseforvaltningen kan følgelig se resultater i sammenfattet form på sine respektive enheters nivå.

Sammenlikning av resultater mellom alle enheter på et gitt nivå setter den enkelte enhetens ytelse i en større sammenheng, og viser på hvilke områder enheten gjør det relativt dårlig eller relativt bra på. Resultatene gir ikke informasjon om årsakene til de relative styrkene og svakhetene, men beskrivelsene som kommer fram og sammenlikninger med et stort referansemateriale er verdifulle innspill i enhetenes interne arbeid med kvalitetsforbedring.

Brukererfaringsundersøkelser av dette slaget er nyttige kilder for kunnskap om kvaliteten på sentrale områder i institusjonenes virksomhet. Kliniske resultatmål og produktivitetstall er eksempler på annen informasjon som hører med i et komplett bilde. Kjennskap til slike mål og til den lokale konteksten er viktig når resultater fra brukererfaringsundersøkelser skal tolkes.

---

## Kapitlene i rapporten

---

Kapitlet **Metode og materiale** gir en kort beskrivelse av metoden i undersøkelsen, inkludert praktisk gjennomføring, oversikt over spørreskjemaets hovedområder (indekser), svarprosent og representativitet og noen statistiske begreper. Utvikling av spørreskjema og innsamlingsmetode er dokumentert fylldig i en tidligere rapport (1). I kapitlet **Nasjonale resultater** blir resultater fra undersøkelsen framstilt for landet samlet, med føringer som er gitt av sentrale helsemyndigheter gjennom nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (5) og [veileder for] Distriktpsykiatriske sentre (6) som bakgrunn. Resultater fra 2006, 2008 og 2011 blir framstilt.

Deretter viser kapitlet **Resultater fra regionale helseforetak, helseforetak og distriktpsykiatriske sentre** resultatene fra 2011, sammenlikninger med gjennomsnittet for alle enhetene på det respektive nivået og endringer fra 2008-undersøkelsen.

---

# Metode og materiale

---

## Innsamlingsmetode

---

Det finnes ingen allmenngyldig oppskrift på hvordan spørreskjemaundersøkelser bør gjennomføres. Basert på en omfattende litteraturgjennomgang er det anbefalt at valg av innsamlingsmåte blir gjort i hvert enkelt tilfelle, etter vurdering av en rekke faktorer som populasjon, forskningstema, utvalgsmetode og tilgjengelige ressurser (7). Flere studier underbygger denne anbefalingen, ved å vise til fordeler og ulemper knyttet til ulike tilnærminger (8). I tillegg blir det etterlyst mer forskning på effekter av ulike metodevalg (7;8).

I de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene ønsker vi å bruke framgangsmåter som tilfredsstillende krav til vitenskapelighet og samtidig lar seg gjennomføre innenfor Kunnskapssenterets økonomiske, tidsmessige og juridiske rammer. Våre nasjonale undersøkelser blir i hovedsak gjort som postale spørreskjemaundersøkelser, og dette gjelder også den foreliggende undersøkelsen (1).

---

## Gjennomføring

---

### Populasjon og avgrensninger

Vi fikk oversikt over landets fastleger på nyåret 2011 fra nettsiden "MinFastlege". Alle disse legene (N=4155) ble forespurt om å delta. Nettsiden ga opplysninger om legens kjønn, om legekantoret er tilgjengelig for funksjonshemmete, om fastlegen arbeider i et legesenter sammen med andre leger, om legen deler liste med andre ved det samme senteret, antall innbyggere på lista og antall ledige plasser på legens liste. Fastlegene ble bedt om å velge ett DPS med ansvar for generell voksenpsykiatri i området hvor legepraksisen er lokalisert og deretter svare på alle spørsmålene med utgangspunkt i sine erfaringer med det valgte senteret. Tabell 3 (side 18) viser oversikt over DPS og helseforetak.

### Praktisk gjennomføring

Kunnskapssenteret sendte spørreskjema i posten til alle fastlegene i januar 2011. I likhet med i 2008 ble det sendt tre purringer til ikke-svarere, hhv. i februar, i mars og i juni. Den siste purringen ga også anledning til å svare elektronisk.

## Spørreskjema og indekser

Kunnskapssenteret benytter en standard metode for utvikling og validering av spørreskjema (9-14). Formålet er å sikre at innholdet i skjemaene er relevant for målgruppen og at observasjonene som gjøres ved hjelp av skjemaene holder høy måleteknisk standard. For det aktuelle spørreskjemaet innebar dette at innholdet i skjemaet ble bestemt av funnene fra søk i og gjennomgang av norsk og internasjonal litteratur med tanke på å finne allerede utviklete og dekkende instrumenter. Deretter ble det gjennomført åpne (kvalitative) intervju med fastleger og samlet innspill fra en referansegruppe hvor både fastlegene og ansatte ved DPS var representert. En førsteversjon av spørreskjemaet ble testet i en pilotundersøkelse, og erfaringene fra piloten utløste noen mindre endringer. Utvikling av spørreskjema og innsamlingsmetode er detaljert beskrevet i en tidligere PasOpp-rapport (1), og spørreskjemaets egenskaper er dokumentert ytterligere i vitenskapelige artikler (9;15).

Utviklingsprosessen inkluderte konstruering av indekser (1;9). Indekser er grupperinger av enkeltspørsmål som handler om det samme temaet, og slik gruppering gir mulighet til å framstille resultater på et mer sammenfattende og robust vis. Basert på psykometrisk analyse av 2006-materialet og teoretiske vurderinger ble det konstruert fem indekser bestående av 16 enkeltspørsmål; *Veiledning* (tre spørsmål), *Bemannings* (fire spørsmål), *Akutte situasjoner* (to spørsmål), *Epikriser* (tre spørsmål) og *Kompetanse* (fire spørsmål). I 2008 ble det lagt til nye spørsmål i skjemaet og disse ga grunnlag for en sjettede indeks; *Ventetid* (to spørsmål).

Videre analyser i 2008-materialet ga grunnlag for å gruppere tre spørsmål til indeksen *Henvisninger* (16). Økt oppmerksomhet mot pasientsikkerhet var begrunnelse for å føye til to nye spørsmål med dette temaet i 2011. Tabell 1 viser indeksene i den foreliggende undersøkelsen med den interne konsistensen (Cronbachs alfa) blant spørsmålene innen hver indeks, og enkeltspørsmålene som inngår. Spørreskjemaet som helhet vises i vedlegg 1.

**Tabell 1. Indekser, intern konsistens og enkeltspørsmål som inngår.**

Indekser	Alfa <sup>a</sup>	Enkeltspørsmål
Bemanning	0,90	I hvilken grad... nr.15 ...opplever du at DPSet får besatt viktige faglige stillinger? nr.16 ...opplever du at det er god legedekning ved DPSet? nr.17 ...opplever du at det er stabilitet i de faglige lederstillingene ved DPSet? nr.18 ...opplever du at det generelt er stabilitet i fagstillingene ved DPSet?
Kompetanse	0,87	nr. 8 ...opplever du at DPSet har god kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser? nr. 9 ...får du gode faglige råd fra fagfolkene ved DPSet? nr.10 ...har pasientene fått den nødvendige faglige hjelpen fra DPSet når de overføres til primærhelsetjenesten? nr.11 ...opplever du at fagpersonene ved DPSet samarbeider godt om utredning/behandling av pasientene?
Veiledning	0,79	nr.12 ...har du/dere samarbeidsmøter med DPSet? nr.13 ...tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager med god kvalitet? nr.14 ...får du nødvendig faglig støtte fra DPSet til din egen pasientbehandling?
Henvisninger <sup>b</sup>	0,80	nr.20 ...avviser DPSet pasienter du har henvist? nr.21 ...får du tilfredsstillende begrunnelser når henvisninger blir avvist? nr.22 ...opplever du at DPSet tar dine vurderinger av pasientens lidelse/situasjon på alvor?
Epikriser	0,81	nr. 5 ...synes du at epikrisene fra DPSet er av god kvalitet? nr. 6 ...inneholder epikrisene fra DPSet klare planer for din videre oppfølging av pasientene? nr. 7 ...mottar du epikrisene fra DPSet tilstrekkelig raskt?
Ventetid	0,91	nr.23 ...opplever du at pasienter som blir mottatt må vente lenge før utredningen starter? nr.24 ...opplever du at pasienter som blir mottatt må vente lenge før behandlingen starter?
Akutte situasjoner	0,85	nr. 3 ...oppnår du kontakt med rette vedkommende ved DPSet i akutte situasjoner? nr. 4 ...får du nødvendig hjelp fra DPSet til å takle akutte situasjoner?

<sup>a</sup>:Cronbachs alfa, beregnet i 2011-materialet

<sup>b</sup>:Indeksen er ny i rapportssammenheng

## Svarprosent

Vi sendte spørreskjema til 4155 fastleger og fikk 25 skjema i retur på grunn av ukjent adresse, og 21 adressater var syke, i permisjon eller hadde sluttet. Følgelig var bruttoutvalget i undersøkelsen 4109 fastleger. Omtrent 24% av bruttoutvalget svarte på den første utsendelsen. De første svarene ble registrert inn i februar og de siste, etter purringer, i september. Tre skjema var besvart med utgangspunkt i erfaringer med Modum Bad (som ikke er et DPS), og disse ble ikke inkludert i datamaterialet. Kunnskapssenteret mottok i alt 2021 gyldige svar med vurderinger av et DPS. Dette gir en svarprosent på 49,2.



Andelen svar varierte blant fylkene (tabell 2). Den var høyest i Aust-Agder (70%) og lavest i Møre og Romsdal (35%).

**Tabell 2. Antall svar og svarprosent i 2011. Etter fylke.**

Fylke	Antall inkluderte	Antall svar	Svarprosent
Østfold	228	124	54,4
Akershus	405	192	47,4
Oslo	464	228	49,1
Hedmark	173	85	49,1
Oppland	174	80	46,0
Buskerud	213	94	44,1
Vestfold	175	109	62,3
Telemark	147	82	55,8
Aust-Agder	100	70	70,0
Vest-Agder	159	76	47,8
Rogaland	329	159	48,3
Hordaland	400	180	45,0
Sogn og Fjordane	109	51	46,8
Møre og Romsdal	220	77	35,0
Sør-Trøndelag	249	144	57,8
Nord-Trøndelag	113	51	45,1
Nordland	220	101	45,9
Troms	150	73	48,7
Finnmark	81	45	55,6
Hele landet	4109	2021	49,2

---

## Framstilling av resultater

---

Bortsett fra på spørsmålene om pasientsikkerhet ble svarene gitt på en 1–5-skala. Indeksskårene er gjennomsnittet av svarene på enkeltspørsmålene i hver indeks, lineært transformert til en 0–100-skala. Svarene på negativt formulerte spørsmål (for eksempel om ventetid) er kodet om, slik at en høy skår representerer et positivt resultat på alle indeksene.

### Statistisk bearbeiding av innkomne svar

#### *Vekting for frafallsskjevhet*

I tidligere undersøkelser av fastlegenes vurdering av DPS vektet vi for frafallsskjevhet ved hjelp av opplysninger om legenes spesialisering, antall år som allmennlege, alder og kjønn. I 2011 hadde vi bare opplysning om kjønn og alle resultater blir vist uten vekting for frafall.

I undersøkelsen i 2006 gjennomførte vi telefonintervjuer blant ikke-svarerne fra den postale delen av undersøkelsen. Telefonsvarene inngikk i en studie om effekten av frafall. Denne studien viste ved sammenlikning av egenskaper ved postale svarere og telefonsvarere at forskjellene mellom gruppene var små, og at egenskapene som var assosiert med frafall stort sett ikke var assosiert med avgitte svar i undersøkelsen (17).

### ***Forskjeller mellom tidlig og sen respons***

Ikke-svarerundersøkelse var ikke inkludert i 2011. Imidlertid undersøkte vi om det var forskjell i indeksskårene fra svarere etter første utsending (de antatt mest ”villige”, 51% av svarerne), og videre etter første purring (20% av svarerne), andre purring (20% av svarerne) og tredje purring (de antatt minst ”villige”, 9% av svarerne). Vi sammenliknet gjennomsnittet for indeksskårene og spørsmålet om ”alt i alt fornøyd” i de fire svarergruppene. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller. Dette støtter antakelsen om at en høyere andel svarere ikke ville gitt resultater som var vesentlig forskjellig fra de som faktisk foreligger, og er i tråd med konklusjonen i den vitenskapelige publikasjonen som er basert på 2006-dataene (17).

### ***Justering for ulikheter i svarergruppene***

I 2008 ble det konkludert med at det ikke var grunnlag for å justere for ulik sammensetning i svarergruppene ved de enkelte DPS. Dette fordi assosiasjonene mellom de ulike bakgrunnsvariablene og de avgitte svarene ikke var konsistent blant indeksene og fordi bakgrunnsvariablene bidro lite til å gjøre beregningene mer presise, i de fleste tilfeller under 1% (2).

Også resultatene fra 2011-undersøkelsen er ujusterte.

### **Signifikans og standardfeil**

Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene man får, er uttrykk for reelle forskjeller og ikke skyldes tilfeldigheter. 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

Vanligvis blir signifikanstesting brukt til å undersøke sannsynligheten for feilslutning når vi foretar én enkelt test. I framstillingene i denne rapporten har vi imidlertid testet forskjeller blant mange DPS, og på mange indekser. Vi har korrigert for det store antallet tester ved å bruke multipl testing, som gir en større beskyttelse mot feilslutninger i denne situasjonen (18). For forskjeller i indeksskårene er de oppgitte *p*-verdiene dermed justerte, det vil si at måten de er beregnet på tar høyde for at det er utført mange tester.

### **Konfidensintervall**

Figurene i resultatkapitlene viser beregnede gjennomsnitt for regionene, helseforetakene og DPS-ene som et punkt på en verdiakse. Figurene viser også konfidensintervallet (usikkerhetsområdet) for hvert beregnet gjennomsnitt, som ei linje gjennom punktet på verdiaksen. Et konfidensintervall er det området som vi med 95 prosent sikkerhet kan si at det sanne gjennomsnittet ligger innenfor, og linja representerer dette området. Framstillingen synliggjør usikkerheten som er knyttet til at de oppgitte gjennomsnittet er beregnet på grunnlag av svar fra bare et utvalg av populasjonen vi vil vite noe om.

### ***Utelatte resultater***

Enkelte resultater er utelatt fra tabeller og figurer. Årsaken til det er høy statistisk usikkerhet. Vi har vurdert usikkerheten ved hjelp av indeksskårenes standardfeil.

Resultatene er utelatt hvis standardfeilen er større enn seks. Dette gjelder 53 (10%) av indeksskårene på DPS-nivå i 2011. I sammenlikning av resultater fra 2008 og 2011, er ytterligere ti resultater utelatt på grunn av usikkerhet ved skåren i 2008. Mer enn halvparten av forekomsten er ved DPS under Helse Nord RHF.

## Oversikt over sentrene

Undersøkelsen i 2011 omfatter 78 DPS som er listet opp i tabell 3. Tabellen viser også forkortelser som av praktiske årsaker er brukt i rapportens figurer, og antall svar ved de enkelte enhetene.

**Tabell 3. Institusjoner i undersøkelsen, kortnavn og antall svar**

Enhet	Kortnavn	Antall svar
<b>HELSE SØR-ØST REGIONALT HELSEFORETAK</b>	<b>Sør-Øst</b>	<b>1137</b>
<i>Sykehuset Østfold</i>	<i>Østfold</i>	<i>124</i>
DPS Moss	Moss	32
DPS Edwin Ruud	Edwin Ruud	12
DPS Fredrikstad	Fredrikstad	37
DPS Halden/Sarpsborg	Halden Sarp	43
<i>Akershus universitetssykehus</i>	<i>Ahus</i>	<i>107</i>
Jessheim DPS	Jessheim	29
Lillestrøm DPS	Lillestrøm	54
DPS Grorud	Grorud	24
<i>Aker universitetssykehus</i>	<i>Aker</i>	<i>79</i>
DPS Alna	Alna	31
DPS Follo	Follo	48
<i>Sykehuset Innlandet</i>	<i>Innlandet</i>	<i>165</i>
DPS Hamar	Hamar	57
DPS Tynset	Tynset	6
DPS Kongsvinger	Kongsvinger	19
DPS Lillehammer	Lillehammer	34
DPS Gjøvik	Gjøvik	49
<i>Oslo universitetssykehus</i>	<i>Oslo</i>	<i>84</i>
Søndre Oslo DPS	Søndre Oslo	44
Josefinegate DPS	Josefinegate	40
<i>Vestre Viken</i>	<i>V Viken</i>	<i>152</i>
Drammen DPS	Drammen	42
Kongsberg DPS	Kongsberg	23
Asker DPS	Asker	14
Bærum DPS	Bærum	42
Ringerike DPS	Ringerike	31
<i>Sykehuset Telemark</i>	<i>Telemark</i>	<i>84</i>
DPS Notodden og Seljord	Notod Seljor	25
DPS Porsgrunn	Porsgrunn	21
DPS Vestmar	Vestmar	11
DPS Skien	Skien	27
<i>Psykiatrien i Vestfold</i>	<i>Vestfold</i>	<i>107</i>
Nordre Vestfold DPS	N Vestfold	59
Søndre Vestfold DPS	S Vestfold	48

**Tabell 3. Forts.**

<b>Enhet</b>	<b>Kortnavn</b>	<b>Antall svar</b>
<i>Sørlandet sykehus</i>	<i>Sørlandet</i>	<i>142</i>
DPS Strømme (tidl Lovisenlund/Mandal)	Strømme	34
DPS Solvang	Solvang	25
DPS Aust-Agder	Aust-Agder	70
DPS Lister	Lister	13
<i>Private i Sør-Øst</i>	<i>Private SØ</i>	<i>93</i>
Tøyen DPS	Tøyen	32
DPS Vinderen	Vinderen	42
Lovisenberg DPS	Lovisenberg	19
<b>HELSE VEST REGIONALT HELSEFØRETAK</b>	<b>Vest</b>	<b>390</b>
<i>Helse Stavanger</i>	<i>Stavanger</i>	<i>89</i>
Sandnes DPS	Sandnes	18
Sola DPS	Sola	18
Dalane DPS	Dalane	6
Stavanger DPS	Stavanger	31
Ryfylke DPS	Ryfylke	16
<i>Helse Fonna</i>	<i>Fonna</i>	<i>71</i>
Haugaland DPS	Haugaland	35
Karmøy DPS	Karmøy	4
Stord DPS	Stord	15
Folgefonn DPS	Folgefonn	17
<i>Helse Bergen</i>	<i>Bergen</i>	<i>89</i>
Bjærgvin DPS	Bjærgvin	38
Kronstad DPS	Kronstad	18
Øyane DPS	Øyane	20
Voss DPS	Voss	13
<i>Helse Førde</i>	<i>Førde</i>	<i>51</i>
Indre Sogn psykiatrisenter	Indre Sogn	13
Nordfjord psykiatrisenter	Nordfjord	18
Psykiatrisk klinikk Førde (Sunnfjord/Ytre Sogn DPS)	Førde	20
<i>Private i Vest</i>	<i>Private Vest</i>	<i>90</i>
Betanien DPS	Betanien	28
Voss DPS NKS Bjørkeli	Bjørkeli	3
Jæren DPS	Jæren	34
Solli DPS (tidl Fana og Os)	Solli	25
<b>HELSE MIDT-NORGE REGIONALT HELSEFORETAK</b>	<b>Midt-Norge</b>	<b>273</b>
<i>Helse Sunnmøre</i>	<i>Sunnmøre</i>	<i>43</i>
Ålesund DPS (inkl Sjøholt og Vegsund)	Ålesund	26
Volda DPS	Volda	17
<i>Helse Nordmøre og Romsdal</i>	<i>Nmøre Romsd</i>	<i>36</i>
DPS Kristiansund	Kristiansund	17
DPS Molde (inkl Tingvoll og Eide)	Molde	19
<i>St. Olavs Hospital</i>	<i>St. Olav</i>	<i>137</i>
Orkdal DPS (inkl Haltdalen)	Orkdal	35
Nidaros DPS (tidl.Leistad)	Nidaros	54
Tiller DPS	Tiller	48
<i>Helse Nord-Trøndelag</i>	<i>NTrøndelag</i>	<i>57</i>
Sykehuset Levanger	Levanger	23
DPS Stjørdal	Stjørdal	15
Sykehuset Namsos/ DPS Kolvereid	Namsos	19

**Tabell 3. Forts.**

Enhet	Kortnavn	Antall svar
<b>HELSE NORD REGIONALT HELSEFORETAK</b>	<b>Nord</b>	<b>215</b>
<i>Helgelandssykehuset</i>	<i>Helgeland</i>	<i>35</i>
Psykiatrisk senter Mo i Rana	Mo i Rana	14
Psykiatrisk senter Ytre-Helgeland	Y Helgeland	14
Psykiatrisk senter Mosjøen	Mosjøen	7
<i>Nordlandssykehuset</i>	<i>Nordland</i>	<i>55</i>
Lofoten DPS	Lofoten	11
Vesterålen DPS	Vesterålen	9
Salten DPS	Salten	35
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge</i>	<i>UNN</i>	<i>80</i>
Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn	Tromsø	28
Senter for psykisk helse Midt-Troms	Midt-Troms	15
Senter for psykisk helse Sør-Troms	Sør-Troms	23
Senter for psykisk helse Nord-Troms	Nord-Troms	6
Senter for psykisk helse Ofoten	Ofoten	8
<i>Helse Finnmark</i>	<i>Finnmark</i>	<i>45</i>
DPS Midt-Finnmark SANKS	M Finnmark	9
DPS Vest-Finnmark	V Finnmark	22
DPS Øst-Finnmark	Ø Finnmark	14

Seks svarere hadde ikke oppgitt hvilket DPS de hadde beskrevet og er utelatt fra datamaterialet på helseforetak- og DPS-nivå. Basert på hvilket fylke de seks svarerne praktiserte i ble svarene deres tatt med i analysene på regionalt og nasjonalt nivå.

---

### **Sammenlikning av resultater over tid**

---

Denne undersøkelsen ble gjennomført på lik måte i 2006, 2008 og 2011, hvilket gir mulighet til å undersøke endring over tid. Utgangspunktet for sammenlikningene er de 78 DPS-ene fastlegene vurderte i 2011. Vi har brukt de identiske variablene og de sammenliknbare institusjonene og føyd aktuelle data fra tidligere undersøkelser til data fra 2011 i en samlet datafil.

I Helse Bergen ble DPS-ene omorganisert mellom 2008 og 2011 i en slik grad at det ikke gir mening å sammenlikne resultater på DPS-nivå. De aktuelle svarene er med i analysene på høyere nivå, det vil si at de er inkludert i resultatene for Helse Bergen HF, Helse Vest RHF og i de nasjonale resultatene.

I kapitlet om nasjonale resultater vises også resultater fra 2006-undersøkelsen. De vises bare for landet samlet, og lokale omorganiseringer er følgelig uten betydning.

Tabell 4 viser hvordan vi har forholdt oss til kjente endringer ved sammenlikning av resultater i 2008 og 2011.

**Tabell 4. Endringer i navn og organisering.**

Enhet	Kommentar
Bjørgvin DPS Kronstad DPS Øyane DPS	På grunn av omfattende omorganisering er det ikke gjort sammenlikninger mellom avdelinger i Helse Bergen i 2008 og DPS i Helse Bergen i 2011.
Jessheim DPS Lillestrøm DPS	DPS-ene har skiftet navn i 2012 (til hhv DPS Øvre Romerike og DPS Nedre Romerike). De gamle navnene blir brukt i rapporten.
DPS Alna DPS Follo	DPS-ene ble overført fra Aker universitetssykehus til Ahus 1.januar 2011. Den gamle organisasjonsstrukturen blir brukt i rapporten.
Tøyen DPS Lovisenberg DPS	DPS-ene ble samlet under felles ledelse 1.februar 2012 under navnet Lovisenberg DPS. Den gamle organisasjonsstrukturen blir brukt i rapporten.
DPS Porsgrunn DPS Vestmar	DPS-ene er i ferd med å bli slått sammen. Den gamle organisasjonsstrukturen blir brukt i rapporten.
Bleifjell sykehus	Helseforetaket ble oppløst 1.juli 2009. Den nye organisasjonsstrukturen blir brukt i rapporten, dvs DPS Notodden/Seljord ligger under Sykehuset Telemark og Kongsberg DPS ligger under Vestre Viken HF.
Vestre Viken HF	Helseforetaket ble etablert 1.juli 2009. Den nye organisasjonsstrukturen blir brukt i rapporten.
Helse Sunnmøre HF Helse Nordmøre og Romsdal HF	Foretakene ble slått sammen til Helse Møre og Romsdal i mars 2011. Den gamle strukturen blir brukt i rapporten.

---

# Nasjonale resultater

I dette kapitlet blir svarene fra alle fastlegene framstilt samlet, som et nasjonalt resultat. De statistiske bearbeidingene i dette kapitlet er gjort i programvaren SPSS (versjon 15.0). Svarfordelingene for alle enkeltspørsmål finnes i Vedlegg 2.

---

## Innledning

---

Innholdet i spørreskjemaet ble utviklet med tung vekt på hvilke tema som var viktige i fastlegenes perspektiv. Mange av temaene er behandlet også i viktige dokumenter fra sentrale helsemyndigheter, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (5) og [veileder for] Distriktpsikiatriske sentre (6). I dette avsnittet gjengis utdrag av disse dokumentene, som et bakteppe til den videre presentasjonen av nasjonale resultater.

I den nasjonale kvalitetsstrategien blir kvalitetsbegrepet gitt *”et mer konkret innhold som bygger på samfunnets føringer, som oppfyller lovverkets krav og hva som ut fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne. For sosial- og helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene:*

- *Er virkningsfulle*
- *Er trygge og sikre*
- *Involverer brukerne og gir dem innflytelse*
- *Er samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Er tilgjengelig og rettferdig fordelt” (s. 19)*

I følge [veileder for] Distriktpsikiatriske sentre (6) skal, blant andre, følgende prinsipper ligge til grunn for tjenestene (s.8-9):

- Høy faglig kvalitet på tjenestene. Dette forutsetter kompetente medarbeidere og at tilgjengelig fagkunnskap benyttes av tjenestene.
- Kontinuitet og sammenheng i behandlingen. Dette innebærer både kontinuitet i kontakten/relasjonen samt at behandlere tilstreber en felles forståelse av pasientens problemer, behandlingsbehov og behandlingsstrategier.
- Befolkningen må få nødvendige tjenester, når de trenger det, der de trenger det. (...) Tjenestene må følgelig være kjent, riktig dimensjonert og organisert for å møte befolkningens behov.

Veilederen peker videre på at de som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunen er DPS-ets viktigste samarbeidspartnere og at fastlegen har en sentral rolle her. En av DPS-enes kjerneoppgaver er veiledning til kommunale tjenester, både planlagt og ad hoc. Felles fora for koordinering og problemløsning bør tas i bruk for å ivareta det delte ansvaret for et helhetlig behandlingstilbud.

Samarbeidet med kommunene bør dessuten omfatte blant annet planlegging og evaluering av tjenestene (6, s.18).

---

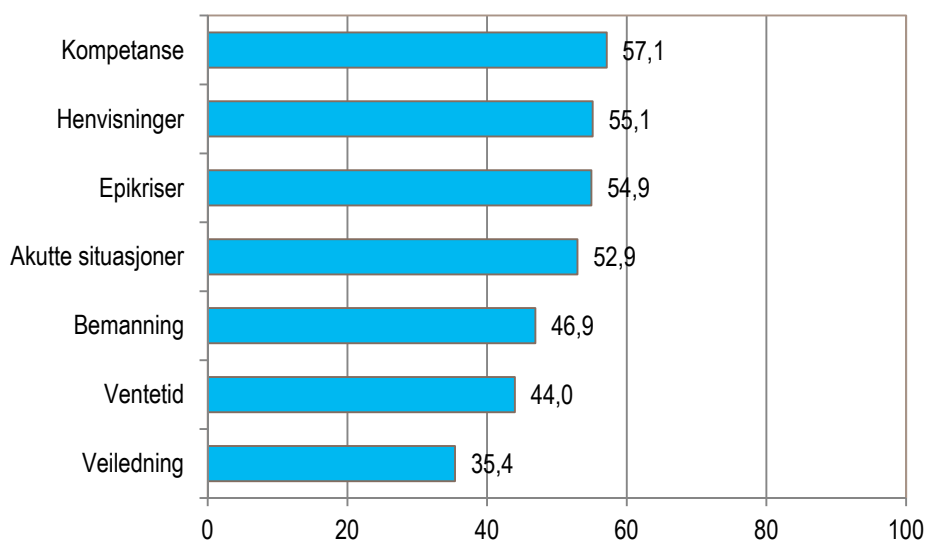
## Resultater fra 2011

---

### Indekser

Figur 1 viser nasjonale resultater som er sammenfattet ved at enkeltpørsmål er gruppert til indekser. Indeksene er basert på svarene på mellom to og fire enkeltpørsmål med tema om et særskilt område. *Kompetanse* er området som fastlegene vurderte mest positivt, fulgt av *Henvisninger*, *Epikriser*, *Akutte situasjoner*, *Bemanning* og *Ventetid*. *Veiledning* fikk den klart dårligste vurderingen i 2011.

Figur 1. Nasjonale gjennomsnittsskårer på indeksene i 2011. Skala fra 0 til 100 der 100 er best.



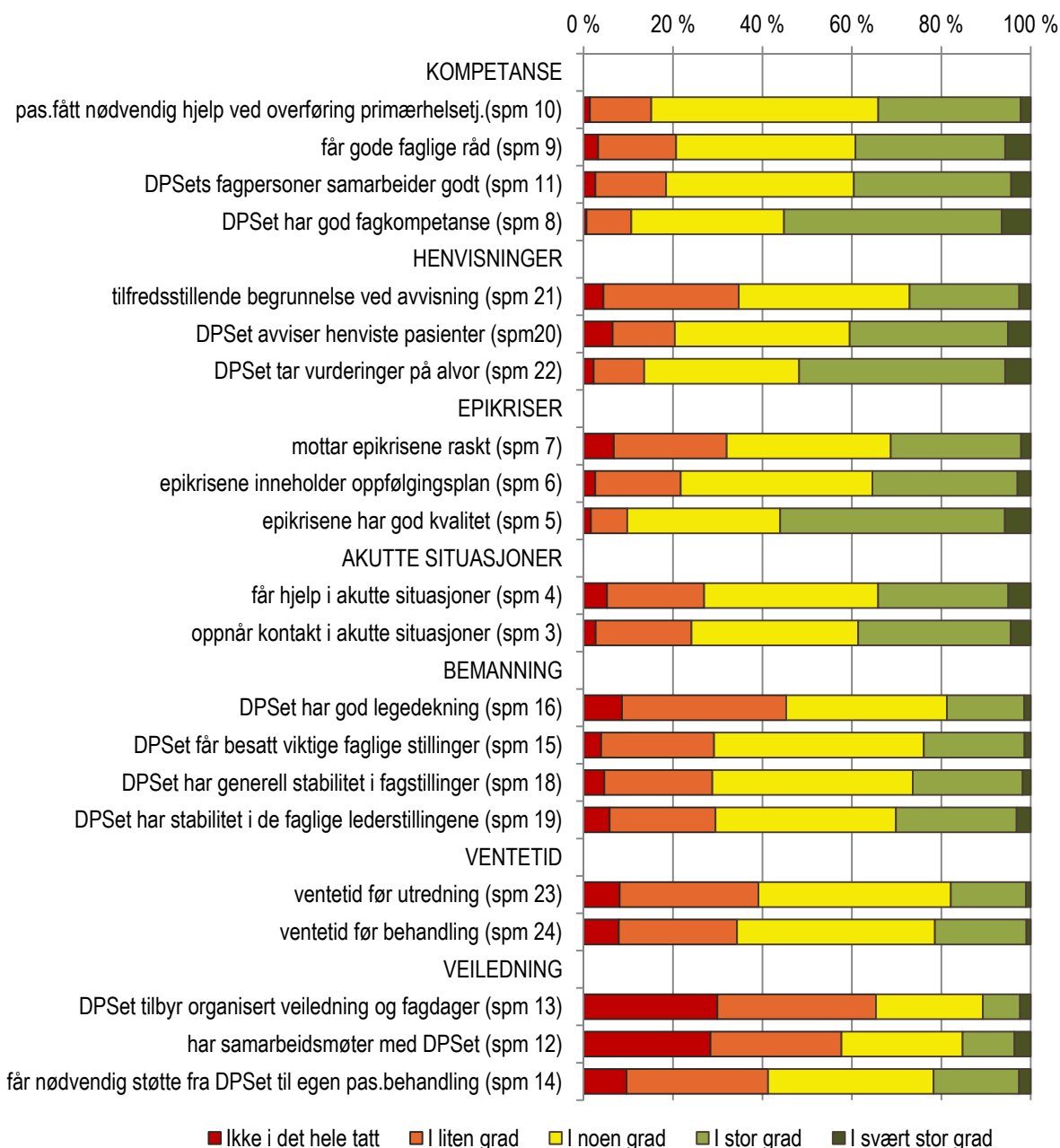
### Enkeltpørsmål

Figur 2 viser prosentuert fordeling mellom svarkategoriene på enkeltpørsmål, gruppert etter indikatoren de inngår i. De røde feltene til venstre i søylene representerer negative svar, de grønne feltene til høyre positive, og det gule midtfeltet tilsvarende en midtre, mer nøytral eller forbeholden kategori. Rekkefølgen på spørsmålene innenfor hver indikator er bestemt av andel svar i de negative svarkategoriene, slik at spørsmålet med størst andel negative svar er øverst. Vi har valgt å trekke fram de tre mest negative svarkategoriene samlet (de røde, oransje og gule feltene) i kom-



mentarene. Andelen negative eller forbeholdne svar kan forstås som en indikasjon på forbedringsmulighet, bedømt etter fastlegenes vurderinger av det aktuelle.

Figur 2. **Nasjonale resultater.** Enkeltspørsmål gruppert etter indeksene de inngår i. Prosentandel som har svart i de ulike svarkategoriene, mest negativt i rødt til venstre, mest positivt i mørkegrønt til høyre.



### Kompetanse

Enkeltspørsmålene om kompetanse utgjør indeksen med den høyeste gjennomsnittsskåren i undersøkelsen (57,1). Spørsmålene handler om hvorvidt pasientene har fått den nødvendige hjelpen fra DPS-et før de overføres til primærhelsetjenesten (spm 10, 66% negative/forbeholdne svar), om fastlegen får gode faglige råd og om DPS-ets fagpersoner samarbeider godt (spm 9 og 11, begge med 61% negative/forbeholdne svar) og om DPS-et har god kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser (spm 8, 45% negative/forbeholdne svar).

### ***Henvisninger***

*Henvisninger* har den nest høyeste gjennomsnittsskåren blant indeksene (55,1). Enkeltspørsmålene som inngår er om fastlegen får tilfredsstillende begrunnelse når henvisninger blir avvist (spm 21, 73% negative/forbeholdne svar), om DPS-et avviser pasienter som fastlegen har henvist (spm 21, 60% negative/forbeholdne svar) og om DPS-et tar fastlegens vurderinger av pasientenes tilstand på alvor (spm 22, 48% negative/forbeholdne svar).

### ***Epikriser***

Blant indeksene har *Epikriser* fått den tredje beste gjennomsnittsskåren (54,9). Enkeltspørsmålene som inngår er om fastlegen mottar epikrisen raskt nok (spm 7, 69% negative/forbeholdne svar), om epikrisene inneholder klare planer for fastlegens oppfølging av pasientene (spm 6, 65% negative/forbeholdne svar) og om epikrisene er av god kvalitet (spm 5, 44% negative/forbeholdne svar).

### ***Akutte situasjoner***

Denne indeksen har fått gjennomsnittsskåren som er midterst i rangeringen (52,9). Indeksen består av to spørsmål; om fastlegen får nødvendig hjelp fra DPS-et i akutte situasjoner (spm 4, 66% negative/forbeholdne svar) og om hun/han får kontakt med rette vedkommende ved DPS-et i akutte situasjoner (spm 3, 61% negative/forbeholdne svar).

### ***Bemanning***

*Bemanning* er indeksen med den tredje laveste gjennomsnittsskåren blant indeksene (46,9). Spørsmålene handler om hvordan fastlegene vurderte legedekningen (spm 16, 81% negative/forbeholdne svar), om DPS-et får besatt viktige faglige stillinger (spm 15; 76% negative/forbeholdne svar), om DPS-et generelt har stabilitet i fagstillingene (spm 18, 74% negative/forbeholdne svar) og om DPS-et har stabilitet i de faglige lederstillingene (spm 17, 70% negative/forbeholdne svar).

### ***Ventetid***

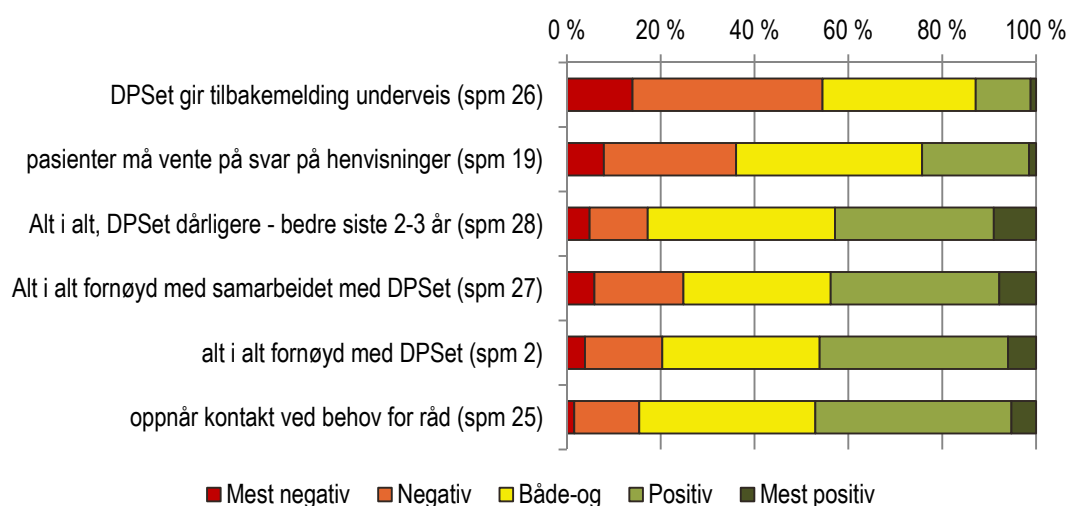
To enkeltspørsmål inngår i indeksen *Ventetid*, og indeksen har fått den nest laveste gjennomsnittsskåren (44,0). Spørsmålene handler om i hvilken grad pasienter som er mottatt ved DPS-et må vente lenge på utredning (spm 23, 82% negative/forbeholdne svar) og om de må vente på behandlingsstart (spm 24, 79% negative/forbeholdne svar). Spørreskjemaets tredje spørsmål om ventetid inngår ikke i indeksen. Det handler om hvorvidt pasientene må vente lenge på svar på henvisninger (spm 19, 76% negative/forbeholdne svar). Spørsmål som ikke inngår i indekser er vist i figur 3.

### ***Veiledning***

De tre spørsmålene om veiledning utgjør indeksen med den klart laveste gjennomsnittsskåren (35,4). De handler om hvorvidt DPS-et tilbyr organisert veiledning og fagdager med god kvalitet (spm 13, 89% negative/forbeholdne svar), om fastlegene har samarbeidsmøter med DPS-et (spm 12, 85% negative/forbeholdne svar) og om fastlegen får nødvendig faglig støtte fra DPS-et i sin egen pasientbehandling (spm 14, 78% negative/forbeholdne svar).

Ytterligere to spørsmål handler om faglig samarbeid og koordinering, men inngår ikke i noen indeks (figur 3). Det er spørsmålet om fastlegen oppnår kontakt med DPS-et når hun/han trenger råd (spm 25, 53% negative/forbeholdne) og om fastlegen får nødvendig tilbakemelding underveis i utredninger/behandlinger (spm 26, 87% negative/forbeholdne svar).

Figur 3. **Nasjonale resultater.** Enkeltspørsmål som ikke inngår i indekser. Prosentandel som har svart i de ulike svarkategoriene, mest negativt i rødt til venstre, mest positivt i mørkegrønt til høyre.



### Generelle enkeltspørsmål

Figur 3 viser svarfordeling på spørsmål som ikke inngår i noen indeks. Spørreskjemaet ble innledet med "Alt i alt, hvor misfornøyd eller fornøyd er du med DPS-et?" (spm 2) med svarskala fra "Svært misfornøyd" til "Svært fornøyd", og 54% svarte med en av kategoriene "Svært misfornøyd", "Ganske misfornøyd" eller "Både-og". Tilfredshet med *samarbeidet* med DPS-et (spm 27) hadde tilsvarende svarskala og 56% negative/forbeholdne svar. Fastlegene ble spurt om sin mening om hvorvidt DPS-et har blitt dårligere eller bedre de siste 2-3 årene (spm 28), og 57% svarte enten "Mye dårligere", "Litt dårligere" eller "Omtrent som før".

### Rettferdig fordelte tjenester

Som det går fram av resultatene utover i rapporten, er det geografiske forskjeller i kvaliteten på virksomheten ved landets DPS, bedømt ut fra fastlegenes svar. Det er forskjeller mellom regioner, og mellom foretak innen en og samme region.

## Trygge og sikre tjenester

Ett av de tre spørsmålene om pasientsikkerhet har vært stilt i alle de tre undersøkelsene og svarene kan ses i tabell 5. Flertallet av legene, 61 %, svarte i 2011 at det har aldri har skjedd spesielt negative hendelser som DPS-et kunne forhindre, mens 16 % svarte at de har opplevd dette én gang. En snau firedel av legene, 23 %, oppga at det noen eller mange ganger har skjedd slike hendelser.

Tabell 5. Forekomst av uønskete hendelser. Svarfordelinger for landet samlet.

Spørsmål	År <sup>a</sup>	Antall svarere		Ja, mange ganger	Ja, noen ganger	Ja, én gang	Nei, aldri
Sp 31 Har det skjedd spesielt negative hendelser med dine pasienter som du mener DPS-et kunne forhindre?	2006	2285	Antall	48	636	315	1286
			Prosent	2,1	27,8	13,8	56,3
	2008	2079	Antall	37	474	304	1264
			Prosent	1,8	22,8	14,6	60,8
	2011	1928	Antall	25	417	307	1179
			Prosent	1,3	21,6	15,9	61,2

Spørsmål 31 ble stilt i alle de tre undersøkelsene og hver gang avkreftet flertallet av fastlegene at det har skjedd spesielt negative hendelser som DPS-et kunne forhindre. Det er statistisk signifikant endring, i positiv retning, mellom svarene som ble gitt i 2006 sammenliknet med både 2008 og 2011 (for begge årene viste Mann-Whitney test  $p < 0,001$ ). Forskjellen mellom 2008 og 2011 er ikke signifikant.

---

## Fritekstkommentarer i 2011

---

Spørsmål 35 i spørreskjemaet var "Har du forslag til forbedringstiltak for DPS-et?" og ble fulgt opp med "Hvis ja, fint om du skriver forslagene nedenfor:"

Forslagene til hvert enkelt DPS varierte både i tema og omfang. Forslag som ble nevnt av mange svarere og dermed kan oppfattes som aktuelle for mange DPS er oppsummert nedenfor. Svarernes forslag til de enkelte DPS-ene er gjengitt i institusjonsrapporten.

- Bedre og oppdatert informasjon om det faglige tilbudet/kompetansen ved det enkelte DPS
- Øke pasientgjennomstrømning og redusere ventetid
  - Flere stillinger
  - Omdisponere i tidsbruken, mer tid til direkte pasientbehandling, mindre tid til interne møter
- Øke tilgjengelighet
  - Fastlegene henviser til DPS fordi de vurderer at behov er tilstede og DPS bør ikke avvise pasienter uten begrunnelse, eller med standardsvar

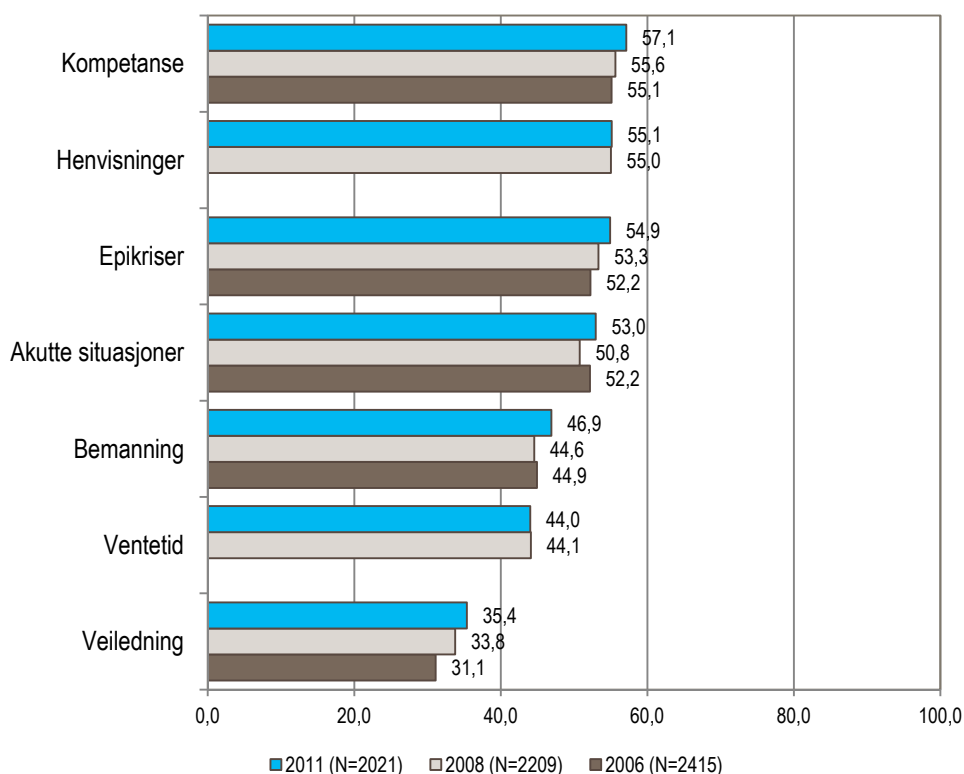
- Alle henviste pasienter bør vurderes av lege ved DPS-et før de eventuelt blir avvist
- Ved avvisning av pasienter kan DPS-ets vurdering være utgangspunkt for veiledning av videre behandling hos fastlegen
- Mindre motstand mot å ta imot pasienter med rusproblem/dobbeltdiagnose
- Unngå å sende pasienter videre til avtalespesialister, fordi spesialistene er så selektive
- Styrke samarbeid mellom fastleger og DPS
  - Samarbeidsmøter
  - Legge til rette for felleskonsultasjoner /ansvarsgruppemøter
  - Fast telefontid for rådgivning, spesielt ved behov for konferering med psykiater om medisinsring
  - Åpen linje til kontakt for akutthenvendelser
- Bedre kommunikasjon angående behandlingsforløp
  - Fortløpende tilbakemeldinger, underveisvurdering, især ved langvarig behandling
  - Raskere epikriser
  - Råd og veiledning til fastlegen om oppfølging av pasienten videre
- Styrke spesialistbemanning, med leger især, men også psykologer
  - I tillegg til eller på bekostning av høgskoleutdannet personell
  - Mange fastleger er oppgitt over at DPS-ets tilbud innebærer behandling av personell med lavere kompetanse enn dem selv

Mange svarere har nevnt ambulante team som en verdifull ressurs.

## Utvikling over tid

Framstillingene i dette avsnittet viser gjennomsnittsskårer for hele landet i de tre undersøkelsene. Fastlegenes svar på den femdelte skalaen i spørreskjemaet er transformert til en skala fra 0 til 100, men er ikke vektet eller justert.

Figur 4. Gjennomsnittsskårer på indekser i 2006, 2008 og 2011. Alle skårer er transformert til skala fra 0 til 100 hvor 100 er best.



Figur 4 viser at gjennomsnittsskårene generelt er høyere i 2011 sammenliknet med i 2008. Den største økningen er på indeksen *Bemanning*, hvor økningen er 2,3 og forskjellen er statistisk signifikant. Indeksen *Ventetid* har så vidt lavere skår i 2011 enn i 2008, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Sammenliknet med 2006 er det indeksen *Veiledning* som har hatt den største økningen i gjennomsnittsskår, med 4,3 enheter på skalaen.

Tabellene 6 og 7 gir en mer detaljert framstilling av resultatene fra de tre undersøkelsene. Tabell 6 viser indeksene og enkeltspørsmålene som inngår i dem, og tabell 7 viser enkeltspørsmål som ikke inngår i indekser.

**Tabell 6. Gjennomsnittsskårer på indekser og enkeltspørsmål som inngår i dem i 2006, 2008 og 2011. Alle svar er transformert til skala fra 0 til 100 hvor 100 er best.  $p$ -verdier  $\leq 0,010$  er uthevet<sup>a</sup>.**

Indekser og enkeltspørsmål	År			$p$ -verdier for forskjeller		
	2006	2008	2011	06 vs 08	06 vs 11	08 vs 11
BEMANNING	44,9	44,6	46,9	1,000	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>
spm 15 DPS-et får besatt viktige fagstillinger	45,8	45,9	48,1	1,000	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>
spm 16 DPS-et har god legedekning	37,9	38,8	41,6	0,536	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
spm 17 DPS-et har stabilitet i de faglige lederstillingene	48,7	47,7	49,5	0,511	0,756	0,045
spm 18 DPS-et har generelt stabilitet i fagstillinger	47,5	45,9	48,7	0,046	0,209	<b>0,000</b>
KOMPETANSE	55,1	55,6	57,1	0,914	<b>0,000</b>	0,015
spm 8 DPS-et har god fagkompetanse	60,6	60,8	62,6	1,000	<b>0,002</b>	<b>0,009</b>
spm 9 får gode faglige råd	51,7	53,8	55,2	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,125
spm 10 pas.fått nødvendig hjelp ved overføring til primærh.tj.	54,0	53,8	54,9	1,000	0,303	0,126
spm 11 DPS-ets fagpersoner samarbeider godt	54,2	54,1	55,2	1,000	0,059	0,034
VEILEDNING	31,1	33,7	35,4	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,043
spm 12 har samarbeidsmøter med DPS-et	29,8	32,2	33,2	<b>0,010</b>	<b>0,000</b>	0,663
spm 13 DPS-et tilbyr organisert veiledning og fagdager	24,2	27,5	29,5	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,030
spm 14 får nødvendig støtte fra DPS-et i egen pasientbehandl.	39,4	41,5	43,4	<b>0,007</b>	<b>0,000</b>	0,033
HENVISNINGER	-	55,0	55,1	-	-	0,854
spm 20 DPS-et avviser henviste pasienter	58,8	54,6	54,7	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	1,000
spm 21 tilfredsstillende begrunnelser ved avvisning	-	46,7	47,6	-	-	0,210
spm 22 DPS-et tar fastlegens vurdering på alvor	61,1	60,8	60,4	1,000	0,913	1,000
EPIKRISER	52,2	53,3	54,9	0,123	<b>0,000</b>	0,014
spm 5 epikrisene har god kvalitet	60,4	61,2	62,6	1,000	<b>0,004</b>	0,064
spm 6 epikrisene inneholder oppfølgingsplan	49,9	52,1	53,5	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	0,097
spm 7 mottar epikrisene raskt	46,2	46,6	48,7	1,000	<b>0,001</b>	0,013
VENTETID	-	44,1	44,0	-	-	0,884
spm 23 pasienters ventetid før utredningsstart	-	43,2	42,9	-	-	0,710
spm 24 pasienters ventetid før behandlingsstart	-	45,1	45,1	-	-	0,973
AKUTTE SITUASJONER	52,2	50,8	53,0	0,089	0,676	<b>0,003</b>
spm 3 oppnår kontakt i akutte situasjoner	54,9	52,7	54,1	<b>0,002</b>	0,586	0,137
spm 4 får hjelp i akutte situasjoner	49,5	48,9	51,7	1,000	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>

<sup>a</sup>: Sammenlikning av gjennomsnitt er gjort med enveis ANOVA

**Tabell 7. Gjennomsnittsskårer på enkeltpørsmål som ikke inngår i indekser i 2006, 2008 og 2011. Alle svar er transformert til skala fra 0 til 100 hvor 100 er best.  $p$ -verdier  $\leq 0,010$  er uthevet<sup>a</sup>.**

Enkeltpørsmål	År			$p$ -verdier for forskjeller		
	2006	2008	2011	06 vs 08	06 vs 11	08 vs 11
spm 2 alt i alt fornøyd med DPS-et	53,0	54,7	57,0	0,051	<b>0,000</b>	<b>0,006</b>
spm 19 pasienters ventetid før svar på henvisning	-	43,9	45,5	-	-	0,029
spm 25 oppnår kontakt ved behov for råd	53,6	57,1	58,0	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,032
spm 26 DPS-et gir tilbakemelding underveis i forløpet	41,6	35,1	36,4	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,220
spm 27 alt i alt fornøyd med samarbeidet med DPS-et	-	53,1	55,2	-	-	<b>0,007</b>
spm 28 alt i alt, DPS-et dårligere - bedre siste 2-3 år	-	56,0	57,5	-	-	0,071

<sup>a</sup>: Sammenlikning av gjennomsnitt er gjort med enveis ANOVA



---

# Resultater for regionale helseforetak, helseforetak og distriktpsikiatriske sentre

I dette kapitlet blir resultatene i hovedsak vist i sammenfattet form, det vil si som indekser hvor skårene representerer grupper av enkeltspørsmål med felles tema. Indeksene er nærmere beskrevet på side 15. De statistiske utarbeidingene til tabeller og figurer i dette kapitlet er gjort i ”statistikksystemet” R (<http://www.r-project.org/>).

---

## Framstilling av resultatene

---

### Resultatene i 2011

De regionale helseforetakenes (RHF-enes), helseforetakenes (HF-enes) og de distriktpsikiatriske sentrenes (DPS-enes) skårer på indeksene er vist i figurer som gir overblikk over resultater i 2011. På HF- og DPS-nivå vises to figurer, først resultatene gruppert etter enhetene og deretter resultatene gruppert etter indekser.

Punktene i figurene representerer beregnet gjennomsnitt for den aktuelle enheten, på en skala fra 0–100 der 100 er beste resultat. Av praktiske årsaker er skalaen forkortet i figuren. Figurene viser også konfidensintervallet (95 %) som ei linje gjennom hvert punkt. Konfidensintervallet er det området hvor vi med 95 prosent sikkerhet kan anta at det faktiske gjennomsnittet ligger. Vide konfidensintervall (stor statistisk usikkerhet) kommer av lavt antall observasjoner (få svarere) og/eller stor variasjon i observasjonene (uenighet blant svarerne). I figurene er det indeksskårenes tallverdi som har bestemt rekkefølgen i framstillingen.

Enhetenes gjennomsnittsskårer i 2011 vises deretter i tabell. Tabellen inneholder også resultatet av sammenlikning av den enkelte enhetens skår med gjennomsnittet for alle enheter på det aktuelle nivået.

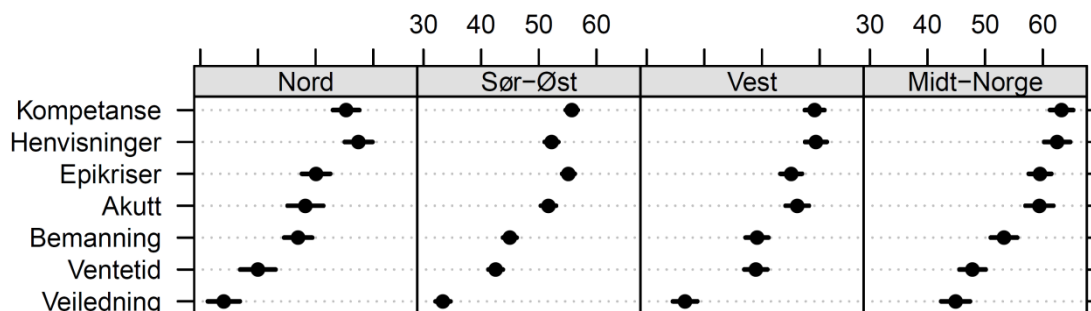
### Utvikling over tid

Endring over tid vises i tabell som differansen mellom enhetenes gjennomsnittsskår på indekser i 2011 og 2008, med resultat av sammenlikning av skårene i de to undersøkelsene.

## Regionale helseforetak

### RHF, resultater i 2011

Figur 5. **Resultatet for RHF-ene i 2011.** Gjennomsnittsskårer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best.



Figur 5 og tabell 8 viser at blant RHF-ene har indeksen *Kompetanse* fått den høyeste skåren (63,3) og *Veiledning* den laveste (33,4).

Tabell 8. **Resultat for RHF-ene i 2011. Gjennomsnittsskårer på indekser. Testet for forskjell fra gjennomsnittet for alle RHF<sup>a</sup>. Skala 0–100 der 100 er best.**

	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Sør-Øst	45,0 -***	55,7 -***	33,4 -***	52,2 -***	55,1	42,5 -*	51,7 -.
Vest	49,1	59,1	36,7	59,4	55,1	48,9 +***	56,1
Midt-Norge	53,3 +***	63,3 +***	44,9 +***	62,5 +***	59,5 +***	47,8 +*	59,4 +***
Nord	47,0	55,3 -*	34,1 -.	57,5	50,1 -***	40,0 -**	48,2 -***
Gj.sn.alle RHF	48,6	58,4	37,3	57,9	55,0	44,8	53,9

<sup>a</sup>: + / - : høyere / lavere skår enn gjennomsnittet

. :  $p \leq 0,10$  \* :  $p \leq 0,05$  \*\* :  $p \leq 0,01$  \*\*\* :  $p \leq 0,001$

Av 28 oppgitte indeksskårer for RHF i tabell 8 er det 17 som er statistisk signifikant ( $p \leq 0,05$ ) forskjellig fra gjennomsnittet for alle RHF-ene.

Loddrett lesing av tabellen viser statistisk signifikante forskjeller på alle indekser, det vil si at fastlegenes vurdering av de ulike sidene ved DPS-ene varierte mellom regionene i 2011. Den største variasjonen blant regionene er på *Veiledning* hvor forskjellen i skår er 11,5 mellom høyeste skår (44,9 for Helse Midt-Norge) og laveste skår (33,4 for Helse Sør-Øst). På *Ventetid* er alle regionenes skår forskjellig fra gjennomsnittet og forskjellen mellom høyeste (48,9 for Helse Midt-Norge) og laveste skår (40,0 for Helse Nord) er 8,9.

Vannrett lesing av tabellen viser at Helse Sør-Øst i 2011 har lavere skår enn gjennomsnittet på fem av sju indekser (*Bemanning*, *Kompetanse*, *Veiledning*, *Henvisninger*, og *Ventetid*), mens Helse Midt-Norge har høyere skår på samtlige indekser.

Helse Nord har skårer som er under gjennomsnittet på fire av sju indekser (*Kompetanse, Epikriser, Ventetid og Akutte situasjoner*), mens Helse Vest har skår over gjennomsnittet på en av indeksene (*Ventetid*).

### RHF, endring fra 2008

Tabell 9. Endring<sup>a</sup> for RHF fra 2008 til 2011 i gjennomsnittsskårer på indekser.

	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Sør-Øst	1,3	0,8	0,8	-0,2	1,5	-1,4	0,8
Vest	0,1	-0,3	-1,4	-2,0	-1,3	-1,3	1,3
Midt-Norge	2,9	3,7 *	6,7 **	2,0	4,3 *	0,4	8,1 ***
Nord	5,9 **	2,3	0,4	-0,4	1,7	5,0	1,2

<sup>a</sup> . :  $p \leq 0,10$  \* :  $p \leq 0,05$  \*\* :  $p \leq 0,01$  \*\*\* :  $p \leq 0,001$

Tabell 9 viser statistisk signifikant ( $p \leq 0,05$ ) endring i skårene fra 2008 til 2011 på fem av 28 sammenlikninger. Alle disse fem endringene er positive.

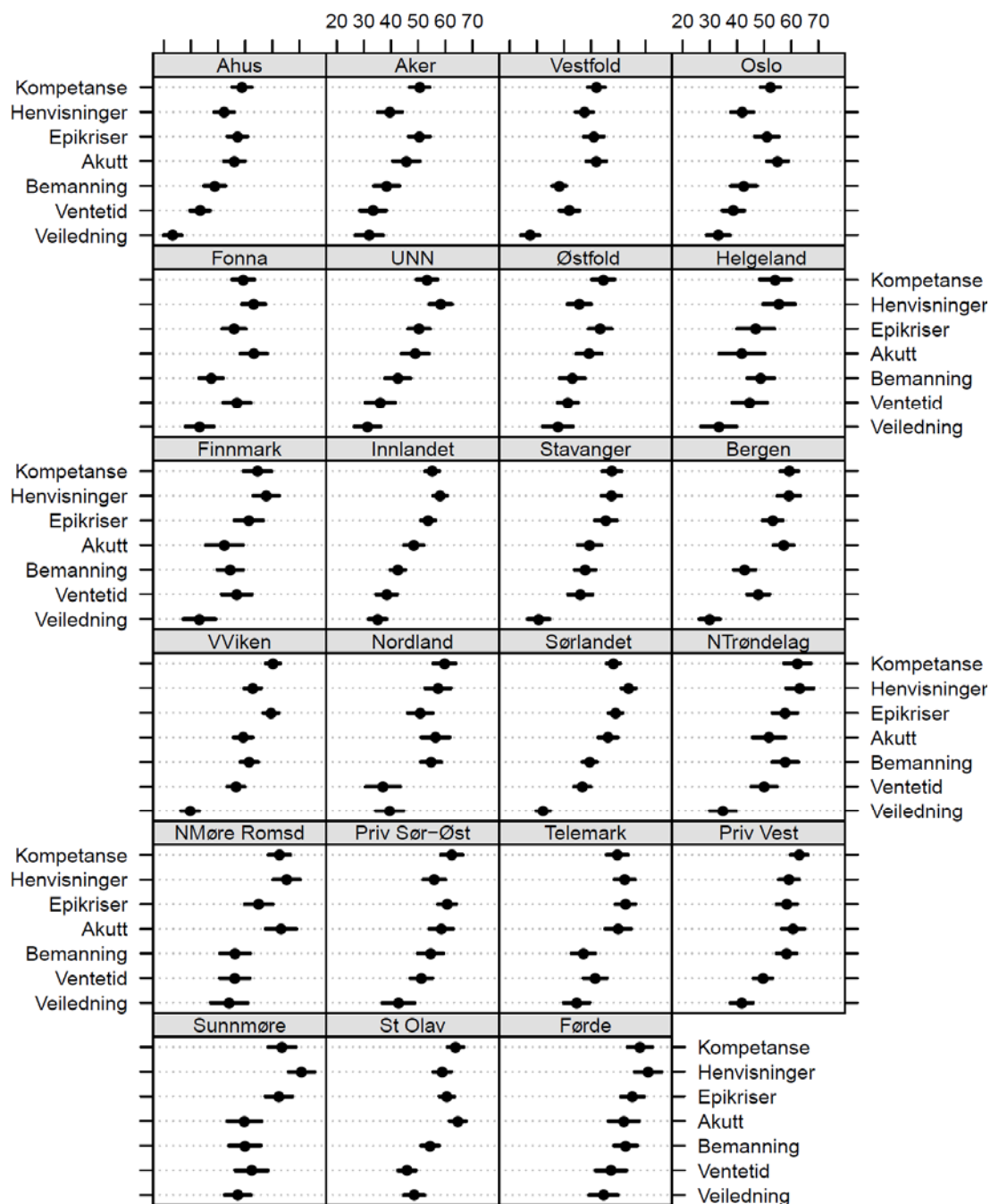
På *Henvisninger* og *Ventetid* er det ingen statistisk signifikant endring fra 2008 til 2011 på RHF-nivå, og på de øvrige indeksene er det statistisk signifikant endring i skår for ett RHF.

Det er ikke statistisk signifikante endringer ved Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det er positiv endring i skårene på *Kompetanse, Veiledning, Epikriser* og *Akutte situasjoner* ved Helse Midt-Norge. Helse Nord har høyere skår på *Bemanning* i 2011 sammenliknet med i 2008.

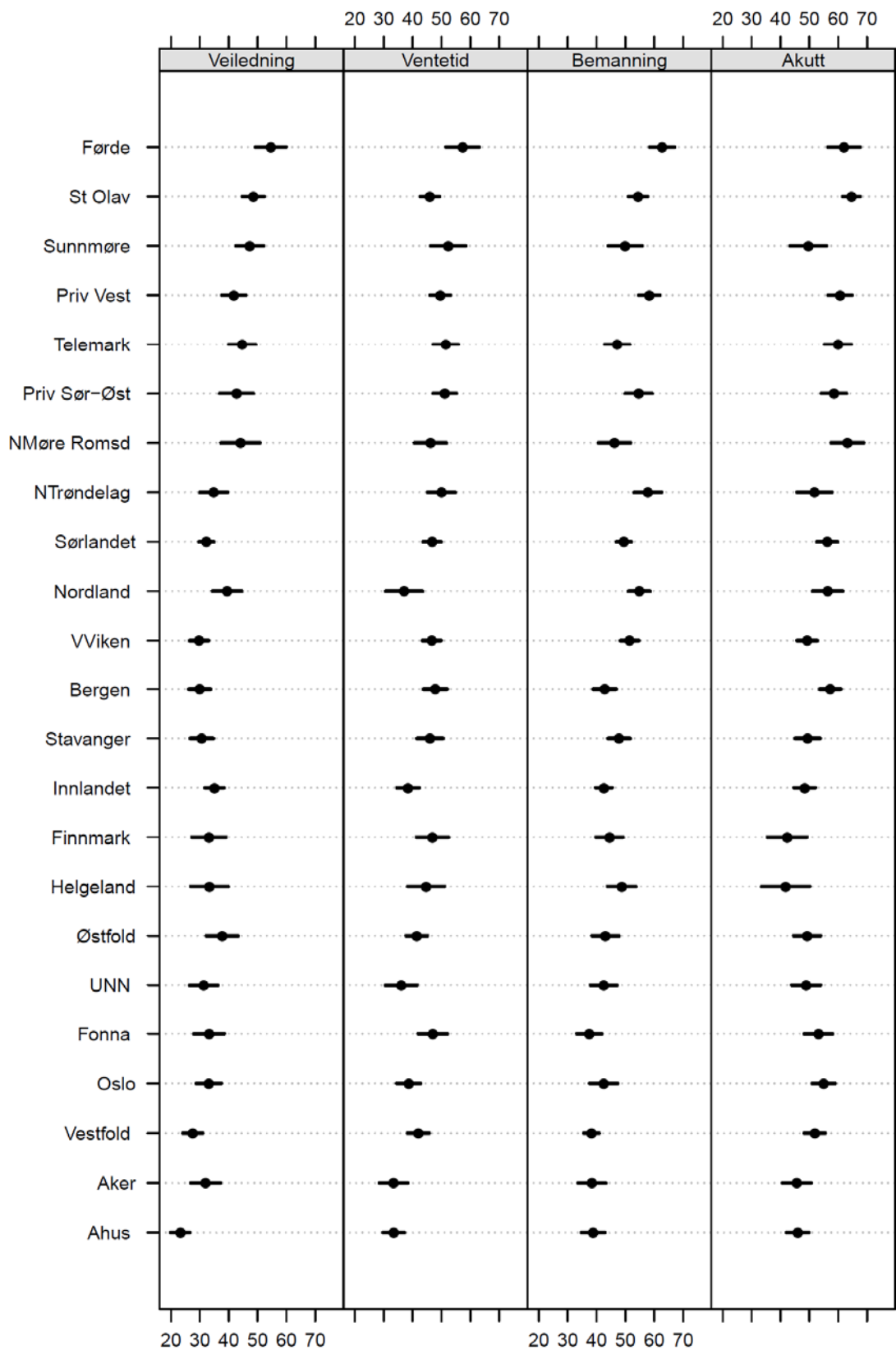
# Helseforetak

## HF, resultat i 2011

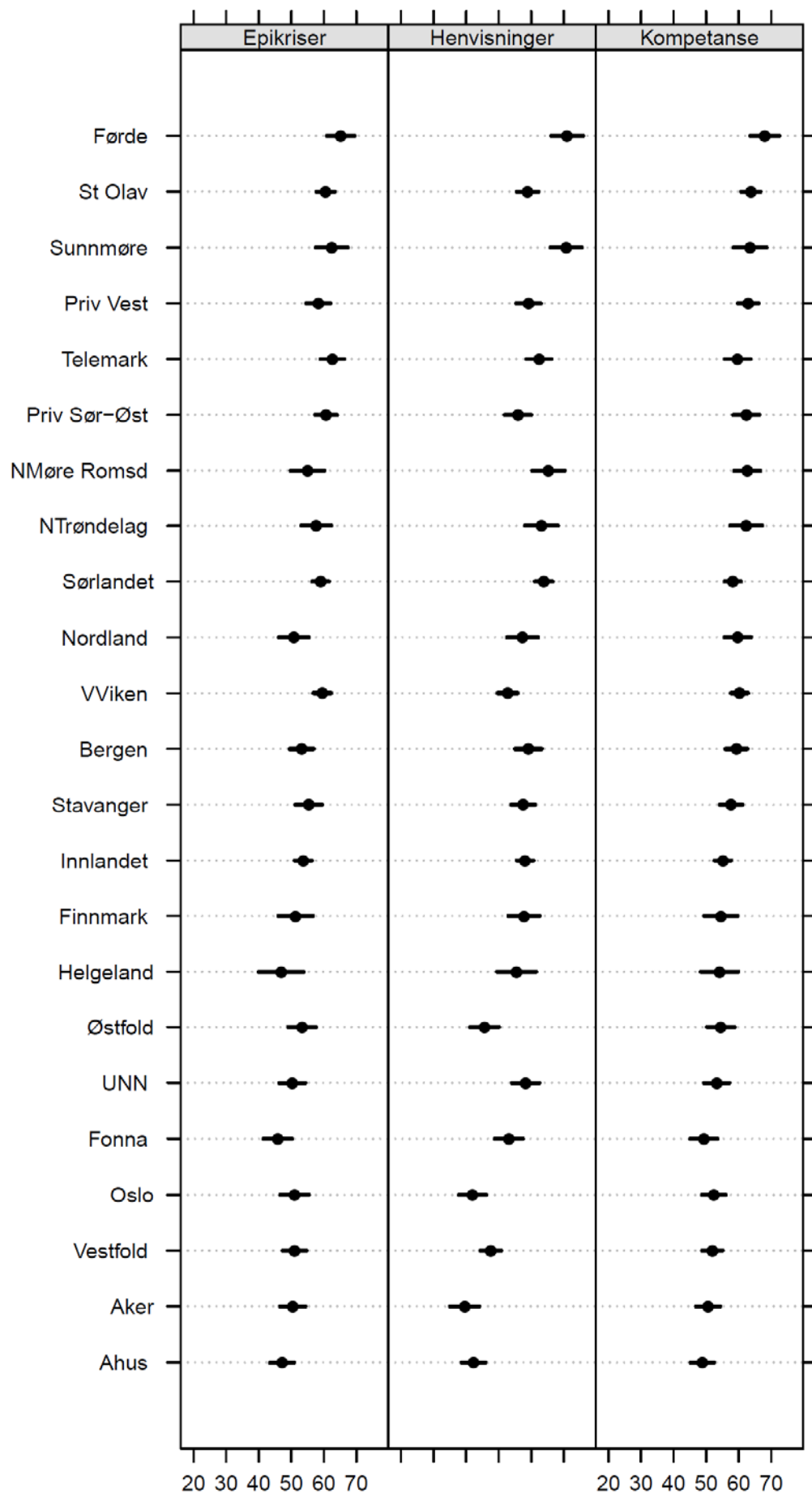
Figur 6. **Resultatet for alle HF i 2011, gruppert etter HF.** Gjennomsnittsskå-  
rer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best.



Figur 7. **Resultatet for alle HF i 2011, gruppert etter indekser.** Gjennomsnittsskårer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best.



Figur 7 forts. **Resultatet for alle HF i 2011, gruppert etter indekser. Gjennomsnittsskårer** (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best.



## HF, resultat i 2011

Tabell 10. Resultat for HF i 2011. Gjennomsnittsskårer på indekser. Testet for forskjell fra gjennomsnittet for alle HF<sup>a</sup>. Skala 0–100 der 100 er best.

	Bemannings	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Østfold	43,1	54,5	37,8	45,6 -***	53,3	41,4	49,2
Ahus	38,8 -**	48,8 -***	23,3 -***	42,3 -***	47,2 -**	33,4 -***	46,0 -*
Aker	38,4 -*	50,6 -*	32,0	39,6 -***	50,5	33,4 -***	45,7
Innlandet	42,5 -*	55,2	35,1	58,1	53,7	38,4	48,4
Oslo	42,5	52,4	33,1	41,9 -***	51	38,6	54,9
VViken	51,5	60,2	29,7 -**	52,8	59,5	46,6	49,2
Telemark	47,2	59,6	44,7 +.	62,4	62,7 +**	51,5	59,9
Vestfold	38,2 -***	51,9 -*	27,6 -***	47,5 -***	51,0	42,0	51,9
Sørlandet	49,4	58,2	32,3	63,8 +***	59,0	46,7	56,2
Priv Sør-Øst	54,6	62,4	42,7	55,9	60,7 +.	51,2	58,5
Stavanger	47,8	57,7	30,7	57,5	55,4	46,0	49,4
Fonna	37,5 -***	49,3 -**	33,2	53,1	45,9 -**	47,0	53,2
Bergen	42,8	59,3	29,9 -.	59,1	53,2	47,8	57,2
Førde	62,7 +***	68,0 +***	54,6 +***	71,0 +***	65,2 +***	57,4 +**	62,0
Priv Vest	58,3 +***	62,9 +.	41,8	59,2	58,3	49,6	60,7 +*
Sunnmøre	49,9	63,5	47,3 +***	70,7 +***	62,4	52,4	49,7
NMøre Romsd	46,2	62,6	44,1	65,3 +*	55,0	46,2	63,2 +*
St. Olav	54,4 +**	63,8 +**	48,5 +***	58,9	60,5 +**	45,9	64,6 +***
NTrøndelag	57,8 +**	62,3	34,8	63,2	57,7	50,0	51,8
Helgeland	48,8	54,1	33,3	55,5	46,9	44,6	41,8
Nordland	54,8 +*	59,7	39,5	57,3	50,8	37,0	56,4
UNN	42,5	53,3	31,3	58,3	50,3	36,1	48,9
Finnmark	44,5	54,5	33,1	57,8	51,3	46,9	42,3
Gj.sn.alle HF	47,6	57,6	36,5	56,4	54,8	44,8	53,1

<sup>a</sup>: + / - : høyere / lavere skår enn gjennomsnittet  
 . :  $p \leq 0,10$  \* :  $p \leq 0,05$  \*\* :  $p \leq 0,01$  \*\*\* :  $p \leq 0,001$

Tabell 10 viser at av 161 oppgitte indeksskårer for HF-ene i 2011 er det 43 som er statistisk signifikant forskjellig ( $p \leq 0,05$ ) fra gjennomsnittet for alle HF. For 21 av skårene er forskjellen i positiv retning.

Loddrett lesing av tabellen viser at det er på indeksen *Bemannings* fastlegenes vurdering varierte mest i 2011. For ti av 23 helseforetak er skåren statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for alle helseforetak. Helse Førde har fått høyest skår (62,7) på *Bemannings* og Helse Fonna lavest (37,5). Færrest statistisk signifikante forskjeller er det på indeksen *Ventetid* (tre helseforetak avviker fra gjennomsnittet). Helse Førde har høyest skår (57,4) på *Ventetid* og Aker og Ahus lavest (33,4).

Vannrett lesing av tabellen viser at av de 23 helseforetakene er det Ahus som samlet sett kommer minst heldig ut i 2011. Alle de sju indeksskårene for Ahus er statistisk signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle helseforetak. Helse Førde har flest skårer over gjennomsnittet, på seks av sju indekser.

## HF, endring fra 2008

Tabell 11. Endring<sup>a</sup> fra 2008 til 2011 i gjennomsnittsskårer på indekser for helseforetak.

	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Østfold	2,3	1,3	7,8	1,1	0,3	2,5	-2,2
Ahus	0,0	-0,2	-4,1	-3,6	-1,3	-5,0	-5,5
Aker	0,1	-4,5	1,3	-8,9 *	-4,8	-7,1	-5,0
Innlandet	2,1	0,2	2,3	0,0	-0,8	1,0	6,3
Oslo	0,3	-0,6	-4,1	-2,1	0,6	-6,8	-3,9
V Viken	1,6	2,7	0,1	4,6	6,6 **	1,2	1,2
Telemark	-0,1	2,7	4,1	4,5	6,2	0,1	5,7
Vestfold	-1,7	-1,4	0,7	-3,6	-3,7	-4,0	-3,0
Sørlandet	3,9	1,8	-3,8	2,0	2,8	-3,3	4,3
Priv Sør-Øst	3,0	5,7	4,5	2,1	8,1 **	2,0	1,6
Stavanger	2,2	0,9	-1,7	-5,8	-1,6	-4,1	1,9
Fonna	-1,6	-2,4	1,6	-2,0	-1,8	-1,4	-0,5
Bergen	-13,8 *	-7,8	-12,9	-17,3 ***	-3,5	-13,0	-2,8
Førde	-0,4	-1,5	-1,6	-1,2	-1,8	-4,1	2,5
Priv Vest	6,5	1,1	2,6	2,2	0,8	4,6	1,1
Sunnmøre	-1,1	3,5	5,4	3,0	3,7	-2,0	-0,8
Nmøre Romsd	2,3	4,2	6,4	1,8	4,1	-4,5	9,2
St. Olav	6,7 *	6,4	8,6	2,7	7,5 **	4,6	16,4 ***
Ntrøndelag	-1,5	-2,1	3,0	1,3	-2,2	-2,6	-4,9
Helgeland	8,8	7,2	1,0	1,1	-0,6	7,8	2,6
Nordland	10,1 *	3,7	8,1	4,0	6,0	5,8	6,6
UNN	4,5	0,3	-3,6	-2,8	-2,5	2,0	-2,7
Finnmark	0,0	-0,2	-2,3	-2,7	7,1	5,9	3,1

<sup>a</sup> .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Tabell 11 viser at av 161 oppgitte mål på forskjell mellom 2008 og 2011 er det ni forskjeller som er statistisk signifikante ( $p \leq 0,05$ ). Tre av endringene er i negativ retning.

Loddrett lesing av tabellen viser at på indeksen *Epikriser* har tre foretak endrete skårer fra 2008 til 2011 og alle endringene er positive. På indeksen *Bemanning* har to foretak høyere og ett foretak lavere skår. To foretak har negativ endring på indeksen *Henvisninger*. *Akutte situasjoner* har fått høyere skår på ett foretak. Det er ingen endring på foretaksnivå på indeksene *Veiledning*, *Kompetanse* og *Ventetid*.

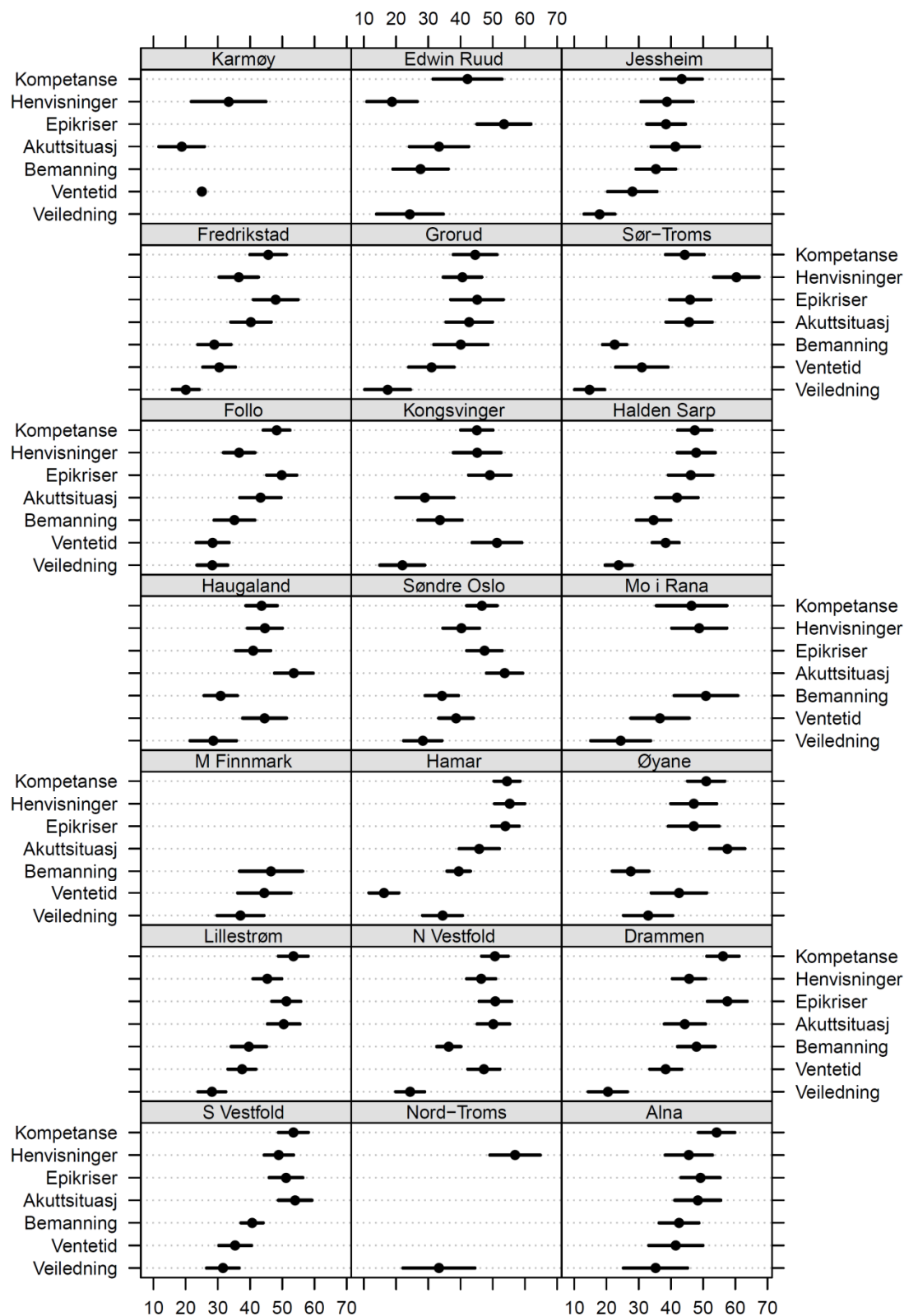


Vannrett lesing av tabellen viser at seks foretak har statistisk signifikant endrete skår fra 2008 til 2011. St. Olavs Hospital har statistisk signifikant og positiv endring på tre indekser. Helse Bergen har endringer i negativ retning på to indekser. For 17 helseforetak er det ingen statistisk signifikante endringer.

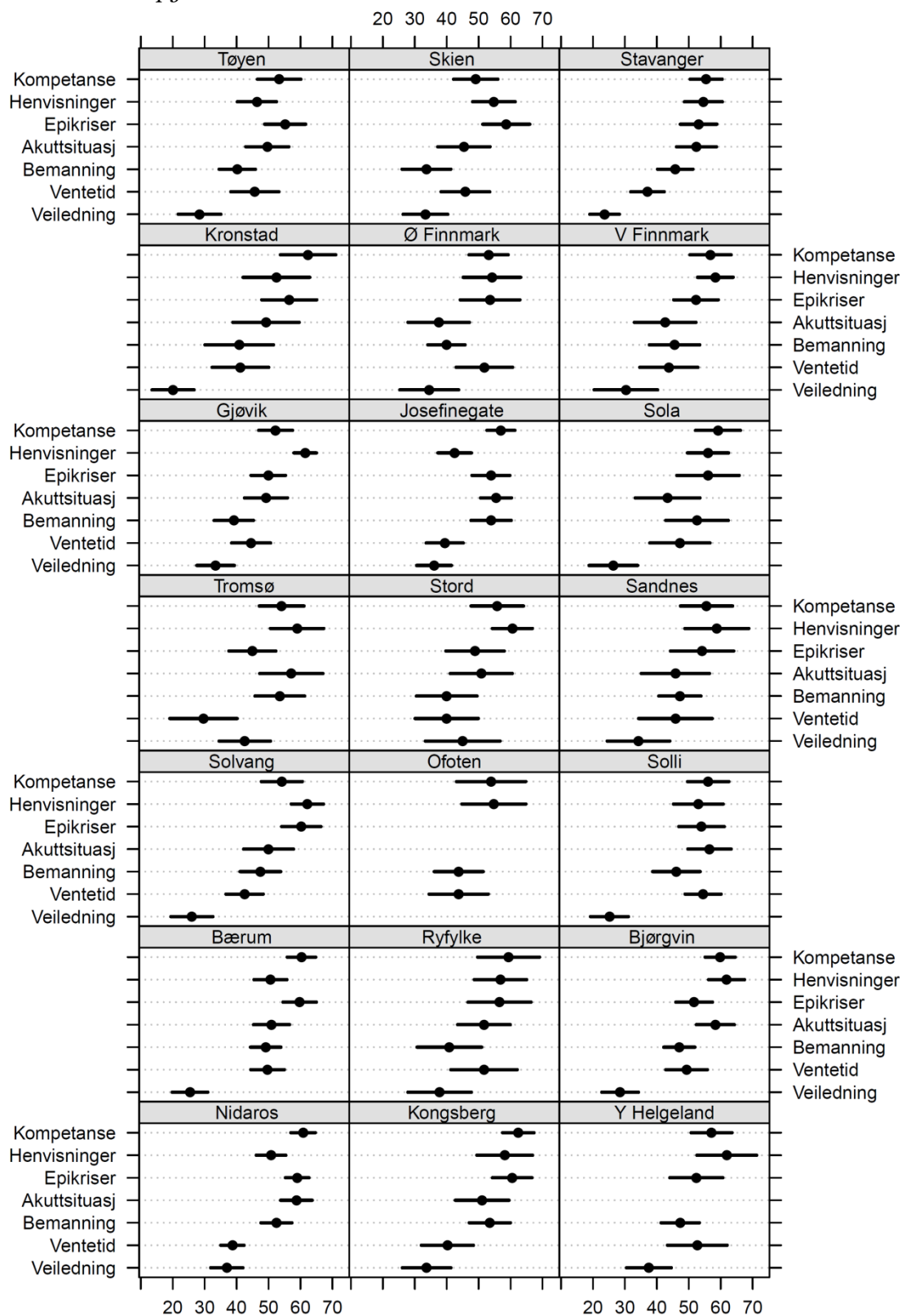
## Distriktpsikiatriske sentre

### DPS, resultat i 2011

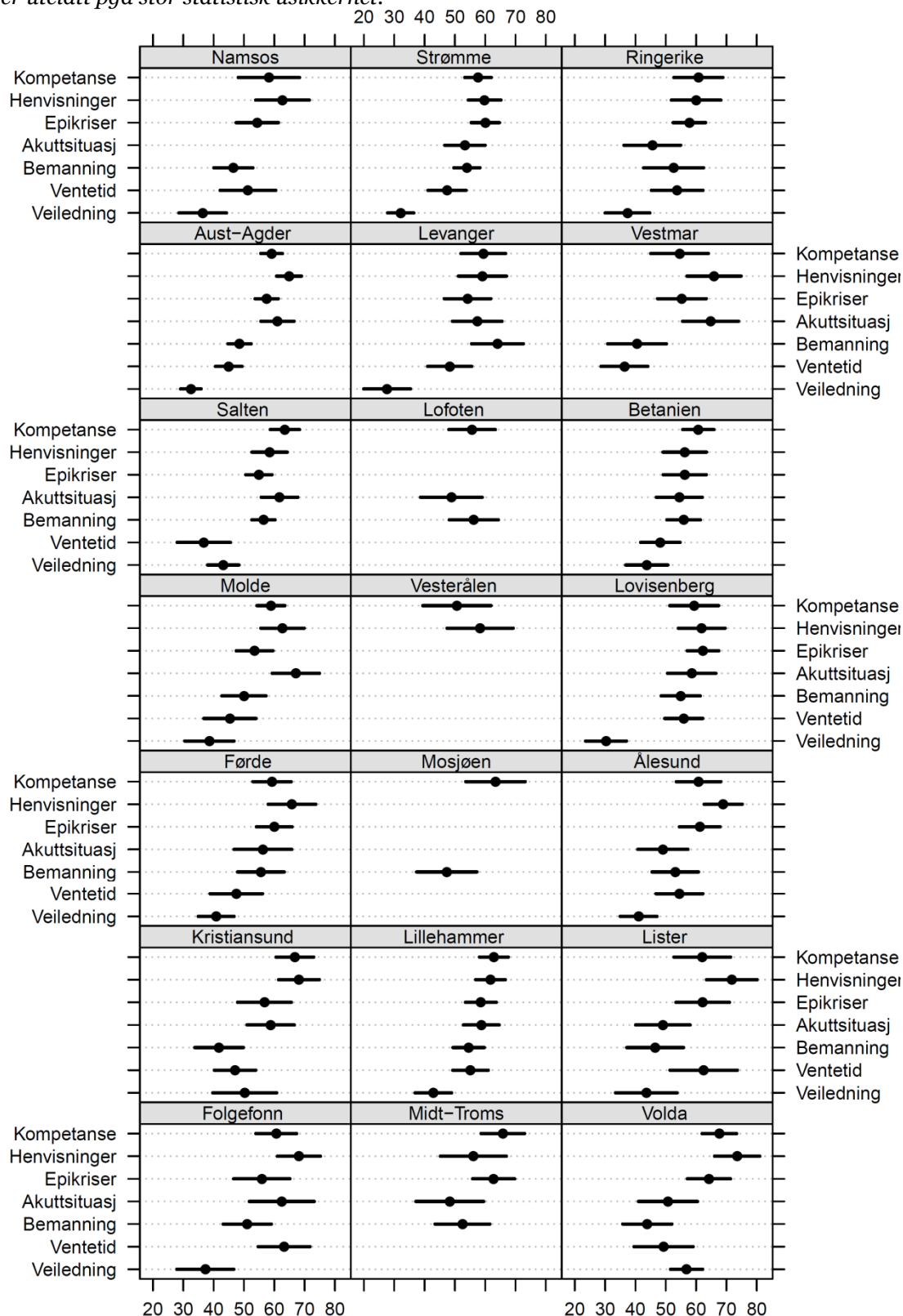
Figur 8. **Resultatet for DPS-ene i 2011, gruppert etter DPS.** Gjennomsnittsskårer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best. Enkelte resultat er utelatt pga stor statistisk usikkerhet.



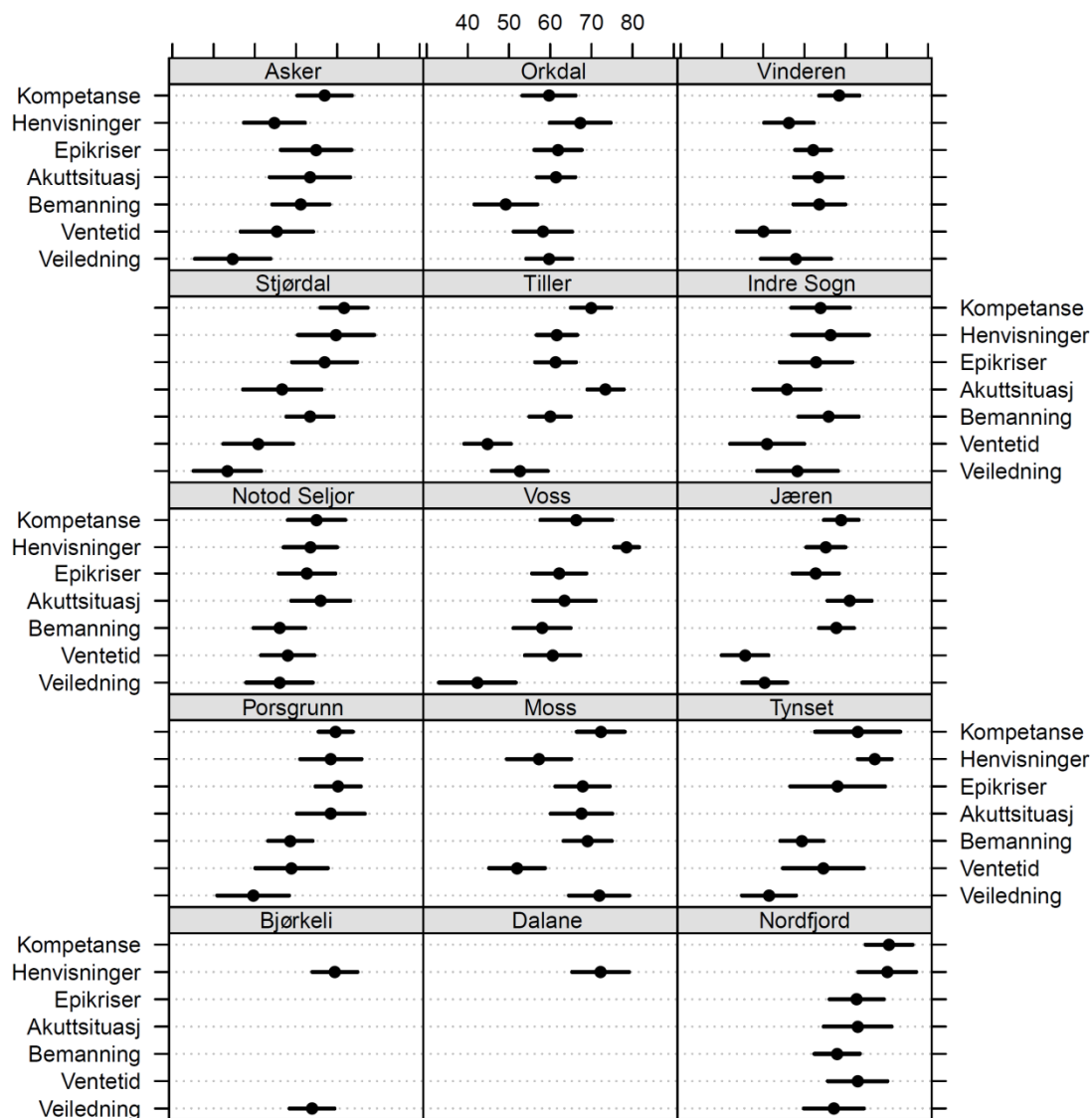
Figur 8 forts. **Resultatet for DPS-ene i 2011, gruppert etter DPS.** Gjennomsnittsskårer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best. Enkelte resultat er utelatt pga stor statistisk usikkerhet.



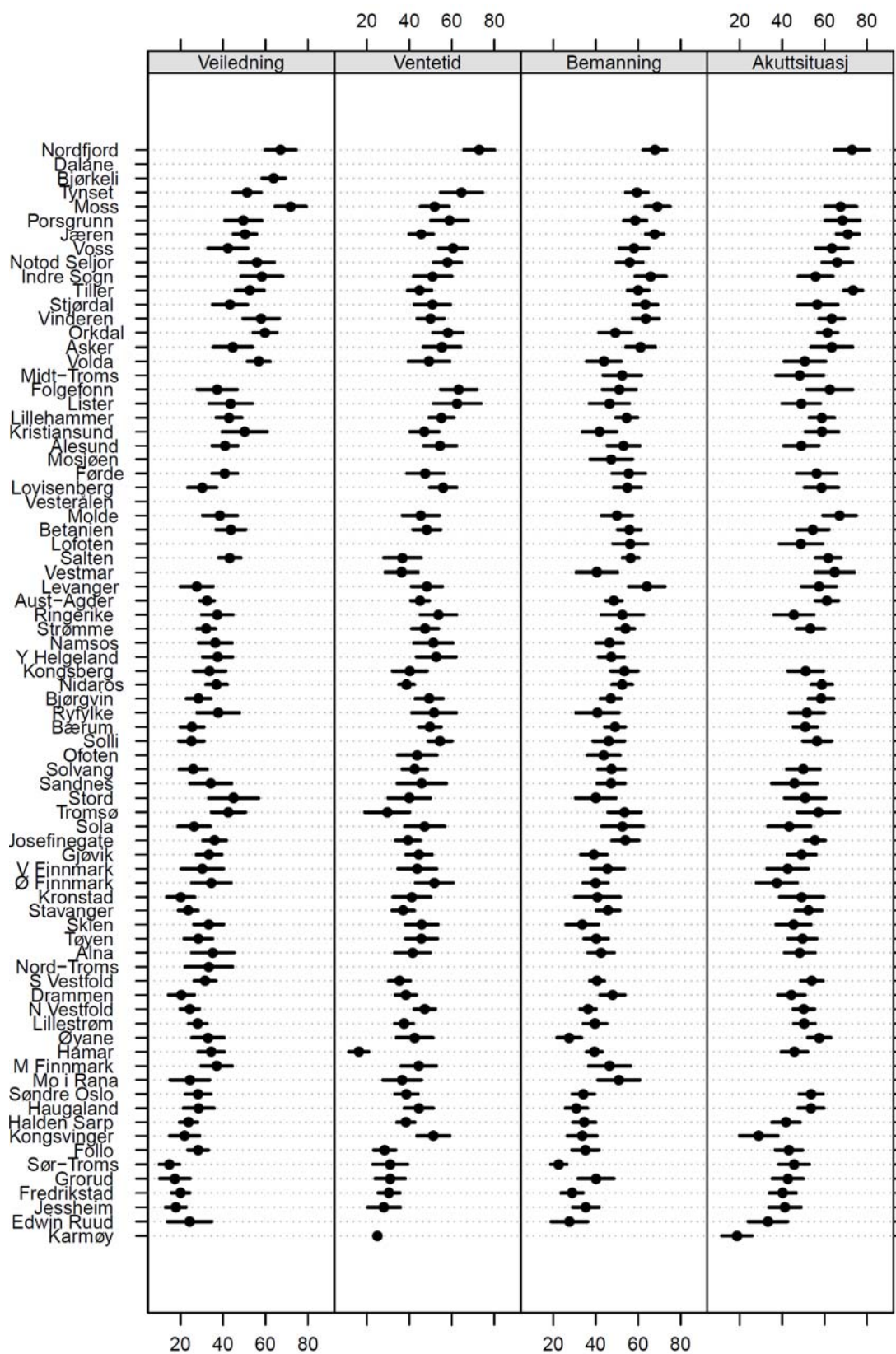
Figur 8 forts. **Resultatet for DPS-ene i 2011, gruppert etter DPS.** Gjennomsnittsskå-  
rer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best. Enkelte resultat  
er utelatt pga stor statistisk usikkerhet.



Figur 8 forts. **Resultatet for DPS-ene i 2011, gruppert etter DPS.** Gjennomsnittsskå-  
 rer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best. Enkelte resul-  
 tat er utelatt pga stor statistisk usikkerhet.

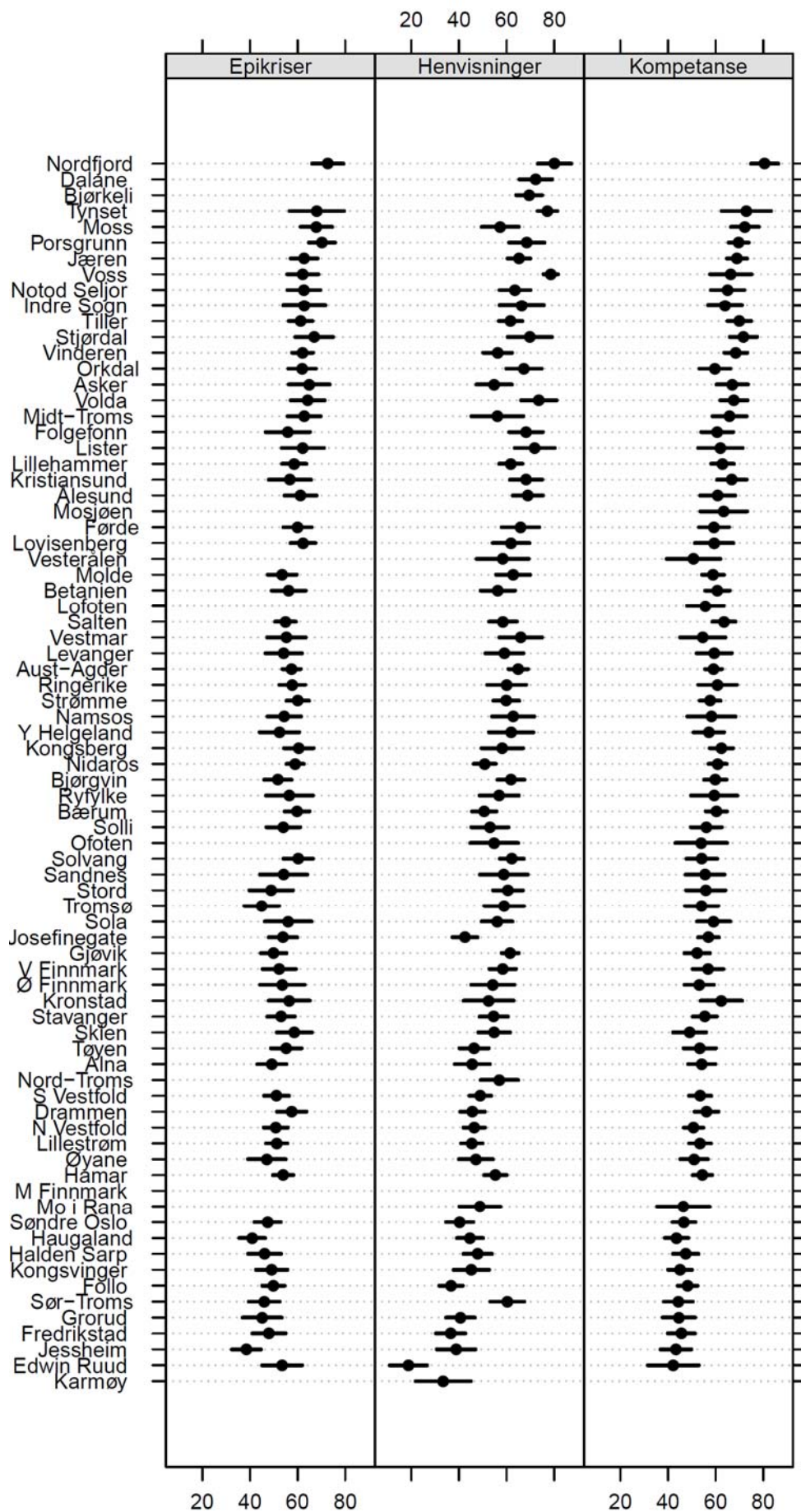


Figur 9. **Resultatet for DPS-ene i 2011, gruppert etter indekser.** Gjennomsnittsskårer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best. Enkelte resultat er utelatt pga stor statistisk usikkerhet.





Figur 9 forts. **Resultatet for DPS-ene i 2011, gruppert etter indekser.** Gjennomsnittsskårer (med 95% konfidensintervall) på indekser. Skala 0–100 der 100 er best. Enkelte resultat er utelatt pga stor statistisk usikkerhet.



## DPS under Helse Sør-Øst RHF, tabeller

Tabell 12. Resultat for DPS under Helse Sør-Øst RHF i 2011. Gjennomsnittsskårer på indekser. Testet for forskjell fra gjennomsnittet for alle DPS<sup>a</sup>. Skala 0–100 der 100 er best.

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Moss	68,9 +***	72,8 +***	71,8 +***	58,0	69,4 +**	52,2	68,1 +*
Edwin Ruud				19,0 -***	48,8		35,7 -.
Fredrikstad	30,3 -***	44,5 -.	19,6 -***	37,2 -***	47,4	31,7 -**	38,0
Halden Sarp	35,0 -**	49,2	25,9 -**	46,8	45,7	40,2	44,6
Jessheim	36,3	43,8 -.	19,2 -***	38,8 -.	39,9 -**	27,7 -*	41,3
Lillestrøm	39,7	53,1	27,9 -*	44,4 -***	51,1	37,0 -*	49,8
Grorud	39,3	44,3	16,7 -***	40,9 -***	45,5	31,0 -*	42,0
Alna	41,9	53,9	36,6	45,7	49,7	40,6	47,2
Follo	36,3	48,5 -*	29,1	35,7 -***	50,9	28,9 -***	44,7
Hamar	39,4 -**	54,5	34,4	55,3	53,9	16,2 -***	45,8
Tynset	59,4 +**	72,9	51,4 +**	77,1 +***	68,1	64,6 +.	
Kongsvinger	33,7 -*	45,1 -***	21,9 -*	45,2	49,1	51,3	28,9 -***
Lillehammer	54,5	62,9	42,9	61,8	58,6	55,1	58,7
Gjøvik	39,1	52,2	33,4	61,5	49,9	44,5	49,2
Søndre Oslo	34,7 -**	47,6 -.	29,5	40,1 -***	48,7	36,9	54,1
Josefinegate	53,0	57,4	36,9	43,9 -***	53,5	40,5	55,9
Drammen	47,9	56,1	20,4 -***	45,6 -**	57,5	38,4	44,3
Kongsberg	53,5	62,4	33,7	58,2	60,5	40,2	51,1
Asker	61,5	67,8	47,4	56,4	67,3	57,7	65,4
Bærum	49,1	60,3	25,4 -*	50,6	59,8	49,7	50,9
Ringerike	52,6	60,8	37,4	60,0	57,8	53,8	45,6
Notod Seljør	56,0	65,0	56,0 +***	63,5	62,7	58,0	66,0 +*
Porsgrunn	58,6 +*	69,6 +***	49,6	68,5	70,2 +***	58,9	68,5 +*
Vestmar	38,3	53,8		67,5	57,5	35,0	66,2
Skien	33,6	49,1	33,3	54,8	58,6	45,8	45,4
N Vestfold	36,4 -***	50,7	24,4 -***	46,4 -**	50,8	47,2	50,2
S Vestfold	40,6 -*	53,5	31,6	48,9	51,2	35,4 -*	54,0
Strømme	54,0	57,7	32,1	59,8	60,0	47,4	53,3
Solvang	47,4	54,2	26,0	62,2	60,2	42,5	50,0
Aust-Agder	48,6	59,1	32,5	64,9 +.	57,5	45,0	61,1
Lister	46,5	62,0	43,6	71,8	62,2	62,5	49,0
Tøyen	39,9	51,8	28,6	47,9	55,4	46,9	49,1
Vinderen	64,4 +***	69,5 +***	58,1 +***	57,4	62,5	51,9	64,1 +*
Lovisenberg	56,2	62,9	29,9	65,7	65,2 +***	56,6	61,0
Gj.sn.alle DPS	48,0	58,1	37,0	57,0	56,2	45,7	53,0

<sup>a</sup> . : p ≤ 0,10 \* : p ≤ 0,05 \*\* : p ≤ 0,01 \*\*\* : p ≤ 0,001

Tabell 12 viser at av 232 oppgitte indeksskårer for 34 DPS under Helse Sør-Øst i 2011 er det 55 som er statistisk signifikant forskjellig ( $p \leq 0,05$ ) fra gjennomsnittet for alle DPS. For 19 av skårene er forskjellen positiv. Seks skårer er utelatt på grunn av stor statistisk usikkerhet.

Loddrett lesing av tabellen viser at det er på indeksen *Veiledning* fastlegenes vurdering varierer mest. Tretten av 32 oppgitte skårer på *Veiledning* er statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for alle DPS. Moss har fått høyest skår (71,8) og Grorud lavest (16,7). På *Bemanning* (hvor skårene varierer mest på helseforetaksn-



vå) er det elleve statistisk signifikante forskjeller på DPS-nivå, med høyest skår for Moss (68,9) og lavest for Fredrikstad (30,3). På *Henvisninger* er det ti skårer som skiller seg fra gjennomsnittet, med høyest skår for Tynset (77,1) og lavest for Edwin Ruud (19,0). Færrest statistisk signifikante forskjeller er det på indeksen *Epikriser* (fire DPS-skårer avviker fra gjennomsnittet). Porsgrunn har høyest skår på *Epikriser* (70,2) og Jessheim lavest (39,9).

Vannrett lesing av tabellen viser at av de 34 DPS-ene i Helse Sør-Øst er det Fredrikstad og Kongsvinger som samlet sett kommer minst heldig ut. For begge disse er fire av sju indeksskårer statistisk signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle DPS. Moss har flest skårer over gjennomsnittet i 2011, på fem av sju indekser.

**Tabell 13. Endring<sup>a</sup> fra 2008 til 2011 i gjennomsnittsskårer på indekser for DPS under Helse Sør-Øst RHF.**

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Moss	5,4	5,4	8,3	0,2	1,2	2,9	0,0
Edwin Ruud				-5,2	3,5		-9,2
Fredrikstad	3,2	-3,6	-0,3	-0,6	-3,5	-4,4	-7,0
Halden Sarp	-2,2	-1,2	10,0 *	-1,7	-0,5	6,3	-1,9
Jessheim	-7,7	-5,0	-9,4	-5,4	-9,0	-6,0	-4,8
Lillestrøm	4,0	1,8	-3,9	-4,0	1,5	-5,0	-7,6
Grorud	3,6	-0,2	-0,2	-2,8	0,8	-7,8	-6,9
Alna	2,4	-1,9	5,9	-2,3	-4,1	-4,9	-2,0
Follo	-0,6	-5,9	-1,8	-13,4 **	-5,5	-7,2	-6,8
Hamar	-1,6	0,1	5,6	-1,2	-1,5	3,0	12,0
Tynset	-1,7	-4,0	-1,2	3,4	0,1	3,0	
Kongsvinger	-5,5	-8,1	-4,7	-0,3	-5,7	-0,6	-9,5
Lillehammer	-1,3	1,8	-3,3	1,9	0,9	2,2	4,2
Gjøvik	18,0 **	6,5	9,5	0,7	3,0	4,0	11,7
Søndre Oslo	-1,6	-1,1	-7,7	-2,7	2,5	-7,1	-3,0
Josefinegate	2,9	-0,6	-0,2	-1,6	-2,0	-6,5	-4,8
Drammen	3,5	4,1	0,1	6,3	9,7	-1,6	2,3
Kongsberg	2,3	1,8	-4,4	8,2	3,8	-4,0	4,5
Asker	2,2	0,6	11,3	-3,8	-1,4	-2,0	-1,4
Bærum	3,9	5,1	5,9	5,6	6,6	6,5	1,4
Ringerike	-3,8	0,3	-9,7	4,1	9,5	5,1	0,8
Notod Seljør	0,7	3,1	6,8	5,4	5,6	-1,5	10,3
Porsgrunn	14,7 *	12,9	13,9	8,9	10,4	11,2	14,3
Vestmar	-5,9	2,2		3,7	4,2	-8,6	10,6
Skien	-7,9	-3,9	-6,1	2,4	5,2	-2,6	-6,7
N Vestfold	-3,6	-3,7	-3,4	-4,5	-6,1	-3,0	-2,6
S Vestfold	0,8	1,2	5,6	-2,3	-1,1	-6,2	-3,2
Strømme	11,3 *	0,3	-3,4	-1,4	-1,7	-4,8	0,6
Solvang	-0,9	-3,4	-2,6	-1,3	4,0	-0,6	1,7
Aust-Agder	1,9	2,7	-8,4	3,8	3,1	-4,6	6,3
Lister	5,2	9,6	9,3	9,3	8,5	0,7	1,8
Tøyen	9,5	9,0	4,8	5,6	10,3	3,6	1,8
Vinderen	-1,2	5,8	6,1	-2,3	6,7	-0,8	0,9
Lovisenberg	1,4	-0,2	3,3	6,0	6,9	5,2	3,4

<sup>a</sup> . :  $p \leq 0,100$  \* :  $p \leq 0,050$  \*\* :  $p \leq 0,01$  \*\*\* :  $p \leq 0,001$

Tabell 13 viser at av 232 oppgitte mål på forskjell mellom 2008 og 2011 er det fem forskjeller som er statistisk signifikante ( $p \leq 0,050$ ). En av endringene er i negativ retning.

Loddrett lesing av tabellen viser at på indeksen *Bemanning* har tre DPS endrete skårer fra 2008 til 2011 og alle endringene er positive. På indeksen *Veiledning* har ett DPS høyere skår i 2011 sammenliknet med 2008. På *Henvisninger* er det ett DPS som har lavere skår. Det er ingen endring på DPS-nivå i Helse Sør-Øst på indeksene *Kompetanse*, *Epikriser*, *Ventetid* og *Akutte situasjoner*.

Vannrett lesing av tabellen viser at Porsgrunn, Gjøvik og Strømme har positiv endring på *Veiledning* og Halden Sarpsborg positiv endring på *Veiledning*. Follo har negativ endring på *Henvisninger*. For 29 DPS er det ingen endringer som er statistisk signifikante.

### DPS under Helse Vest RHF, tabeller

Tabell 14. Resultat for DPS under Helse Vest RHF i 2011. Gjennomsnittsskårer på indekser. Testet for forskjell fra gjennomsnittet for alle DPS<sup>a</sup>. Skala 0–100 der 100 er best.

DPS	Bemannings	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Sandnes	47,2	55,6	34,3	58,8	54,2	45,8	45,8
Sola	52,6	59,1	26,4	56,0	56,0	47,2	43,4
Dalane				72,2 +**			
Stavanger	45,6	55,6	23,9 -***	55,0	53,7	36,6	53,3
Ryfylke	40,8	59,4	37,8	56,8	56,5	51,7	51,7
Haugaland	30,9 -***	43,6 -***	28,6	44,6 -**	41,0 -***	44,5	53,6
Karmøy				33,3 -*		25,0 -***	18,8 -***
Stord	40,0	55,8	45,0	60,6	48,9	40,0	50,8
Folgefonn	51,1	60,7	37,3	68,1	55,9	63,2 +*	62,5
Bjergvin	47,1	59,9	28,5	61,8	51,7	49,3	58,3
Kronstad	40,8	62,4	20,1 -***	52,5	56,5	41,2	49,2
Øyane	27,5 -***	50,9	32,9	47,1	47,1	42,5	57,5
Voss	58,0	66,3	42,3	78,5 +***	62,2	60,6 +*	63,5
Indre Sogn	65,9 +***	63,9	58,3 +**	66,3	62,8	51,0	55,8
Nordfjord	67,9 +***	80,6 +***	67,1 +***	80,1 +***	72,7 +***	72,9 +***	72,9 +***
Førde	55,6	59,3	40,8	65,8	60,0	47,5	56,2
Betanien	55,9	60,7	43,8	56,2	56,2	48,2	54,5
Bjørkeli			63,9 +***	69,4 +**			
Jæren	67,8 +***	68,9 +***	50,4 +***	65,2	62,7	45,6	71,0 +***
Solli	46,1	56,1	25,2 -.	53,0	54,0	54,5	56,5
Gj.sn.alle DPS	48,0	58,1	37,0	57,0	56,2	45,7	53,0

a: .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Tabell 14 viser at av 125 oppgitte indeksskårer for DPS under Helse Vest i 2011 er det 27 som er statistisk signifikant forskjellig ( $p \leq 0,050$ ) fra gjennomsnittet for alle DPS. For 17 av skårene er forskjellen i positiv retning.

Loddrett lesing av tabellen viser at det er på indeksene *Veiledning* og *Henvisninger* fastlegenes vurdering varierer mest. For seks av 20 DPS er skåren på *Veiledning* statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for alle helseforetak i 2011. Nordfjord har fått høyest skår (67,1) og Kronstad lavest (20,1). Også på *Henvisninger* er det seks DPS med skår forskjellig fra gjennomsnittet. Nordfjord har høyest skår også

her (80,1) og Karmøy lavest (33,3). Færrest statistisk signifikante forskjeller er det på indeksen *Epikriser* (to DPS avviker fra gjennomsnittet). Nordfjord har høyest skår på *Epikriser* (72,7) og Haugaland lavest (41,0).

Vannrett lesing av de oppgitte skårene i tabellen viser at av de 20 DPS-ene er det Haugaland som samlet sett kommer minst heldig ut. Fire av de sju indeksskårene for Haugaland er statistisk signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle DPS i 2011. For Nordfjord er skår på alle sju indekser statistisk signifikant over (til dels langt over) gjennomsnittet for DPS.

**Tabell 15. Endring<sup>a</sup> fra 2008 til 2011 i gjennomsnittsskårer på indekser for DPS under Helse Vest RHF.**

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Sandnes	6,6	2,4	1,5	-8,4	2,5	-4,7	3,8
Sola	-3,4	-4,4	-4,0	-8,0	-7,6	-6,1	-9,6
Stavanger	0,6	3,8	-3,9	-5,0	-0,9	-7,0	2,4
Ryfylke	10,5	2,6	0,3	-0,8	3,1	3,6	6,9
Haugaland	-6,2	-2,6	7,4	-3,2	-3,7	1,5	3,6
Karmøy				8,3			-12,5
Stord	-6,5	-3,0	-0,6	-6,8	-3,7	-10,0	-11,0
Følgefonn	10,0	4,4	-1,4	6,8	5,5	4,3	6,2
Voss	1,3	-0,7	-0,5	2,1	5,5	-0,3	3,5
Indre Sogn	9,3	-0,9	2,0	-1,7	-0,3	-4,4	1,6
Nordfjord	-4,1	4,6	3,5	0,5	-3,2	5,2	7,8
Førde	-4,1	-7,8	-2,3	-0,8	0,9	-15,0	
Betanien	13,2 *	3,6	9,7	5,5	4,1	2,1	3,7
Jæren	5,8	2,0	-4,3	-1,7	2,5	4,0	1,5
Solli	-4,4	-3,8	1,2	3,5	-5,0	10,3	-0,9

a: .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Fem DPS mangler i tabell 15. Bjørkeli og Dalane er utelatt på grunn av for få svar/usikre resultater, og Bjørgvin, Kronstad og Øyane fordi de ikke kan sammenliknes med avdelinger i Helse Bergen HF i 2008. Av 99 oppgitte mål på forskjell mellom 2008 og 2011 er det én forskjell som er statistisk signifikant ( $p \leq 0,05$ ). Betanien har høyere skår i 2011 enn i 2008 på indeksen *Bemanning*.

## DPS under Helse Midt-Norge RHF, tabeller

Tabell 16. Resultat for DPS under Helse Midt-Norge RHF i 2011. Gjennomsnittsskårer på indekser. Testet for forskjell fra gjennomsnittet for alle DPS<sup>a</sup>. Skala 0–100 der 100 er best.

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Ålesund	53,1	60,8	41,0	68,9 +.	61,2	54,5	49,0
Volda	43,9	67,6	56,9 +***	73,5 +**	64,2	49,3	50,7
Kristiansund	41,8	66,8	50,2	68,1	56,8	47,1	58,8
Molde	50,0	58,9	38,6	62,7	53,5	45,4	67,1 +.
Orkdal	49,2	59,7	59,8 +***	67,3	61,9	58,2	61,4 +*
Nidaros	52,5	60,8	36,9	50,8	59,0	38,7 -*	58,7
Tiller	60,0 +***	69,9 +***	52,6 +**	61,6	61,3	44,8	73,4 +***
Levanger	64,1 +.	59,4	27,7	59,1	54,2	48,3	57,4
Stjørdal	63,4 +***	71,7 +***	43,3	69,7	66,9	50,8	56,7
Namsos	46,5	58,2	36,4	62,7	54,4	51,3	
Gj.sn.alle DPS	48,0	58,1	37,0	57,0	56,2	45,7	53,0

a: .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Tabell 16 viser at av 69 oppgitte indeksskårer for DPS under Helse Midt-Norge i 2011 er det elleve som er statistisk signifikant forskjellig ( $p \leq 0,050$ ) fra gjennomsnittet for alle DPS. For ti av skårene er forskjellen i positiv retning.

Loddrett lesing av tabellen viser at det er på indeksen *Veiledning* vurderingen til fastlegene i Midt-Norge skiller seg mest fra gjennomsnittet for alle DPS i 2011. For tre av ti DPS er skåren høyere enn gjennomsnittet på *Veiledning*. På to DPS har indeksene *Bemanning*, *Kompetanse* og *Akutte situasjoner* skår som er høyere enn gjennomsnittet. *Henvisninger* har skår som er over gjennomsnittet på ett DPS, mens *Ventetid* har lavere skår enn gjennomsnittet på ett DPS under Helse Midt-Norge.

Vannrett lesing av tabellen viser at av de ti DPS-ene er det Tiller som samlet sett kommer best ut, med statistisk signifikant høyere (til dels betydelig høyere) skår på fire av sju indekser. Nidaros er det eneste DPS under Helse Midt-Norge som har statistisk signifikant lavere skår enn gjennomsnittet for DPS, på *Ventetid*.

**Tabell 17. Endring<sup>a</sup> fra 2008 til 2011 i gjennomsnittsskårer på indekser for DPS under Helse Midt-Norge RHF.**

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Ålesund	10,9	7,5	6,0	8,1	6,7	4,5	6,4
Volda	-18,0 *	-0,3	6,5	-2,6	0,6	-10,4	-9,5
Kristiansund	-0,2	6,8	11,4	4,6	3,6	-2,9	7,0
Molde	3,3	2,4		-0,8	5,5	-6,1	10,5
Orkdal	-3,2	-3,0	0,1	-3,1	0,4	0,6	6,7
Nidaros	10,8 *	9,7	14,1 **	5,5	11,3 *	4,0	16,9 ***
Tiller	10,0 *	9,6	8,3	3,7	8,2	7,3	22,9 ***
Levanger	3,3	-5,7	-6,2	-3,4	-1,1	-3,9	-6,7
Stjørdal	6,3	8,2	15,3	8,3	4,4	-0,3	6,1
Namsos	-13,6 *	-6,4		1,3	-8,1	-4,2	-12,5

a: .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Tabell 17 viser at av 68 oppgitte mål på forskjell mellom 2008 og 2011 er det åtte forskjeller som er statistisk signifikante ( $p \leq 0,050$ ). To endringer er negative.

Loddrett lesing av tabellen viser at på indeksen *Bemanning* har fire DPS endrete skårer, to i positiv og to i negativ retning. På indeksen *Akutte situasjoner* har to DPS høyere skår i 2011 enn i 2008. På *Veiledning* og *Epikriser* er det endringer for ett DPS. Det er ingen endring på DPS-nivå på indeksene *Kompetanse*, *Henvisninger* og *Ventetid*.

Vannrett lesing av tabellen viser at Nidaros har statistisk signifikant og positiv endring på fire indekser. Volda og Namsos har negativ utvikling på *Bemanning*, mens Tiller har positiv utvikling på *Bemanning* og *Akutte situasjoner*. For seks av ti DPS under Helse Midt-Norge er det ingen endringer fra 2008 til 2011 som er statistisk signifikante.

## DPS under Helse Nord RHF, tabeller

Tabell 18. Resultat for DPS under Helse Nord RHF i 2011. Gjennomsnittsskårer på indekser. Testet for forskjell fra gjennomsnittet for alle DPS<sup>a</sup>. Skala 0–100 der 100 er best.

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Mo i Rana	50,9	46,4	24,4	48,8		36,6	
Y Helgeland	47,3	57,1	37,5	61,9	52,4	52,7	
Mosjøen	47,3	63,4					
Lofoten	56,2	55,7					48,9
Vesterålen		50,7		58,3			
Salten	56,5 <sup>**</sup>	63,5	43,2	58,5	54,9	36,7	61,7
Tromsø	53,5	54,1	42,6	59,0	44,9	29,6	57,1
Midt-Troms	52,5	65,8		56,1	62,8		48,3
Sør-Troms	22,6 <sup>***</sup>	44,3 <sup>**</sup>	14,8 <sup>***</sup>	60,3	46,0	31,0	45,7
Nord-Troms			33,3	56,9			
Ofoten	43,8	53,9		54,8		43,8	
M Finnmark	46,5		37,0			44,4	
V Finnmark	45,5	56,8	30,3	58,3	52,3	43,8	42,6
Ø Finnmark	41,1	52,4	35,3	54,5	52,6	53,8	38,5
Gj.sn.alle DPS	48,0	58,1	37,0	57,0	56,2	45,7	53,0

a: .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Tabell 18 viser at av 67 oppgitte indeksskårer for DPS i Helse Nord i 2011 er det fire som er statistisk signifikant forskjellig ( $p \leq 0,050$ ) fra gjennomsnittet for alle DPS. Forskjellen er positiv i ett tilfelle.

Loddrett lesing av tabellen viser at det er på indeksen *Bemanning* fastlegenes vurdering varierer mest. Blant tolv rapporterte skårer er to statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for alle DPS. Salten har fått høyest skår (56,5) og Sør-Troms lavest (22,6). Som eneste DPS i Helse Nord har Sør-Troms skårer som skiller seg fra gjennomsnittet på ytterligere to indekser, *Kompetanse* og *Veiledning*, begge i negativ retning.

Komplette sett av skårer blir oppgitt for bare fem av 14 DPS i Helse Nord. Vannrett lesing av denne høyst mangelfulle tabellen viser at Sør-Troms samlet sett kommer minst heldig ut i 2011.

**Tabell 19. Endring<sup>a</sup> fra 2008 til 2011 i gjennomsnittsskårer på indekser for DPS under Helse Nord RHF.**

DPS	Bemanning	Kompetanse	Veiledning	Henvisninger	Epikriser	Ventetid	Akutte situasjoner
Mo i Rana	18,7 *	7,1	0,2	13,8		14,1	
Y Helgeland	7,9	8,7	2,1	-4,5	-2,8	7,4	
Mosjøen	-13,1	3,0					
Lofoten	17,0 *	-2,4					
Vesterålen				-8,3			
Salten	8,8	7,4	15,3 **	8,0	9,1	11,7	12,4
Tromsø	8,4	1,7	3,6	0,1	-8,6	8,7	0,5
Midt-Troms	11,2	10,4		4,4	12,2		6,7
Sør-Troms	3,2	0,6	-6,1	-1,3	2,3	7,2	-1,2
Nord-Troms			-15,3	-16,0			
Ofoten	1,4	-4,6		-10,1		-10,7	
M Finnmark	13,4		3,7			4,4	
V Finnmark	2,4	1,6	-1,3	5,3	1,8	10,2	1,2
Ø Finnmark		-10,8		-10,2	6,3		

a: .:  $p \leq 0,10$  \*:  $p \leq 0,05$  \*\*:  $p \leq 0,01$  \*\*\*:  $p \leq 0,001$

Tabell 19 viser at av 61 oppgitte mål på forskjell mellom 2008 og 2011 er det tre forskjeller som er statistisk signifikante ( $p \leq 0,050$ ). Alle endringene er positive.

Loddrett lesing av tabellen viser at på indeksen *Bemanning* har to DPS endrete skårer fra 2008 til 2011, og begge endringene er positive. På indeksen *Veiledning* har ett DPS høyere skår. På de øvrige indeksene er det ingen endring i skårene som er oppgitt.

Vannrett lesing av tabellen viser at Mo i Rana og Lofoten har statistisk signifikant og positiv endring på *Bemanning*. Salten har positiv endring i skåren på *Veiledning*.



---

# Avsluttende kommentarer

Bildet som fastlegenes svar ga av DPS-ene i 2011 viser at det mangler en del på at sentrene i alminnelighet innfrir forventningene som fastleger og helsemyndigheter har til dem. Variasjonen viser at sett fra fastlegens ståsted gjør noen DPS det bra og andre mindre bra, altså er det geografiske forskjeller i tilbudet til befolkningen. På den andre siden viser variasjonen at noen DPS har funnet gode løsninger som kan tas i bruk av andre for å forbedre tjenestene.

Hovedbildet er at det har vært en positiv utvikling på mange områder, sett fra fastlegenes ståsted. Størst forbedring siden 2008 er det i fastlegenes svar angående støtten de får fra DPS i akutte situasjoner og på deres vurdering av bemanningen ved DPS-ene. Det er verdt å bemerke at det ikke er forbedring i fastlegenes opplevelse av ventetid før utredning/behandling fra 2008 til 2011, verken på RHF-, foretaks- eller DPS-nivå.

*Veiledning* er indeksen som har fått lavest skår i alle de tre undersøkelsene som er gjennomført, men også viser den største framgangen siden 2006. Av den grunnen kan det være spesielt relevant å vurdere tiltak som styrker veiledningsfunksjonen. DPS Vinderen har hatt gode resultater på dette området i alle undersøkelsene og lar til å ha funnet en levedyktig, god modell for å løse denne viktige oppgaven(19). Ved publisering av resultater etter undersøkelsen i 2006 sto DPS Hamar i startgruppa med et prosjekt hvor målet var å styrke samarbeid og veiledning overfor fastleger i deler av sitt opptaksområde. DPS-et ga tilbud om veiledningsmøter fire ganger årlig, 30 minutters avtalt telefonliggjengelighet for fastleger og kommunale samarbeidspartnere, 2-4 temamøter for fastleger årlig og mer vekt på skriftlige råd om oppfølging og tiltak ved utskrivning eller avvisning av pasienter. I en studie ble resultatene fra 2006 og 2008 fra fastlegene i det aktuelle opptaksområdet og en kontrollgruppe fulgt opp og sammenliknet. Ut fra denne studiens funn kan en si at forbedringstiltakene og spørreskjemaet bekrefter hverandre. Forbedrete resultater bekrefter effekten av tiltakene, og den store forbedringen av indeksen *Veiledning*, og den alene, bekrefter følsomheten i resultatene som blir framskaffet ved hjelp av spørreskjemaet (15).

Rapporten har gjengitt fastlegenes vurderinger av, for dem, sentrale områder i DPS-enes virksomhet. Svarene som er gitt kan være påvirket av andre fenomen enn DPS-enes faktiske ytelser, for eksempel DPS-enes generelle omdømme eller fastlegenes

individuelle faglige engasjement i psykisk helsevern. Ikke desto mindre er fastlegenes vurderinger et viktig premiss for graden av og kvaliteten på samhandlingen mellom helsetjenestenivåene. Rapportens innhold bør inngå som et viktig supplement til annen informasjon om DPS-enes ytelser, så som kliniske resultater, egenvurderinger eller produktivitet.

Etter planen vil denne undersøkelsen gjennomføres neste gang i 2014.

---

# Referanser

1. Holte T, Groven G, Bjertnaes OA, Garratt AM. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra. Utvikling av spørreskjema og innsamlingsopplegg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. (PasOpp-rapport nr 07).
2. Groven G, Bjertnaes OA, Holmboe O, Damgaard K. Fastlegers vurderinger av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2008 og utvikling fra 2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (PasOpp-rapport nr 02).
3. Holmboe O, Helgeland J. Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. (PasOpp-rapport nr 01).
4. Bjertnaes OA, Garratt A, Iversen H, Ruud T. The association between GP and patient ratings of quality of care at outpatient clinics. *Fam Pract* 2009;26(5):384-90.
5. Sosial- og helsedirektoratet. -og bedre skal det bli! : en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
6. Sosial- og helsedirektoratet. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. (IS-1388).
7. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assess* 2001;5(31):1-256.
8. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6(32):1-244.
9. Bjertnaes OA, Garratt A, Nessa J. The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services. *Fam Pract* 2007;24(4):336-42.
10. Garratt A, Bjertnaes OA, Krogstad U, Gulbrandsen P. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2005;14(6):433-7.

11. Garratt A, Danielsen K, Bjertnaes OA, Ruud T. PasOpp - en metode for å måle brukererfaringer i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006;126(11):1478-80.
12. Garratt A, Bjorngaard JH, Dahle KA, Bjertnaes OA, Saunes IS, Ruud T. The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nord J Psychiatry* 2006;60(2):89-96.
13. Garratt A, Bjertnaes OA, Barlinn J. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. *Acta Paediatr* 2007;96(2):246-52.
14. Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes OA, Bjornsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand J Public Health* 2007;35(5):540-7.
15. Bjertnaes OA, Nieland A, Damerell E, Garratt A. General practitioners' evaluation of community psychiatric services: responsiveness to change of the General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ). *BMC Health Serv Res* 2010;10:108.
16. Bjertnaes OA, Garratt A, Ruud T, Hunskaar S. The General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ): validity and reliability following the inclusion of new accessibility items. *Fam Pract* 2010;27(5):513-9.
17. Bjertnaes OA, Garratt A, Botten G. Nonresponse bias and cost-effectiveness in a Norwegian survey of family physicians. *Eval Health Prof* 2008;31(1):65-80.
18. Westfall PH. Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations. *Journal of the American Statistical Association* 1997;92(437):299-306.
19. Ekern P, Bjertnaes OA, Berge T, Sjetne IS. Samarbeid i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2012;(9):1063.

---

# Vedlegg

---

## Vedlegg 1. Spørreskjema i 2011-undersøkelsen

---

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

Vinter 2011

## 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 voksen-psykiatriske tjenester i området der legekantoret 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 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):

- |                         |   |   |  |  |
|-------------------------|---|---|--|--|
| <b>Helse Sør-Øst</b>    | <input type="checkbox"/> Alna DPS                           | <input type="checkbox"/> Hamar DPS                          | <input type="checkbox"/> Moss DPS                                      | <input type="checkbox"/> Strømme DPS (tidl. Lovisenlund/Mandal)                |
|                         | <input type="checkbox"/> Aust-Agder DPS                     | <input type="checkbox"/> Jessheim DPS                       | <input type="checkbox"/> Nordre Vestfold DPS                           | <input type="checkbox"/> Søndre Oslo DPS                                       |
|                         | <input type="checkbox"/> Drammen DPS                        | <input type="checkbox"/> Josefinegate DPS                   | <input type="checkbox"/> Notodden og Seljord DPS                       | <input type="checkbox"/> Søndre Vestfold DPS                                   |
|                         | <input type="checkbox"/> Edwin Ruud DPS                     | <input type="checkbox"/> Kongsberg DPS                      | <input type="checkbox"/> Porsgrunn DPS                                 | <input type="checkbox"/> Tynset DPS  |
|                         | <input type="checkbox"/> Follo DPS                          | <input type="checkbox"/> Kongsvinger DPS                    | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk senter Asker                      | <input type="checkbox"/> Tøyen DPS   |
|                         | <input type="checkbox"/> Fredrikstad DPS                    | <input type="checkbox"/> Lillehammer DPS                    | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk senter Bærum                      | <input type="checkbox"/> Vestmar DPS   |
|                         | <input type="checkbox"/> Gjøvik DPS                         | <input type="checkbox"/> Lillestrøm DPS                     | <input type="checkbox"/> Ringerike DPS                                 | <input type="checkbox"/> Vindern DPS   |
|                         | <input type="checkbox"/> Grorud DPS                         | <input type="checkbox"/> Lister DPS                         | <input type="checkbox"/> Skien DPS                                     |  |
|                         | <input type="checkbox"/> Halden/Sarpsborg DPS               | <input type="checkbox"/> Lovisenberg DPS                    | <input type="checkbox"/> Solvang DPS                                   |  |
| <b>Helse Vest</b>       | <input type="checkbox"/> Betanien DPS                       | <input type="checkbox"/> Indre Sogn Psykiatrisenter         | <input type="checkbox"/> Sandnes DPS                                   | <input type="checkbox"/> Psykiatriske klinikk Førde (Sunnfjord/ Ytre Sogn DPS) |
|                         | <input type="checkbox"/> Bjørgvin DPS                       | <input type="checkbox"/> Jæren DPS                          | <input type="checkbox"/> Sola DPS                                      | <input type="checkbox"/> Voss DPS  |
|                         | <input type="checkbox"/> Bjørkeli NKS DPS                   | <input type="checkbox"/> Karmøy DPS                         | <input type="checkbox"/> Solli DPS                                     | <input type="checkbox"/> Øyane DPS   |
|                         | <input type="checkbox"/> Dalane DPS                         | <input type="checkbox"/> Kronstad DPS                       | <input type="checkbox"/> Stavanger DPS                                 |  |
|                         | <input type="checkbox"/> Folgefonn DPS                      | <input type="checkbox"/> Nordfjord Psykiatrisenter          | <input type="checkbox"/> Stord DPS                                     |  |
|                         | <input type="checkbox"/> Haugaland DPS                      | <input type="checkbox"/> Ryfylke DPS                        |  |  |
| <b>Helse Midt-Norge</b> | <input type="checkbox"/> Kristiansund DPS                   | <input type="checkbox"/> Nidaros DPS (tidl. Leistad DPS)    | <input type="checkbox"/> Sykehuset Levanger (gjelder allmennpsykiatri) | <input type="checkbox"/> Ålesund DPS (inkl. Sjøholt og Vegsund)                |
|                         | <input type="checkbox"/> Molde DPS (inkl. Tingvoll og Eide) | <input type="checkbox"/> Orkdal DPS (inkl. Haltdalen)       | <input type="checkbox"/> Tiller DPS                                    |  |
|                         | <input type="checkbox"/> Namsos DPS (inkl. Kolvereid)       | <input type="checkbox"/> Stjørdal DPS                       | <input type="checkbox"/> Volda DPS                                     |  |
| <b>Helse Nord</b>       | <input type="checkbox"/> Lofoten DPS                        | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk senter Tromsø og omegn | <input type="checkbox"/> Senter for psykisk helse Midt-Troms           | <input type="checkbox"/> Senter for psykisk helse Sør-Troms                    |
|                         | <input type="checkbox"/> Midt-Finnmark DPS/SANKS            | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk senter Ytre-Helgeland  | <input type="checkbox"/> Senter for psykisk helse Nord-Troms           | <input type="checkbox"/> Vest-Finnmark DPS                                     |
|                         | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk senter Mo i Rana       | <input type="checkbox"/> Salten DPS                         | <input type="checkbox"/> Senter for psykisk helse Ofoten               | <input type="checkbox"/> Vesterålen DPS  |
|                         | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk senter Mosjøen         |   |  | <input type="checkbox"/> Øst-Finnmark DPS                                      |

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

## 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"/>

## Akutte situasjoner

I hvilken grad...	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
3. 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"/>
4. 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"/>

## Epikriser

I hvilken grad...	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
5. 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"/>
6. 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"/>
7. 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
8. 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"/>
9. får du gode faglige råd fra fagfolkene ved DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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"/>
11. 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"/>

## Veiledning

I hvilken grad...	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
12. har du/dere samarbeidsmøter med DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager med god kvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 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"/>

## Bemanning

I hvilken grad...		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
15. opplever du at DPSet får besatt viktige faglige stillinger?	⊥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. opplever du at det er god legedekning ved DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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"/>
18. 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"/> ⊥

## Tilgjengelighet ved DPSet

I hvilken grad...		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
19. synes du at pasienter må vente lenge på svar på henvisninger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. avviser DPSet pasienter du har henvist?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. får du tilfredsstillende begrunnelser når henvisninger blir avvist?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aldri avvist
22. opplever du at DPSet tar dine vurderinger av pasientens lidelse/situasjon på alvor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad...	⊥	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
23. opplever du at pasienter som blir mottatt må vente lenge før utredningen starter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. opplever du at pasienter som blir mottatt må vente lenge før behandlingen starter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad...		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
25. 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"/>
26. 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"/>

## Avsluttende spørsmål

		Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både/og	Ganske fornøyd	Svært fornøyd
27. Alt i alt, hvor misfornøyd eller fornøyd er du med samarbeidet med DPSet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊥		Mye dårligere	Litt dårligere	Omtrent som før	Litt bedre	Mye bedre
28. Alt i alt, synes du DPSet har blitt dårligere eller bedre de siste 2 - 3 årene?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke/ikke aktuelt



## Avsluttende spørsmål, forts.

- |   |   |   |  |   |   |  |
|---|---|---|--|---|---|--|
| 29.   | Hvor god eller dårlig er din kjennskap til DPSet du har vurdert?  | Svært god<br><input type="checkbox"/>     | Ganske god<br><input type="checkbox"/>     | Både/og<br><input type="checkbox"/>                 | Ganske dårlig<br><input type="checkbox"/>       | Svært dårlig<br><input type="checkbox"/> |
| ⊥   |   |   |  |   |   |  |
| 30.   | Hva slags tjeneste(r) ved DPSet har du primært hatt i tankene når du har svart på spørreskjemaet (du kan sette flere kryss)?                | Døgn-avdeling<br><input type="checkbox"/> | Dag-tilbud<br><input type="checkbox"/>     | Poliklinikk<br><input type="checkbox"/>             | Ambulante team<br><input type="checkbox"/>      | ⊥  |
| 31.   | Har det skjedd spesielt negative hendelser med dine pasienter som du mener DPSet kunne forhindre?   | Nei, aldri<br><input type="checkbox"/>    | Ja, én gang<br><input type="checkbox"/>    | Ja, noen ganger<br><input type="checkbox"/>         | Ja, mange ganger<br><input type="checkbox"/>    |  |
| 32.   | Etter din vurdering, har DPSet gitt noen av dine pasienter feil medisin eller på annen måte gjort medisinrelaterte feil med dine pasienter? | Nei<br><input type="checkbox"/>           | Ja, én pasient<br><input type="checkbox"/> | Ja, noen pasienter<br><input type="checkbox"/>      | Ja, mange pasienter<br><input type="checkbox"/> | Vet ikke<br><input type="checkbox"/>     |
| 33.   | Etter din vurdering, har noen av dine pasienter blitt utsatt for andre feil ved DPSet?  | Nei<br><input type="checkbox"/>           | Ja, én pasient<br><input type="checkbox"/> | Ja, noen pasienter<br><input type="checkbox"/>      | Ja, mange pasienter<br><input type="checkbox"/> | Vet ikke<br><input type="checkbox"/>     |
| ⊥   |   |   |  |   |   |  |
| <b>Er du uenig eller enig i følgende påstand:</b> |   |   |  |   |   |  |
| 34.   | Jeg har generelt gode erfaringer med psykisk helsevern.   | Helt uenig<br><input type="checkbox"/>    | Litt uenig<br><input type="checkbox"/>     | Verken enig eller uenig<br><input type="checkbox"/> | Litt enig<br><input type="checkbox"/>           | Helt enig<br><input type="checkbox"/>    |
| 35.   | Har du forslag til forbedringstiltak for DPSet?   | Ja<br><input type="checkbox"/>            | Nei<br><input type="checkbox"/>            |   |   | ⊥  |

Hvis Ja, fint om du skriver forslagene nedenfor:

### Forslag til forbedringstiltak:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Vedlegg 2. Svarfordelinger nasjonalt

Uansett hvordan spørsmålene og svaralternativene er formulert i spørreskjemaet, er negative svar oppgitt i kolonnene til venstre og positive svar i kolonnene til høyre.

Spørsmål	Antall svar		Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både-og	Ganske fornøyd	Svært fornøyd
2 alt i alt fornøyd med DPSet	2007	Antall	78	331	673	805	120
		Prosent	3,9	16,5	33,5	40,1	6,0
			Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
3 oppnår kontakt i akutte situasjoner	1992	Antall	54	427	742	680	89
		Prosent	2,7	21,4	37,2	34,1	4,5
4 får hjelp i akutte situasjoner	1969	Antall	103	428	766	573	99
		Prosent	5,2	21,7	38,9	29,1	5,0
5 epikrisene har god kvalitet	1998	Antall	33	162	683	1004	116
		Prosent	1,7	8,1	34,2	50,3	5,8
6 epikrisene inneholder oppfølgingsplan	1999	Antall	52	382	857	649	59
		Prosent	2,6	19,1	42,9	32,5	3,0
7 mottar epikrisene raskt	1990	Antall	134	503	730	580	43
		Prosent	6,7	25,3	36,7	29,1	2,2
8 DPSet har god fagkompetanse	1997	Antall	13	200	682	973	129
		Prosent	0,7	10,0	34,2	48,7	6,5
9 får gode faglige råd	1995	Antall	65	348	800	668	114
		Prosent	3,3	17,4	40,1	33,5	5,7
10 pas.fått nødvendig hjelp ved overføring primærh.tj..	1988	Antall	28	273	1009	634	44
		Prosent	1,4	13,7	50,8	31,9	2,2
11 DPSetts fagpersoner samarbeider godt	1937	Antall	51	306	814	681	85
		Prosent	2,6	15,8	42,0	35,2	4,4
12 har samarbeidsmøter med DPSet	2003	Antall	568	587	543	232	73
		Prosent	28,4	29,3	27,1	11,6	3,6
13 DPSet tilbyr organisert veiledning og fagdager	1973	Antall	590	700	472	164	47
		Prosent	29,9	35,5	23,9	8,3	2,4
14 får nødvendig støtte fra DPSet til egen pas.behandl.	1988	Antall	191	629	736	380	52
		Prosent	9,6	31,6	37,0	19,1	2,6
15 DPSet får besatt viktige faglige stillinger	1857	Antall	73	469	871	418	26
		Prosent	3,9	25,3	46,9	22,5	1,4
16 DPSet har god legedekning	1909	Antall	164	701	686	330	28
		Prosent	8,6	36,7	35,9	17,3	1,5
17 DPSet har stabilitet i de faglige lederstillingene	1835	Antall	107	434	741	495	58
		Prosent	5,8	23,7	40,4	27,0	3,2
18 DPSet har generelt stabilitet i fagstillinger	1841	Antall	85	445	825	453	33
		Prosent	4,6	24,2	44,8	24,6	1,8
19 pasienter må vente på svar på henvisninger	1998	Antall	158	563	791	456	30
		Prosent	7,9	28,2	39,6	22,8	1,5
20 DPSet avviser henviste pasienter	2005	Antall	130	279	784	710	102
		Prosent	6,5	13,9	39,1	35,4	5,1
21 tilfredsstillende begrunnelse ved avvisning	1853	Antall	82	561	708	454	48
		Prosent	4,4	30,3	38,2	24,5	2,6

Spørsmål	Antall svar						
			Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
22 DPSet tar vurderinger på alvor	2006	Antall	45	227	695	924	115
		Prosent	2,2	11,3	34,6	46,1	5,7
23 ventetid før utredning	1997	Antall	161	620	859	336	21
		Prosent	8,1	31,0	43,0	16,8	1,1
24 ventetid før behandling	1969	Antall	155	521	871	403	19
		Prosent	7,9	26,5	44,2	20,5	1,0
25 oppnår kontakt ved behov for råd	1995	Antall	32	276	749	834	104
		Prosent	1,6	13,8	37,5	41,8	5,2
26 DPSet gir tilbakemelding underveis	1991	Antall	278	807	650	233	23
		Prosent	14,0	40,5	32,6	11,7	1,2
27 Alt i alt fornøyd med samarbeidet med DPSet	2004	Antall	118	380	629	720	157
		Prosent	5,9	19,0	31,4	35,9	7,8
			Mye dårligere	Litt dårligere	Omtrent som før	Litt bedre	Mye bedre
28 Alt i alt, DPSet dårligere - bedre siste 2-3 år	1789	Antall	87	221	714	606	161
		Prosent	4,9	12,4	39,9	33,9	9,0
29 kjennskap til DPSet som er vurdert	1998	Antall	12	118	508	1121	239
		Prosent	0,6	5,9	25,4	56,1	12,0
			Svært dårlig	Ganske dårlig	Både-og	Ganske god	Svært god
30a har vurdert døgnavdeling		Antall	668				
		Prosent	33,1				
30b har vurdert dagtilbud		Antall	415				
		Prosent	20,5				
30c har vurdert poliklinikk		Antall	1918				
		Prosent	95,0				
30d har vurdert ambulante team		Antall	597				
		Prosent	29,6				
31 negative hendelser som DPSet kunne forhindre	1928	Antall	25	417	307	1179	
		Prosent	1,3	21,6	15,9	61,2	
32 legemiddelfeil ved DPSet	1583	Antall	2	118	115	1348	
		Prosent	0,1	7,5	7,3	85,2	
33 andre feil ved DPSet	1476	Antall	10	216	121	1129	
		Prosent	0,7	14,6	8,2	76,5	
34 har generelt gode erfaringer med psykisk helsevern	1982	Antall	171	422	429	686	274
		Prosent	8,6	21,3	21,6	34,6	13,8
			Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig

---

### **Vedlegg 3. Takk til bidragsyttere**

---

Takk til alle fastleger som ved å besvare spørreskjemaet har bidratt til evaluering av en viktig funksjon innen spesialisthelsetjenesten.

Takk til følgende personer ved Kunnskapssenteret for deres uunnværlige bidrag i undersøkelsen:

**Tomislav Dimoski** for ledelse av de tekniske sidene ved datainnsamlingen.

**Saga Høgheim** og **Marit Skarpaas** for å ha ivaretatt de administrative oppgavene i prosjektet.

**Ulla Funder** og **Sinan Akbas** for å ha deltatt i datainnsamlingen.

**Kathrine Damgaard** og **Jon Helgeland** for bistand i statistikkprogrammet R.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavsplass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

Rapport: ISBN 978-82-8121-491-0 ISSN 1890-1565

## PasOpp nr 6–2012

 **kunnskapssenteret**  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Om PasOpp undersøkelser:** Endringer i helsetjenesten i den senere tiden innebærer at det blir lagt større 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

**Metode:** Postal spørreskjemaundersøkelse

**Undersøkelsesperiode:** Januar til juni 2011

**Bruttoutvalg:** 4109

**Svarprosent:** 49,2