

# Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra

## Utvikling av spørreskjema og innsamlingsopplegg

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 7 – 2006 (PasOpp-rapport)



Tittel	Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra. Utvikling av spørreskjema og innsamlingsopplegg.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Therese Opsahl Holte, Gøril Groven, Hilde Iversen, Øyvind Andresen Bjertnæs, Andrew Garratt
ISBN	82-8121-093-1
ISSN	1890-1565
Rapport	Nr 7 – 2006
Prosjektnummer	271
Antall sider	46
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

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

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, juni 2006

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	<i>Bakgrunn, avgrensning og målsetning</i> .....	1
1.2	<i>Hovedaktiviteter i prosjektet og oppbygning av rapporten</i> .....	1
1.3	<i>Organisering av prosjektet</i> .....	2
1.4	<i>De distriktpsikiatriske sentrene og fastlegene</i> .....	3
<b>2</b>	<b>Utvikling av spørreskjema</b> .....	<b>4</b>
2.1	<i>Litteratursøk</i> .....	4
2.2	<i>Kvalitative intervjuer med fastleger</i> .....	5
2.3	<i>Hvilke tema bør måles?</i> .....	5
2.4	<i>Første versjon av spørreskjemaet</i> .....	8
<b>3</b>	<b>Pilotundersøkelse</b> .....	<b>10</b>
3.1	<i>Praktisk gjennomføring</i> .....	10
3.2	<i>Svarprosent og andel missing</i> .....	11
3.3	<i>Faktoranalyse</i> .....	11
3.4	<i>Kvalitative tilbakemeldinger fra pilotspørreskjemaene</i> .....	12
3.5	<i>Oppsummering</i> .....	13
<b>4</b>	<b>Innsamlingsmetode – nasjonal undersøkelse</b> .....	<b>14</b>
4.1	<i>Populasjon og utvalg</i> .....	14
4.2	<i>Telefonintervju eller selvutfylling?</i> .....	14
4.3	<i>Praktisk gjennomføring</i> .....	15
4.4	<i>Rekrutteringsstrategi</i> .....	15
4.5	<i>Test-retest: Stabilitet i målingene av fastlegenes erfaringer?</i> .....	16
<b>5</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>17</b>
	<b>Vedlegg A: Kvalitative intervjuer</b> .....	<b>20</b>
	<i>Rekruttering og respons</i> .....	20
	<i>Utvalg</i> .....	21
	<i>Gjennomføring</i> .....	21
	<i>Analyse</i> .....	22
	<i>Rekrutteringsbrev til fastlegene</i> .....	28
	<i>Intervjuguide kvalitative intervjuer</i> .....	29
	<i>Skjema – viktige aspekter ved DPS</i> .....	30
	<b>Vedlegg B: Fritekstkommentarer, pilotundersøkelsen</b> .....	<b>33</b>
	<b>Vedlegg C: Spørreskjema i pilotundersøkelsen</b> .....	<b>36</b>
	<b>Vedlegg D: Informasjonsbrev til DPS-ansatte om pilotundersøkelsen</b> .....	<b>40</b>
	<b>Vedlegg E: Følg brev til spørreskjemaet i pilotundersøkelsen</b> .....	<b>41</b>
	<b>Vedlegg F: Spørreskjema i nasjonal undersøkelse</b> .....	<b>43</b>



# 1 Innledning

---

## 1.1 BAKGRUNN, AVGRENSNING OG MÅLSETNING

---

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at "tilfredshet hos samarbeidspartnere" skal være en ny kvalitetsindikator innen psykisk helsevern. På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten påtatt seg å utvikle og gjennomføre et undersøkelsesopplegg som kan danne grunnlaget for denne kvalitetsindikatoren. Kunnskapssenteret har ansvaret for de nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene (PasOpp), og ser "tilfredshet hos samarbeidspartnere" som et nyttig supplement til pasienterfaringsundersøkelsene. Kunnskapssenteret har i første omgang avgrenset prosjektet til å gjelde fastlegenes evaluering av de distriktpsykiatriske sentrene (DPSene). Prosjektet begrenses ytterligere til det psykiske helsevernet for voksne i Norge.

Hovedmålsetningen med denne rapporten er å beskrive utvikling og validering av et måleinstrument og en innsamlingsmetode som kan anvendes for å måle fastlegenes evaluering av samarbeidet med og kvaliteten ved de distriktpsykiatriske sentrene. Hovedaktivitetene i prosessen er beskrevet i kap.1.2.

Måleinstrumentet og innsamlingsmetoden som skisseres i denne rapporten ble benyttet i en nasjonal kartlegging i januar – mars 2006.

---

## 1.2 HOVEDAKTIVITETER I PROSJEKTET OG OPPBYGNING AV RAPPORTEN

---

I tabellen nedenfor viser vi hovedaktivitetene i prosjektet, hva som er målsetningen med disse og hvordan rapporten er bygget opp.

Aktivitet	Mål	Kap. i rapporten
Litteraturgjennomgang	Identifisere spørreskjema, innholdsvaliditet	Kap. 2
Kvalitative intervjuer med fastleger	Innholdsvaliditet i spørreskjema	Kap. 2 + vedlegg A
Pilotundersøkelse	Datakvalitet, reliabilitet, begrepsvaliditet og innsamlingsmetode	Kap. 3 + 4
Referansegruppemøter	Innholdsvaliditet og faglig-metodiske spørsmål	Beskrevet flere steder

I litteraturgjennomgangen forsøker vi å finne validerte måleinstrumenter, se kap. 2. Vi gjorde 13 kvalitative intervjuer med fastleger og 3 gruppeintervjuer, se kap 2 og vedlegg A. Målsetningen med både litteraturgjennomgang og kvalitative intervjuer var å sikre innholdsvaliditeten til spørreskjemaet. Vi benyttet referansegruppen for å sikre innholdsvaliditeten og for å diskutere faglig-metodiske spørsmål. Målsetningen med pilotundersøkelsen var å sjekke datakvalitet, reliabilitet og begrepsvaliditet i spørreskjemaet, se kap. 3. I tillegg inneholder rapporten et kap. 4 hvor vi ser nærmere på andre metodiske problemstillinger vedrørende innsamlingsmetode. Alle problemstillinger ble diskutert i referansegruppen for utviklingsprosjektet.

---

### 1.3 ORGANISERING AV PROSJEKTET

---

Fra Kunnskapssenteret har følgende personer vært involvert i utviklingsprosjektet: Hilde Iversen, Gøril Groven, Øyvind Andresen Bjertnæs, Andrew Garratt, Therese Opsahl Holte, Reidun Skårerhøgda, Saga Høgheim, Olaf Holmboe og Tomislav Dimoski (IT-ansvarlig).

Spørreskjemaet og innsamlingsopplegg er utviklet i samarbeid med en referansegruppe med fagfolk fra praksisfeltet. Referansegruppa har hatt to møter og bestod av følgende personer:

- Ola Marstein (Psykiater, Ryen DPS. Styret i Norsk psykiatrisk forening)
- Liv Bech Johannesen (Psykiatrisk sykepleier, Tøyen DPS)
- Jan Emil Kristoffersen (Fastlege. Leder i Apf)
- John Nessa (Kommunelege i Hjelmeland)
- Ingmar Clausen (Psykiater. Leder Sykehuset Østfold HF Psykiatrisk divisjon)
- Ragnhild Aarrestad (Psykiater, DPS Seljord)
- Torleif Ruud (Psykiater og forskningssjef, Sintef Helse)
- Trygve Deraas (Fastlege og praksiskonsulent, Tromsø. NSAM)
- Ole-André Skalstad (Fastlege, NSAM)
- Jesper Blinkenberg (Fastlege, NSAM)
- Manjit Kaur Sirpal (Fastlege i Drammen. NSAM)
- Arne Repål (Psykolog, Fagsjef Psykiatrien i Vestfold HF).

På det første møtet ble gruppa presentert for utviklings- og forskningsmetodikken som ligger til grunn for spørreskjemakonstruksjon og for hovedfunnene i litteraturgjennomgang og kvalitative intervjuer. Gruppa fikk deretter studere en førsteversjon av spørreskjema og komme med tilbakemeldinger og endringsforslag. Gruppa fikk også høre om rekrutteringsstrategi og kom med innspill til denne.

På det andre møtet fikk referansegruppa presentert resultater av pilotundersøkelsen som ble gjennomført i samarbeid med Sørlandet Sykehus HF, og kom med kommentarer. Deretter diskuterte vi endelig utforming av spørreskjemaet og rekrutteringsstrategi i forhold til den nasjonale gjennomføringen.

---

## 1.4 DE DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRENE OG FASTLEGENE

---

De distriktpspsykiatriske sentrene er faglig selvstendige enheter med ansvar for en vesentlig del av allmennpsykiatriske tjenester innen et geografisk opptaksområde. DPSene skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse (Statens helsetilsyn Veiledningsserien 1:2001). Det er imidlertid stor variasjon rundt i landet når det gjelder hva de enkelte DPSer har av bemanning, kompetanse og tilbud.

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

Fastlegen er en av de viktigste samarbeidspartnerne for DPSene innen kommunen. Pr september 2005 hadde vi 3765 fastleger i Norge; 1141 kvinner og 2624 menn ([www.trygdeetaten.no](http://www.trygdeetaten.no)).

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

90 % av alle pasienter med psykiske lidelser får hjelp av en fastlege (Legeforeningens Statusrapport 2004). Ca 5 % av disse pasientene henvises til annenlinjetjenesten. Pasienter med psykiske lidelser er en mangefarget gruppe. Det betyr at denne pasientgruppa krever en differensiert kompetanse fra fastlegens side. Mange fastleger vil derfor trenge rådgivning og kompetanse fra samarbeidspartnerne innen desentralisert psykisk helsevern.

---

## 2 Utvikling av spørreskjema

---

### 2.1 LITTERATURSØK

---

Hensikten med litteraturgjennomgangen var for det første å finne ut om det finnes metodiske redskap som intervjuguiden eller spørreskjemaer (helst validerte) som kunne være relevante å dra veksler på ved utviklingen av vårt spørreskjema. Vi ønsket også å finne aktuelle temaer til spørreskjemaet.

Vi har gjennomført litteratursøk i Google med følgende søkeord på norske nettsider: fastlege/fastlegeordning, DPS, primær- og spesialisthelsetjenesten, 1. og 2. linjetjeneste, samhandling, evaluering, samarbeid, tilfredshet, kvalitet, kvalitetsindikator. For å finne internasjonal litteratur har vi søkt i OVID/MEDLINE med følgende søkeord: general practitioner, gp, community psychiatry, primary and secondary care, physician, specialist, hospital, the interface between, interaction, cooperation, relationship, professional relations, satisfaction, quality, quality indicator. Samarbeid mellom fastleger og DPS er selvsagt mest relevant, men for å finne overførbar informasjon inkluderer søket også andre samarbeidsrelasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Resultatet av litteratursøket finnes i referanselisten. Vi fant ingen validerte måleinstrumenter som passer direkte til vårt formål. Vi fant to relevante norske spørreskjemaer, et utviklet ved Notodden DPS i 2002 og et utviklet av Torleif Ruud ved Sintef i 2003. Vi har imidlertid ikke kunnet identifisere vitenskapelige artikler som beskriver hvordan disse spørreskjemaene er utviklet eller validert. Disse to spørreskjemaene er likevel trukket med i prosessen med å utvikle spørreskjemaet.

Den mest aktuelle artikkelen vi har funnet er en tysk artikkel skrevet av Spiessl & Cording (2000). Denne artikkelen handler om samarbeidet mellom allmennleger og psykiatere i sykehus. Den inkluderer sammendrag av andre studier samt en egen studie med kvalitative intervjuer av psykiatere og allmennpraktikere.

Mangelen på validerte måleinstrumenter gjorde at vi gjennomførte kvalitative intervjuer med fastleger for å finne aktuelle temaer. Dette er beskrevet i neste avsnitt.



---

## 2.2 KVALITATIVE INTERVJUER MED FASTLEGER

---

Som ledd i utviklingen av spørreskjemaet, gjennomførte vi kvalitative intervjuer med fastleger i august og september 2005. Vi gjennomførte 13 intervjuer og tre gruppeintervjuer. Se vedlegg A for nærmere beskrivelse av utvalg og metode, samt analyse.

Hensikten med intervjuene var å få innsikt i hva fastlegene vurderer som sentralt for at et DPS skal fungere etter hensikten, og hva de opplever som avgjørende for et godt samarbeid med DPS. Vi tok utgangspunkt i fastlegenes egne erfaringer med ett eller flere DPS, og forfulgte de temaene som dukket opp.

De kvalitative intervjuene pekte spesielt ut følgende behov hos fastlegene:

- Behovet for en tilgjengelig spesialistkompetanse med respekt for fastlegens vurderinger
- Behovet for en tilgjengelig akuttberedskap med lav terskel for kontakt
- Behovet for tilbakemeldinger underveis i behandlingen hos DPS
- Behovet for gode, kortfattede epikriser innen rimelig tid
- Behovet for veiledning, råd og støtte i forhold til henviste og ikke henviste pasienter.

I intervjuene ba vi også fastlegene angi hva de så på som de tre viktigste aspektene eller forbedringsområdene ved DPS (se vedlegg). Begreper som går igjen på listen er: kapasitet, tilgjengelighet, tilbakemeldinger, samarbeid.

---

## 2.3 HVILKE TEMA BØR MÅLES?

---

Fastlegenes erfaringer med DPSene vil her bli oppfattet som et flerdimensjonelt konsept. Gjennom litteraturstudiene, de kvalitative intervjuene og møter med referansegruppa har vi identifisert følgende temaer eller dimensjoner som vi mener bør inngå i en spørreundersøkelse der fastleger evaluerer DPSene:

- Tilgjengelighet og kapasitet
- Bemanning og kompetanse
- Informasjon og kommunikasjon
- Samarbeid og veiledning.

I det følgende går vi gjennom hvert av temaene.

### 2.3.1 Tilgjengelighet og kapasitet

DPSenes tilgjengelighet og DPSenes kapasitet til å ta imot de pasientene som fastlegene henviser er et svært sentralt tema. Det ligger i DPSens rolle innenfor spesialisthelsetjenesten at tilgjengelighet og samarbeid med primærhelsetjenesten skal stå sentralt (Statens Helsetilsyn 2001).

I en kvalitativ undersøkelse gjennomført av Sintef i perioden 2003-2005 identifiserte man visse barrierer for samarbeid mellom fastlegene og det psykiske helsevernet (Ådnanes et al., in press). Det eksisterte for eksempel en slags taus gjensidig forståelse hos partene om at fastlegen har det travelt og ikke skal involveres for mye. Det eksisterte også en felles forståelse av at spesialisthelsetjenesten ikke har kapasitet til å ta inn pasienter og er vanskelig tilgjengelig for drøfting.

Manglende kapasitet ved DPS i form av ventetider og avslag på henvisninger er et stort tema blant mange av de fastlegene vi har intervjuet (se vedlegg). Sintefs funn bekreftes til en viss grad ved at en del av informantene viser forståelse for at noen av DPSene er "sårbare" og at de dermed både har dårlig kapasitet og kan være vanskelig tilgjengelige. Informantene peker også på at fastlegene har det svært travelt og at langt fra alle prioriterer tid til samarbeid og kommunikasjon med DPS.

Intervjuene våre tyder på at det er stor variasjon mellom DPSene når det gjelder tilgjengelighet og kapasitet. Flere fastleger vi intervjuet opplevde sitt DPS som tilgjengelig for både pasienter og fastleger. Andre var sterkt kritiske til det de opplevde som meget dårlig kapasitet og dårlig tilgjengelighet. Flere ønsket at de distriktspsykiatriske sentrene hadde  *vurderingsplikt på henviste pasienter*. De ønsket også at det var lett å få tak i behandlerne på telefonen, og en lavere terskel for å kunne ta kontakt.

### 2.3.2 Informasjon og kommunikasjon

Temaene informasjon og kommunikasjon viser seg å ha en naturlig plass i et spørreskjema om fastlegenes erfaringer med DPSene.

Spiessl og Cording har gjennomført en intervjuundersøkelse med fastleger i Tyskland om deres tilfredshet med psykiatriske sykehus (Spiessl & Cording 2000). De finner at kommunikasjon er det temaet som oftest kommer opp i intervjuene. Regelmessig pasientrelatert informasjonsutveksling er noe av det viktigste for fastlegene i deres undersøkelse. Epikrisen er spesielt viktig; epikrisen bør komme raskt og være god, kortfattet, oversiktlig og inneholde relevant informasjon om videre behandling. Andre punkter som kommer opp under kommunikasjon er blant annet det å ha en kontaktperson man kjenner og at denne kontaktpersonen er telefonisk tilgjengelig i arbeidstiden.

Spiessl og Cording finner dessuten at fastleger i rurale strøk er enda mer opptatt av kommunikasjonsaspektet enn kollegaene i byen.

Vår egen intervjuundersøkelse bekrefter i stor grad funnene som er beskrevet ovenfor (se vedlegg). Informantene er opptatt av at DPS gir tilbakemelding til fastlegen underveis i pasientbehandlingen. Pasientene kommer ofte til fastlegen sin parallelt med den polikliniske behandlingen, og for at fastlegen skal kunne utføre jobben sin skikkelig trenger han/hun å vite hva som skjer. Fastlegene ønsker å være forberedt når pasienten dukker opp på legekontoret. De ønsker ikke at pasienten skal være den eneste kilden til informasjon om behandlingen ved DPS. De ønsker informasjon utover det de får til slutt i epikrisen.

Epikrisen kommer opp som tema i alle intervjuene våre. Svar på henvisning og epikrise utgjør et minimum av forventet kontakt med DPS. Generelt uttrykker fastlegene lavere forventninger til epikrisene fra psykiatrien enn til epikrisene fra somatikken, men epikrisen er et viktig dokument for fastlegene. De er opptatt av at den kommer så fort som mulig, helst innen et par uker etter utskrivelse. En god epikrise er i følge fastlegen kort, maksimum 1-2 sider. I gruppeintervjuene tematiseres og kritiseres psykiatriens tradisjon for lange epikriser av 10-siders format med mye fortrolig informasjon. Fastlegene ønsker kun nødvendig informasjon, og de er opptatt av at pasientenes konfidensialitet ivaretas. De ønsker en medisinsk-faglig vurdering av diagnose og behandling, og konkrete råd til primærlegen om den videre behandling og oppfølging av pasienten. Fastlegene ønsker også at epikrisen avklarer hvorvidt det er DPS-legen eller fastlegen som skal skrive ut resepter og sykemelding, og hvilken fagperson som fastlegen kan kontakte ved behov for avklaringer.

### **2.3.3 Samarbeid og veiledning**

Samarbeid og veiledning er to andre viktige temaer når det gjelder fastlegenes forhold til DPSene. DPSene er lovpålagt å drive veiledning overfor fastlegene gjennom Loven om Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten som ble innført 1. januar 2001. Instanser innenfor spesialisthelsetjenesten skal veilede instanser innenfor kommunetjenestene, slik at kvaliteten på tjenestene til brukerne blir best mulig.

Når en pasient er under psykisk helsevern, skal den aktuelle institusjonen utarbeide en individuell plan (IP) for pasienten. Gjennomføring av den individuelle planen krever samhandling mellom avdelinger internt i sykehuset, mellom sykehus og DPS, og i forhold til kommunehelsetjenesten, f.eks fastlegen. Dette gjelder både på overordnet administrativt- og ledelsesnivå og på behandlernivå. Et godt og helhetlig tilbud til brukerne innenfor psykisk helsevern forutsetter altså et nært samarbeid mellom tjenester og etater.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006) konkluderes det med at samhandlingen mellom tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten dessverre er mangelfull. Også Helsetilsynet har påpekt de organisatoriske utfordringene knyttet til samhandlingen mellom og innen nivåene, som bl.a. kommer til uttrykk ved utskrivning og overganger mellom tjenestetilbudene (Helsetilsynets Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser 2005).

Behovet for samarbeid og veiledning er også et stort tema i våre intervjuer med fastleger (se vedlegg), selv om individuell plan ikke er et særlig stort tema. De fastlegene som deltar i systematiske møter med DPS er meget fornøyde med møtene. I møtene kan fastlegene få faglige råd og veiledning i forhold til både henviste og ikke-henviste pasienter. Veiledningen kan foregå på individuelt nivå eller på et generelt nivå. Mange snakker om betydningen av at man utvikler en felles faglig forståelse av pasientene.

I møtene kan fastlegene dessuten oppleve et fellesskap, få respekt, forståelse og støtte på det de opplever som vanskelig. Møtene kan imidlertid også være et sted for diskusjoner og forhandlinger mellom fastleger og psykiatere om prioriteringer og dilemmaer.

Gjennom samarbeidsmøtene blir fastlegene kjent med fagfolkene på DPS og med de behandlingstilbudene som DPS-et kan tilby. Når vi ser intervjuene under ett kan det se ut til at det formelle samarbeidet skaper muligheter for et uformelt samarbeid. Når fastlegen blir kjent med fagfolkene på DPS og får tillit til dem, er det i neste omgang lettere å ta en telefon til dem. DPS-folkene blir på sin side mer forpliktet til å være tilgjengelige.

Fastlegene mener at samarbeidsmøtene gjør dem bedre i stand til å skrive gode henvisninger. De hevder også at samarbeidsmøtene reduserer antall henvisninger fra dem.

### **2.3.4 Bemanning og kompetanse**

Temaene bemanning og kompetanse ved DPS er nært knyttet opp mot temaet kapasitet som vi allerede har vært inne på.

Betydningen av å treffe på den rette spesialistkompetansen ved DPS er et gjennomgående tema i intervjuene våre (se vedlegg). De fastlegene som opplever at deres DPS har et stabilt og godt medisinsk/psykologisk fagmiljø er meget fornøyde med sitt DPS.

Fastlegene er opptatt av både kvantitet, kvalitet og stabilitet når det gjelder bemanningen. Først og fremst er de opptatt av at det er nok leger og psykologer ved DPS. Informantene understreker at sosionomer og sykepleiere er viktige yrkesgrupper innad i behandlingsteamene ved DPS. Fastlegene ønsker imidlertid at det er leger og evt psykologene som behandler henvisninger, gjør de første vurderinger av pasienten, bestemmer behandlingsopplegg og ellers står for kommunikasjonen med fastlegene.

Det aller viktigste for fastlegene ser ut til å være stabilitet blant overlegene/psykiaterne. Betydningen av stabilitet og dermed kontinuitet er viktig fordi fastlegene trenger å kjenne og ha tillit til fagmiljøet og de fagpersonene de henviser til.

---

## **2.4 FØRSTE VERSJON AV SPØRRESKJEMAET**

---

Ved utformingen av en første versjon av spørreskjemaet (se vedlegg C) ble antall spørsmål, inndeling av spørsmålene, spørsmålsformulering, svarkategorier og svarskalaer vurdert. Når det gjelder svarskala har vi valgt en 5 punkt svarskala fra "Ikke i det hele tatt" til "I svært stor grad". Denne svarskalaen er den samme som i de siste versjonene av PasOpp-spørreskjemaene.

I første versjon av spørreskjemaet er enkeltpørsmålene inndelt etter pasientforløpet, dvs etter prosessen fra henvisning til behandling til overføring:

- Samlet vurdering (2 spørsmål)
- Tilgjengelighet og henvisning (8 spørsmål)
- Når pasienten er til behandling ved DPS (3 spørsmål)
- Ved overføring til primærhelsetjenesten (4 spørsmål)
- Samarbeid, veiledning og informasjon (4 spørsmål)
- Bemanningssituasjonen (4 spørsmål)
- Forventninger, tidligere erfaringer og behov (7 spørsmål)
- Avsluttende spørsmål (4 spørsmål).

## 3 Pilotundersøkelse

---

### 3.1 PRAKTISK GJENNOMFØRING

---

I november-desember 2005 gjennomførte vi en pilotundersøkelse der den første versjonen av spørreskjemaet (se vedlegg C) ble sendt til fastlegene i begge Agderfylkene. Undersøkelsen ble godkjent av NSD og gjennomført i samarbeid med Helse Sør RHF.

For at fastlegene i Agderfylkene skulle slippe å få et nytt spørreskjema i januar 2006, inngår pilotmaterialet i det totale nasjonale materialet. Følgende fire DPSer i Agderfylkene ble evaluert: DPS Solvang, DPS Lister, DPS Aust-Agder, DPS Lovisenlund/DPS Mandal.

Vi hentet adresser og bakgrunnsvariabler fra Legeforeningen. Legeforeningens liste inneholder navn, adresse, telefonnummer, arbeidssted, telefonnummer til arbeidssted, kjønn, alder, utdanning og spesialitet. Vi sjekket denne listen mot Trygdeetatens lister over fastleger. Trygdeetatens liste er tilgjengelig på internett og er helt oppdatert. Trygdeetatens lister inneholder imidlertid kun navn, arbeidssted og telefonnummer til arbeidsstedet. Vi endte med en liste på 212 fastleger.

Rekrutteringsstrategi og tiltak for å motivere fastlegene til å svare på undersøkelsen, ble diskutert grundig både internt i prosjektgruppen og med de eksterne fagpersonene i referansegruppen. Nærmere redegjørelse for denne diskusjonen og valgene vi gjorde finnes i punkt 4.4.

For å kunne se på effekter av antall og type purringer, ble de 212 fastlegene tilfeldig fordelt i tre ulike purre-grupper:

Gruppe 1: To purringer til kontoradresse.

Gruppe 2: Tre purringer, alle til kontoradresse.

Gruppe 3: Tre purringer, to til kontoradresse og den siste til legens hjemmeadresse.

En tilleggsgruppe, gruppe 4, bestod av de fastlegene som var registrert på Trygdeetatens liste, men som ikke var registrert som medlemmer i Lægeforeningen.

Disse fikk tre purringer, alle til kontoradresse.

Sammen med spørreskjemaet sendte vi ut informasjonsbrev fra Kunnskapsenteret og en oppfordring fra Alment praktiserende lægers forening (ApLf) til fastlegene om å delta. De ansatte ved de fire DPSene fikk informasjon om at undersøkelsen ble gjennomført.

---

### 3.2 SVARPROSENT OG ANDEL MISSING

---

Antall svarere i pilotundersøkelsen (N) var 134. Dette gir en samlet svarprosent på 54,9%. Oversikt over svarprosent i hver gruppe finnes i tabell 1.

Tabell 1: Svarprosent i pilotundersøkelsen, etter gruppe

Gruppe	Svart	Ikke svart	Total
1	33 48,5 %	35 51,5 %	68 100 %
2	46 59,7 %	31 40,3 %	77 100 %
3	40 59,7 %	27 40,3 %	67 100 %
4	15 46,9 %	17 53,1 %	32 100 %
Total	134 54,9 %	110 45,1 %	244 100 %

Vi ser at svarprosenten er vesentlig høyere i gruppe 2 og 3, som ble purert 3 ganger.

Andel missing (manglende svar) på enkeltspørsmål kan si noe om aksept og relevans av spørreskjemaet. Andel missing på spørsmålene i pilotspørreskjemaet varierer mellom 0 og 13 %, noe vi anser er akseptabelt. Det spørsmålet som *alle* fastlegene svarer på er: "Hva er din samlede vurdering av tilbudet som DPS gir til pasienter med psykiske lidelser?" Det spørsmålet som flest fastleger velger å la være å svare på er: "Gir DPS gode grunner når henvisninger blir avvist?"

---

### 3.3 FAKTORANALYSE

---

Faktoranalyse er en variant av dimensjonsanalyse (Hellevik 1991). Variablenes korrelasjon med hverandre sees som uttrykk for hvordan de er påvirket av underliggende dimensjoner. Faktoranalyse kan brukes til å velge ut indikatorer til en indeks for en egenskap. De enkelte variablenes faktorladning sees som uttrykk for hvor gode mål de er for denne egenskapen (ibid).

Vi har gjort faktoranalyse for spørsmålene 2-26 (N=122). Faktoranalysen viser at 6 faktorer forklarer 68,8 % av den totale variasjonen, og disse kan beskrives som:

- vurdering av tilbudet
- bemanningssituasjon
- samarbeid, veiledning og informasjon
- hjelp med akutte situasjoner
- kompetanse og samarbeid
- epikrise.

Vi har undersøkt reliabiliteten til dimensjonene (Chronbach's alpha og item total korrelasjon) og begrepsvaliditet ved å se på korrelasjonen mellom dimensjonene og variable vi forventet korrelasjon med. På grunnlag av disse analysene har vi omformulert eller fjernet spørsmål 6, 7, 8, 11, 12, 15 og 18.

Når det gjelder de syv spørsmålene på siste side i første versjon av spørreskjemaet ("Forventninger, tidligere erfaringer og behov"), viste mange av disse liten korrelasjon med dimensjonene. Disse spørsmålene har blitt revurdert, og fem av syv har blitt fjernet fra det endelige skjemaet.

---

### 3.4 KVALITATIVE TILBAKEMELDINGER FRA PILOTSPØRRESKJEMAENE

---

29 av de 134 fastlegene som svarte på pilotundersøkelsen har benyttet fritekstfeltet bakerst i spørreskjemaet til å komme med kommentarer og merknader (se vedlegg). De mest vanlige tilbakemeldingene var som følger:

Lite grunnlag for å vurdere DPS: tre fastleger påpeker at de har lite grunnlag for å vurdere DPS, enten pga liten erfaring som fastlege i systemet eller pga lite behov for DPS.

Ventetid: fire fastleger tar opp lang ventetid som et stort problem.

Tilbudet ved DPS: åtte fastleger påpeker at DPSens tilbud og/eller kompetanse er for dårlig eller mangelfullt for ulike pasientgrupper.

Samarbeid/veiledning: fem skriver at samarbeidet/veiledningen er for dårlig eller ikke-eksisterende.

Omorganisering av DPSene: seks gjør oppmerksom på omorganiseringer og/eller at de forholder seg til flere DPS.

De kvalitative tilbakemeldingene kan tolkes som en bekreftelse på at temaene i spørreskjemaet er relevante, dvs. at vi måler det vi ønsker å måle; fastlegenes erfaringer og tilfredshet med DPSene. Kommentarene som påpeker spesielle pasientgrupper og diagnosegruppers behov for tilbud, kunne møtes med noen spørsmål om spesielle pasientgrupper. Dette ble diskutert i referansegruppa som ikke anbefalte å inkludere et diagnosebatteri eller en liknende inndeling i pasientgrupper. På første side i skjemaet presiseres det tvert i mot at dette gjelder fastlegenes erfaringer på tvers av tilbud og pasientgrupper.



Kommentaren om at en del fastleger har lite å basere vurderingene sine på, er dekket av et allerede eksisterende spørsmål i skjemaet; "Hvor god eller dårlig er din kjennskap til DPSet du har vurdert?".

Kommentarene om omorganiseringer av DPS og fastleger som forholder seg til flere DPS er svært relevante. Gjennomføringen av en nasjonal undersøkelse vil by på utfordringer på dette punktet (jmf kap. 4).

---

### 3.5 OPPSUMMERING

---

Vi konkluderer med at spørreskjemaet i piloten fungerer godt, men at følgende endringer gjennomføres:

- Inndelingen er endret fra prosess- til temabasert. Endelig versjon har følgende bolker: Samlet vurdering, Tilgjengelighet, Akutte situasjoner, Kommunikasjon og informasjon, Kompetanse, Samarbeid og veiledning, Bemanning, Avsluttende spørsmål.
- Spørsmål med lav N er fjernet.
- Noen spørsmål som kom dårlig ut i faktoranalysen er omformulert eller fjernet.
- Fritekst-feltet er større og designen forbedret.
- Endelig spørreskjema som ble brukt i den nasjonale undersøkelsen er vedlagt.

---

## 4 Innsamlingsmetode – nasjonal undersøkelse

Det finnes ingen entydige svar på hvordan en undersøkelse av "tilfredshet hos samarbeidspartnere" generelt eller fastlegenes erfaringer med de distrikts-psykiatriske sentre spesielt bør gjennomføres. Vårt litteratursøk kan tyde på at det ikke er gjennomført mange slike undersøkelser. Vi har bestemt innsamlingsmåte og metodiske løsninger etter en vurdering av populasjonen, temaet, praktiske forhold og tilgjengelige ressurser.

---

### 4.1 POPULASJON OG UTVALG

---

Konstruksjon av utvalg er et viktig punkt ved gjennomføring av spørreskjemaundersøkelser. Elementer som må avklares er utvalgsspesifikasjon, utvalgsstørrelse, trekkegrunnlag og trekkeprosedyre. I denne undersøkelsen var populasjonen *alle* fastlegene i landet pr januar 2006. Trekkegrunnlaget var Lægeforeningens lister supplert med Trygdeetatens liste (se punkt 3.1)

---

### 4.2 TELEFONINTERVJU ELLER SELVUTFYLLING?

---

Vi stod overfor valget om fastlegene skulle fylle ut spørreskjemaet selv, eller om de skulle svare på telefonintervju. Svarprosenten ville antakelig tjent på intervju, men denne innsamlingsmetoden er også mer kostnadskreven. Vårt inntrykk fra rekrutteringen til de kvalitative intervjuene er at fastlegene generelt er svært lite glade for henvendelser på telefonen. Av økonomiske og praktiske grunner valgte vi derfor postalt spørreskjema som hovedinnsamlingsmetode.

I tillegg til å gjøre en postal spørreskjemaundersøkelse valgte vi å gjennomføre telefonintervju med de av fastlegene som ikke svarte på det postale spørreskjemaet. Litteraturen indikerer at dette kan øke svarprosenten (Dillman et al 1999).

---

### 4.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING

---

Vi la vekt på at fastlegene bare skulle evaluere ett DPS; det DPSet med ansvaret for generelle voksenpsykiatriske tjenester utenfor sykehusavdelinger i området hvor legekantoret var plassert. For at fastlegen skulle kunne evaluere sitt eget DPS, valgte vi å inkludere en liste over alle DPSene i landet i den endelige versjonen av spørreskjemaet. Det å skaffe en oppdatert og funksjonell liste over alle de distriktpsikiatriske sentrene i Norge har imidlertid vært en utfordring. Det var ønskelig å bruke de riktige nye navnene på DPSene, samtidig som det var avgjørende at legene kjente igjen sitt DPS på lista.

Vi valgte å be kontaktpersoner i de regionale helseforetakene sende inn lister over DPSer i sine områder. Denne listen sjekket vi mot SAMDATAs liste fra 2005, Sosial- og Helsedirektoratets liste og listen til NPR. Referansegruppen kom også med innspill i forhold til områder der det nylig har skjedd endringer i DPS-struktur og navnebruk.

---

### 4.4 REKRUTTERINGSSTRATEGI

---

Hvorvidt "Fastlegenes erfaringer med de distriktpsikiatriske sentrene" blir vellykket som kvalitetsindikator, avhenger blant annet av en tilfredsstillende svarprosent. Som vi har vært inne på tidligere, er fastlegene en travel yrkesgruppe som får mange henvendelser utenfra. Det er vist at svarprosenten i spørreskjemaundersøkelser blant leger er lavere enn svarprosenten i spørreundersøkelser blant andre grupper (Asch et al 1997).

Bruk av økonomiske incentiver som motiveringstiltak er blitt relativt vanlig i spørreundersøkelser. Incentiver kan påvirke mottakere til å svare på postale spørreskjemaer. I en norsk undersøkelse fant man at et flaxlodd i konvolutten økte svarandelen hos fastleger (Tjerbo et al. 2005). Undersøkelsen antyder at bruk av svarincentiver som ikke er avhengig av hvorvidt respondenten faktisk svarer eller ei, gir en høyere svarandel (ibid).

Både fastlegene vi har intervjuet og legene i referansegruppa uttrykte stor skepsis til bruk av økonomiske incentiver for å få fastleger til å svare på spørreskjemaet.

Referansegruppen oppfordret til alternative måter å øke svarprosenten på. Vi endte med tre rekrutteringstiltak utover det å tydeliggjøre det gode formålet med undersøkelsen: For det første lot vi en profesjonell designer lage lay-outen på det endelige spørreskjemaet. For det andre sendte vi et postkort sammen med spørreskjemaet, der leder av ApIf, Jan Emil Kristoffersen, oppfordret fastlegene til å delta i undersøkelsen. For det tredje sendte vi tre purringer, noe som gav gode resultater i piloten. Det fjerde tiltaket bestod i telefonintervjuer med de som ikke svarte på det postale spørreskjemaet. Disse tiltakene er også inspirert av Dillman et al (1999) og Field et al. (2002).

---

#### 4.5 TEST-RETEST: STABILITET I MÅLINGENE AV FASTLEGENES ERFARINGER?

---

Reliabiliteten til et spørreskjema kan være et spørsmål om stabiliteten i målingene (Hellevik 1991). For å teste stabiliteten i målingene av fastlegenes erfaringer med DPSene, vil vi gjennomføre en test-retest i etterkant av den nasjonale undersøkelsen våren 2006. I spørreskjemaet blir fastlegene spurt om de kan tenke seg å svare på et nytt skjema etter kort tid. Et visst antall av de som svarer ja på dette spørsmålet, vil få tilsendt et identisk skjema (ca 10 dager etter første skjema). Manglende overensstemmelse mellom første og andre svar vil vi tolke som tegn på manglende stabilitet i målingene. Det er imidlertid ikke uproblematisk å trekke slutninger om reliabiliteten til spørreskjemaet utfra en slik test-retest (ibid). En eventuell variasjon i svarene kan også skyldes reelle endringer i fastlegenes opplevelser og oppfatninger i tiden som går mellom spørreskjemaene.

## 5 Referanseliste

Asch DA, Jedrzejewski KM, Christiakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(10):1129-1136.

Bindman, J., Johnson, S., Wright, S., Szmukler, G., Bebbington, P., Kuipers, E. & Thornicroft, G. (1997): Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *The British Journal of Psychiatry* 171, 169-174.

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).

Dillman DA. *Mail and Internet Surveys: The tailored design Method*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1999.

Gercenshtein, L., Fogelman, Y. & Yaphe, J. (2002). Increasing the satisfaction of general practitioners with continuing medical education programs: A method for quality improvement through increasing teacher-learner interaction. *BMC Family Practice*, 3:15.

Hagen, H. og Ruud, T. (2004). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. SINTEF Helse rapport STF78 A045026, Trondheim.

Helsetilsynet (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud, 10-2003*.

Helsetilsynet (2005). *Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser*.

Holst, H. & Severinsson, E. (2003). A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 650–658

Marshall, M.N. (1998). Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ*, 316, 442-445.

Marshall, M.N. (1999). How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. *Family Practice*, 16(1), 33-38.

Muller, A & Bledsoe, P. (1989). Physicians' ranking of hospital attributes: a comparison by use group. *Health Care Management Review* 14(3):77-84.

Piterman, L. & Koritsas, S. (2005). General practitioner-specialist relationship. *Internal Medicine Journal*. vol. 35(7), 430-434.

SINTEF Helse/ Sosial- og helsedirektoratet (2005). Psykisk helsevern for barn og unge – behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. SINTEF Helse, STF78 A055009.

Spießl H. & Cording C. (2000). Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 68(5), 206-15.

Sundar, T. (2005). Lokale forbedringer gir bedre psykiatritilbud. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 9, 1234.

Younes, N., Gasquet, I., Gardebout, P., Chaillet, M-P., Kovess, V., Falissard, B. & Hardy Bayle, M-C. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health specialists. *BMC Family Practice*, 6:18.

Den norske lægeforening (2004). Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling.

Statens Helsetilsyn (2001). Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder. Statens Helsetilsyns veiledningsserie, 1-2001, IK 2738.

Sosial- og helsedepartementet. Ot prp nr 99 (1998-99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).

Sosial- og helsedepartementet. St. melding nr 23 (1996–97). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

Sosial- og helsedepartementet. St. melding nr 25 (1996–97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Sosial- og helsedepartementet. St. prp nr 63 (1997-98). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

Field T et al (2002): "Surveying Physicians. Do components of the "Total Design Approach" to optimizing survey response rate apply to physicians?" *Medical Care* Volume 40, Number 7, pp 596-606.

Tjerbo T, Kværner K, Botten G, Aasland OG. Bruk av incentiver for å øke svarandelen i spørreskjemaundersøkelser. Tidsskr Nor Lægeforen nr 18, 2005; 125: 2496-7.

Ådnanes M; Hatling T; Sitter M: Norwegian GP's role as gatekeepers and coordinators toward patients with severe mental illness; what characterises successful collaboration between GP's and the specialist mental health service towards this patient group? SINTEF Health Research. Working paper (in press).

## Vedlegg A: Kvalitative intervjuer

Som ledd i utviklingen av spørreskjemaet, gjennomførte vi i perioden 24. august til 29. september 2005 kvalitative intervjuer med fastleger. Formålet med intervjuene var utforskende. Vi ønsket å få innsikt i fastlegenes erfaringer med de distrikts-psykiatriske sentrene, deres perspektiver og i deres begrepsbruk.

---

### REKRUTTERING OG RESPONS

---

Vi rekrutterte fastleger til intervju gjennom å sende informasjonsbrev til tilfeldig utvalgte legekontorer. Vi fant adresser til legekontorer på Trygdeetatens Fastlegeoversikt og sendte ut til sammen 60 brev der vi ba fastleger som var interessert ta kontakt for intervju (se vedlegg 1). Halvparten sendte vi til legekontorer i Oslo og nær omegn og resten sendte vi til byer og kommuner av ulik størrelse rundt i hele landet. Etter en uke ringte vi legesekretæren ved de legekantorene vi ikke hadde hørt noe fra, og faxet over et nytt informasjonsbrev. Vi ba legesekretærene ved de aktuelle legekantorene kopiere opp brevet og legge det til hver av legene.

Vi fikk relativt god respons på brevene til legekantorer i Oslo og nær omegn. Her måtte vi si nei til noen henvendelser som kom for sent. Vi fikk svært dårlig respons fra fastleger i resten av landet. Generelt erfarte vi at fastlegene er meget travle, at de mottar svært mange eksterne henvendelser, og at legesekretærene i denne sammenheng er strenge portvakter.

Av pragmatiske grunner valgte vi derfor også å rekruttere fastleger til intervju gjennom "snøballmetoden". Fra leger i vårt eget nettverk fikk vi tips om fastleger som kunne være interessert i å stille til intervju. Informanter som selv hadde svart på informasjonsbrevet vårt gav oss også tips på personer.



---

## UTVALG

---

### Kjønn, alder og etnisitet

Vi har gjennomført 13 enkeltintervjuer og 3 gruppeintervjuer. Til sammen har vi snakket med 26 fastleger. 15 av disse er menn, 11 er kvinner. Informantenes alder varierer mellom 37 år og 69 år, med et gjennomsnitt på 50 år. Fastleger med kort erfaring er ikke representert i utvalget vårt. Alle i utvalget er forøvrig etnisk norske.

### Erfaring og spesialistutdanning

Informantenes erfaring som allmennlege varierer mellom 8 år og 38 år, med et gjennomsnitt på 20 år. De nyutdannede fastlegene er altså ikke representert i utvalget vårt. Alle informantene unntatt tre er spesialister i allmenntillegmedisin. To er spesialister i både allmenntillegmedisin og samfunnsmedisin.

### Geografi, sentrum/periferi, og størrelse på legekantorene

Begge gruppeintervjuene og syv av enkeltintervjuene fant sted i Oslo eller i nær omegn av Oslo. Vi har gjort intervjuer med fastleger i to andre byer (Bodø og Hammerfest) og i fem mindre distriktskommuner spredt rundt i landet. Når det gjelder størrelse på legekantorene, dekker vi både små og store legekantorer.

---

## GJENNOMFØRING

---

Intervjuere har vært Gøril Groven og Therese Opsahl Holte. Ved to av gruppeintervjuene har både Groven og Holte vært tilstede. I Oslo har intervjuene foregått på legekantorene. Gruppeintervjuene har bestått av fastleger fra samme legekantor. Intervjuer med fastleger utenfor Oslo har vi gjennomført på telefon. Intervjuene varte fra 15 minutter til en time. De fleste varte ca 30 minutter.

Som en forberedelse til intervju utarbeidet vi en felles intervjuguide med antatt viktige temaer. Intervjuguiden hadde vi laget med utgangspunkt i litteraturen. Før oppstart av intervjuet ble fastlegen informert om undersøkelsens overordnede mål og om de etiske aspektene frivillighet og konfidensialitet. Vi hadde en åpen tilnærming under intervjuene, men hadde intervjuguiden i bakhånd (se vedlegg 2). Vi startet intervjuene med å be fastlegene fortelle om sine erfaringer med DPS og forfulgte de temaene som dukket opp og ba om eksempler. Intervjuene har i all hovedsak vært informantstyrt. I intervjuprosessen erfarte vi at særlig de litt misfornøyde og frustrerte fastlegene syntes det var godt å få fortelle om erfaringene sine. Mot slutten av hvert intervju hadde vi et skjema for registrering av bakgrunnsvariabler. Helt til slutt i intervjuene ba vi også fastlegene angi hva de så på som de tre viktigste aspektene eller forbedringsområdene ved DPS.

Under noen av de første intervjuene og under alle gruppeintervjuene brukte vi båndopptaker. Ellers skrev vi notater. Hvert intervju er blitt skrevet ut i etterkant. Vi har fortløpende lest hverandres intervjuer og blitt enige om tolkninger.

---

## ANALYSE

---

### To hovedkategorier av fastleger

Det er variasjon i utvalget vårt når det gjelder fastlegenes oppfatning av egen rolle overfor pasienter med psykiske lidelser. For å forenkle, kan vi dele utvalget i to grove kategorier;

de psykiatrisk orienterte fastlegene og de somatisk orienterte fastlegene.

De psykiatrisk orienterte fastlegene har kompetanse på psykiatri og interesse for psykiatri. De har selv tidligere jobbet i psykiatrien, de har sideutdanning innen psykiatri, eller sier noe i retning av at de er spesielt interessert i psykiatri og samarbeid med psykisk helsevern. De psykiatrisk orienterte fastlegene er opptatt av fastlegens rolle som støtteterapeut i møte med pasienter med psykiske lidelser, i tillegg til det å skrive ut og følge opp medisiner, skrive sykemeldinger, osv.

De somatisk orienterte fastlegene avgrensner seg i større grad fra psykiatrien som fag. De forteller om seg selv at de ikke har kompetanse på psykiatri. De ønsker i mindre grad å ha ansvaret for behandling av pasienter med psykiske lidelser, og er ikke opptatt av sin egen rolle som terapeuter overfor pasienter med psykiske lidelser.

De psykiatrisk orienterte fastlegene utgjør flertallet i utvalget vårt, mens de somatisk orienterte fastlegene er i mindretall. Dette er ikke overraskende, sett i lys av rekrutteringsmetodene våre. På grunnlag av utsagn fra de psykiatrisk orienterte fastlegene selv, antar vi at utvalget vårt er skjevt sett i relasjon til den totale gruppa av fastleger i Norge.

### Temaanalyse

Vi har foretatt en tematisk analyse av de kvalitative intervjuene. I den kommende fremstillingen av det kvalitative materiale har vi valgt å fokusere på fastlegenes behov i de ulike fasene av pasientenes behandlingsforløp, slik de kommer til uttrykk i intervjuene. Disse temaene eller behovene kommer opp i de aller fleste intervjuene. Fastlegene i utvalget vårt ser det som naturlig at DPS har en rolle og et ansvar i forhold til å dekke disse behovene. Ulik oppbygning og organisering av psykiatrien rundt i landet gjør imidlertid at fastlegene har ganske ulike forventninger og krav til sitt lokale DPS.

De tilfredse fastlegene får i stor grad dekket disse behovene hos sin lokale DPS eller de har funnet andre løsninger som fungerer. De mer misfornøyde fastlegene får ikke dekket disse behovene og gir uttrykk for at de føler seg alene med de psykiatriske pasientene. Behovene kan formuleres slik:

- Behovet for en tilgjengelig spesialistkompetanse med respekt for fastlegens vurderinger
- Behovet for en tilgjengelig akuttberedskap med lav terskel for kontakt
- Behovet for tilbakemeldinger underveis i behandlingen hos DPS
- Behovet for gode, kortfattede epikriser innen rimelig tid
- Behovet for veiledning, råd og støtte i forhold til henviste og ikke henviste pasienter.

## Behovet for en tilgjengelig spesialistkompetanse med respekt for fastlegens vurderinger

Et tema som kommer opp i så å si alle intervjuene er behovet for at de henvisningene som fastlegen sender til DPS faktisk blir vurdert og at pasientene får time til vurdering og evt videre utredning/behandling/opplegg i regi av DPS. Et utsagn som går igjen er "Spesialisthelsetjenesten burde ha vurderingsplikt når fastlegen henviser".

Avslag på henvisninger er et stort tema blant våre Oslo-informanter, mens lange ventetider er tema andre steder i landet. For at fastlegene skal godta et avslag må avslaget være individuelt og begrunnet av en lege, psykiater eller psykolog ved DPS. Fastlegene aksepterer ikke avslag i form av et kryss på et generelt skjema. De vil ha avslag de kan lære noe av, avslag de kan forstå. De aksepterer heller ikke at andre faggrupper ved DPS, som sykepleiere og sosionomer er de som svarer på henvisninger.

Behovet for *forståelse og respekt for fastlegenes vurderinger* er et stort tema i vår undersøkelse. Fastlegen må føle at han/hun får hjelp til problemet slik han/hun opplever det. De må føle at deres vurderinger blir tatt på alvor. DPS-en må ha tillit til at fastlegene virkelig trenger hjelp når de henviser. Behovet for forståelse og respekt kommer opp både blant de yngste og mest uerfarne fastlegene i utvalget, og blant de mer erfarne. Den uerfarne fastlegen er ofte usikker, og vil bli hørt på denne usikkerheten. Han ønsker en spesialistvurdering av pasienten for å få en diagnose eller en forståelse av pasientens tilstand. Den erfarne, kompetente fastlegen er oftere sikker på hva pasienten trenger, sitter oftere inne med løsningen, og vil bli tatt på alvor når han først henviser.

Behovet for større *kapasitet* i form av bemanning med den rette spesialistkompetansen ved DPS er gjennomgående i våre intervjuer, og kommer opp i tilknytning til avslag på henvisninger. Fastlegene er først og fremst opptatt av bemanning når det gjelder leger og psykologer. Sosionomer og sykepleiere er i følge informantene også viktige yrkesgrupper innad i behandlingsteamene ved DPS, men fastlegene ønsker at det er legene og psykologene som behandler henvisninger, gjør de første vurderinger av pasienten, og ellers står for kommunikasjonen med fastlegene. De fastlegene som opplever at deres DPS har et stabilt og godt medisinsk/psykologisk fagmiljø ser meget positivt på dette. Betydningen av et godt velutdannet fagmiljø er helt avgjørende og kan i følge informantene ikke overvurderes. Det aller viktigste for fastlegene ser ut til å være stabilitet blant overlegene/psykiaterne. Betydningen av stabilitet og kontinuitet hos henvisningsinstansen er viktig fordi fastlegene trenger å *kjenne og ha tillit til fagmiljøet og de fagpersonene de henviser til*.

*Prioriteringer* hos DPS er også et stort tema blant våre informanter. Temaet kommer opp i intervjuene i forbindelse med avslag på henvisninger og ventetider. Temaet kommer opp hos de av fastlegene som opplever at DPS faktisk har god bemanning, nok ressurser og høy aktivitet. Fastlegene ønsker mer innsikt i hvordan DPS prioriterer pasienter. Fastlegene opplever at DPS prioriterer utredning og behandling

på bekostning av forebygging og rehabilitering. De opplever også at pasienter med alvorlige sinnslidelser prioriteres på bekostning av folk med lettere sinnslidelser. Flere av informantene opplever at DPS har et godt tilbud til en liten gruppe pasienter, men at DPS i liten grad tar ansvar for den generelle psykiske helsen til hele befolkningen i sitt opptaksområde. Blant annet etterlyser fastlegene prioritering av selvmordsforebyggende arbeid. Fastlegene ønsker at DPS skal prioritere å være mer utadrettet i sin virksomhet; aktive i forhold til fastlegene, aktive i forhold til samarbeid med kommunepsykiatrien, aktive i forhold til samarbeid med privatpraktiserende terapeuter og behandlere.

### **Behovet for en tilgjengelig akuttberedskap med lav terskel for kontakt**

Det andre store temaet fastlegene tar opp knyttet til den første fasen av pasientens behandlingsforløp er behovet for en tilgjengelig akuttberedskap med lav terskel for kontakt. Dette behovet kommer særlig opp blant de mest uerfarne fastlegene og blant de somatisk orienterte fastlegene. Fastlegene snakker om to hovedgrupper av pasienter med akutt behov for hjelp: Akutt psykotiske utagerende pasienter og ikke-psykotiske pasienter i akutte kriser.

Felles for alle fastlegene er at de har en stram timeplan med nye pasientavtaler hvert tyvende minutt. Felles for alle fastlegene er dessuten at de i størst mulig grad ønsker å unngå tvangsinnleggelse. Tvangsinnleggelse sees på som et onde for pasienten og som noe tid- og ressurskrevende for fastlegen og hele helsevesenet. Et slags enstemmig hovedbudskap fra våre fastleger er at en god akuttberedskap forebygger tvangsinnleggelse. Et tilsvarende hovedbudskap er at en god akutt-beredskap forebygger selvmord.

Fastlegene ønsker seg en poliklinisk instans med vurderingsplikt og egne akutt-timer. Dessuten ønsker fastlegene seg et sted der de kan ringe og få råd når de trenger det. Behovet for en døgnpost til krisehåndtering er tema i et av distrikts-intervjuene. Stor avstand til sykehuset gjør at det stilles andre krav til DPS enn i sentrale strøk. Det er ønskelig for fastlegen i distriktet å kunne bruke døgnposten ved DPS til frivillig innleggelse av pasienter som ikke er dårlige nok for innleggelse i psykiatrisk avdeling på sykehuset.

Flere av fastlegene mener at *ambulante akutt-beredskapsteam* representerer en meget god løsning. Fastlegene i et av gruppeintervjuene våre er f.eks. meget tilfreds med hvordan DPS-en deres har organisert et ambulant akutt-team for kronikere som både fastleger, pasienter og pårørende kan kontakte direkte. Fastlegene fremhever hvordan et slikt fleksibelt og tilgjengelig team gjør at man slipper mye byråkrati når noe akutt oppstår. Noen steder har sykehusene eller kommunen slike tilbud som fastlegene benytter seg av og som gjør at DPS-ens akutt-beredskap ikke blir avgjørende.

Behovet for at fastlegen blir hørt og trodd er selvfølgelig minst like viktig ved de akutte problemstillingene som ved de ikke-akutte problemstillingene. Noen ganger er fastlegen sikker på hva pasienten trenger, og vil da bli hørt på dette. Andre ganger

møter fastlegen grensene for sin kompetanse og vil da at en spesialist skal ta over ansvaret for pasienten.

Behovet for *profesjonell hjelp til å gjøre det akutte mindre akutt* er et viktig tema i et intervju med en relativt ung kvinnelige lege i vårt utvalg. Denne kvinnens situasjon egner seg til å illustrere fastlegens behov for en tilgjengelig akutt-beredskap. Legen gir uttrykk for stor frustrasjon og forteller om kaotiske situasjoner på legekantoret, der de plutselig får inn en psykotisk og utagerende pasient mens hun har tre andre pasienter som venter på gangen. Det hun trenger er profesjonell hjelp til å ordne opp i situasjonen, til å roe ned, og utsette eller eliminere behovet for tvangsinnleggelse på sykehuset. Hvis tvangsinnleggelse er påkrevet, trenger hun hjelp til alt papirarbeidet. Hun har egentlig ingen tilfredstillende løsning på disse situasjonene, og gjentar flere ganger at dette er kjempevanskelig. Hun føler seg veldig alene om de psykiatriske pasientene. Hun ønsker *å kunne ringe DPS-en i slike situasjoner*.

Noen av fastlegene i undersøkelsen vår har funnet seg egne løsninger for å håndtere akuttsituasjonene best mulig. En fastlege har psykiater ansatt ved legekantoret. En annen fastlege har i mangel av en fungerende akutt-beredskap ved DPS, alliert seg med en psykiater ved Trygdekantoret. Når fastlegen mener at en pasient trenger rask hjelp, sender hun pasienten til sin utvalgte psykiater. Denne psykiateren gjør raske vurderinger, ringer henne raskt tilbake og de bestemmer et opplegg sammen med pasienten. En tredje fastlege i utvalget sluser pasientene utenom DPS og samarbeider direkte med sykehusets psykiatere.

### **Behovet for tilbakemeldinger underveis i behandlingen hos DPS**

Når det gjelder de pasientene som er inne til polikliniske behandlingsopplegg ved DPS, så er *tilbakemelding underveis i behandlingen* et uttrykt ønske fra fastlegene. Pasientene kommer til fastlegen sin parallelt med den polikliniske behandlingen, og for at fastlegen skal kunne utføre jobben sin skikkelig trenger han/hun å vite hva som skjer med pasienten i behandlingen. Fastlegene ønsker informasjon utover det de får til slutt i epikrisen. De av fastlegene som opplever at folk fra DPS tar kontakt pr telefon underveis i behandlingen er meget tilfredse, de som ikke hører noe ser på dette som et savn og en mangelvare. Vi vil illustrere behovet med et par eksempler.

Det mest kritiske eksempelet i intervjumaterialet vårt handler om *behovet for å få informasjon om endringer i medisiner*. En av våre fastleger forteller følgende historie: f.eks om en meget ubehagelig situasjon der pasienten dukker opp på fastlegens kontor før epikrisen. Pasienten forteller hva som er gjort av medisinendringer ved DPS og krever at fastlegen følger opp dette med en gang. Fastlegen velger å stole på pasienten men sitter med en dårlig magefølelse etterpå. Fastlegen etterlyser en telefon fra DPS for å avverge slike situasjoner.

Et annet spesifikt behov for fastlegene er *behovet for nødvendig informasjon til å skrive sykemeldinger, søknad om attføringstrygd, osv*. Fastlegene kommuniserer med Trygdekantor og A-etat og trenger dokumentasjon på hva som skjer i pasientbehandlingen. Et eksempel er en av våre informanter som forteller om et meget godt

samarbeid med en psykolog ved DPS. Denne psykologen ringte til fastlegen flere ganger i løpet av underveis i den polikliniske behandlingen. Blant annet fikk fastlegen hjelp av psykologen til å skrive attføringsøknad for pasienten. Fastlegen kunne også lettere støtte opp om den polikliniske behandlingen, ved at han hadde fått en kort innføring i psykologens tilnærming og fokus. Fastlegen mente at denne kommunikasjonen underveis mellom DPS og ham var helt avgjørende for pasienten og behandlingen.

### **Behovet for gode, kortfattede epikriser innen rimelig tid**

Behovet for gode, kortfattede epikriser innen rimelig tid er et tema som kommer opp i de lengste intervjuene og i alle gruppeintervjuene. Svar på henvisning og epikrise utgjør et minimum av forventet kontakt med DPS. Generelt sett har fastlegene lavere forventninger til dette med epikriser fra psykiatrien enn fra somatikken. Noen av fastlegene fremhever imidlertid at psykiatrien er blitt bedre på epikriser, og at deres DPS har fått gode rutiner for epikriser.

Epikrisen er et viktig dokument for fastlegene. De er opptatt av at den kommer så fort som mulig, helst innen et par uker etter utskrivelse. En god epikrise er i følge fastlegen kort, maksimum 1-2 sider. I gruppeintervjuene tematiseres og kritiseres psykiatriens tradisjon for lange epikriser av 10-siders format der fortrolig informasjon fra terapisaamtaler og hele livshistorien til pasienten skrives inn. Fastlegene ønsker kun nødvendig informasjon, og de er opptatt av at pasientenes konfidensialitet ivaretas. Det fastlegene ønsker er en medisinsk-faglig vurdering av diagnose og behandling, og konkrete råd til primærlegen om den videre behandling og oppfølging av pasienten. Fastlegene ønsker også at epikrisen avklarer hvorvidt det er DPS-legen eller fastlegen som skal skrive ut resepter og sykemelding, og hvilken fagperson som fastlegen kan kontakte ved behov for avklaringer.

### **Behovet for veiledning, råd og støtte i forhold til henviste og ikke henviste pasienter**

Behovet for veiledning, råd og støtte fra spesialisthelsetjenesten er et stort og gjennomgående tema i intervjuene med fastlegene. Veiledningsbehovet gjelder både henviste og ikke-henviste pasienter. Veiledningsbehovet gjelder både medisinske og ikke-medisinske problemstillinger. Som det allerede har kommet frem later det til å være stor variasjon når det gjelder hvordan DPS utøver veiledningsplikten overfor gruppen av fastleger.

Regelmessige møter mellom fastleger og folk fra DPS ser ut til å være en slags nødvendig nøkkel for et vellykket samarbeid. I utvalget vårt er det slik at ca halvparten av informantene har regelmessige og systematiske samarbeidsmøter med DPS-en i sitt område. Ofte er det folk fra DPS som besøker legekantoret. Samtlige av disse fastlegene er meget fornøyde med møtene. Fastlegene omtaler møtene som helt avgjørende. De ser på det som et privilegium å ha et slikt tilbud. Noen har møter

så ofte som en gang pr måned, og dette ser ut som et slags ideal for hyppigheten av møtene.

I samarbeidsmøtene får disse fastlegene faglige råd og veiledning i forhold til det medisinske og det ikke-medisinske. Her opplever de et fellesskap, gjensidig respekt og forståelse, og her får fastlegene støtte på det de opplever som vanskelig. Møtene kan også være et sted for diskusjoner og forhandlinger mellom fastleger og psykiatere om prioriteringer og dilemmaer.

Gjennom samarbeidsmøtene blir fastlegene kjent med fagfolkene på DPS og med de behandlingstilbudene som DPS-et kan tilby. De utvikler en felles faglig forståelse av pasientene. Det formelle samarbeidet skaper muligheter for et uformelt samarbeid. Når fastlegen blir kjent med fagfolkene på DPS og får tillit til dem, er det i neste omgang lettere å ta en telefon til dem. DPS-folkene blir på sin side mer forpliktet til å være tilgjengelige.

Fastlegene mener at samarbeidsmøtene gjør dem bedre i stand til å skrive gode henvisninger. De hevder også at samarbeidsmøtene reduserer antall henvisninger fra dem.

Fastlegene ønsker seg veiledning både på enkeltpasientnivå og på generelt nivå. Veiledning på generelt nivå, med fokus på pasientgrupper og/eller problemstillinger som gjelder mange pasienter, kan imidlertid se ut til å være et overskuddsfenomen og et distriktsfenomen. I distriktene gjør imidlertid hensynet til pasientens anonymitet at veiledning på generelt nivå tvinger seg frem.

På grunnlag av vår kvalitative undersøkelse er det selvsagt ikke mulig å si noe om det generelle behovet for veiledningsmøter blant fastleger i Norge. I utvalget vårt er det ingen som har tilbud om slike møter uten å benytte seg av dem. Informantene våre er imidlertid kritiske på sin egen stands vegne, og antyder at mange fastleger nok ikke ville prioritere å ta seg tid til slike møter selv om de fikk tilbud om det.

---

## REKRUTTERINGSBREV TIL FASTLEGENE

---

*Er du opptatt av samarbeidet med de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS-ene)?*

Nasjonalt undersøkelse: DPS-ene sett fra fastlegens ståsted  
Forprosjekt: Intervjuer med fastleger

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at det i 2006 skal gjennomføres en spørre-undersøkelse blant alle landets fastleger om deres erfaringer med og vurderinger av de distriktpspsykiatriske sentrene. Undersøkelsen vil fokusere på kvaliteten ved DPS-ene og på samarbeidet mellom fastleger og DPS-er, sett fra fastlegenes ståsted. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) skal utvikle spørreskjemaet som fastlegene skal svare på.

Som ledd i utviklingen av spørreskjemaet, vil Kunnskapssenteret gjøre et kvalitativt forprosjekt. Vi vil snakke med fastleger ute i praksisfeltet. Vi ønsker å få innsikt i hva du som fastlege vurderer som sentralt for at et DPS skal fungere etter hensikten, og hva du opplever som avgjørende for et godt samarbeid med DPS. Samtalene vil ta utgangspunkt i fastlegenes erfaringer med ett eller flere DPS.

### Praktiske opplysninger

Vi vil gjennomføre både individuelle intervjuer med fastleger, samt fokusgruppeintervjuer med 4-8 deltagere. Prosjektgruppa i Kunnskapssenteret vil reise rundt til legekontorer i Oslo og omegn, der fastleger har sagt seg villig til å delta på en samtale. Fastleger i resten av landet vil vi intervjuer på telefon. Samtalen kan vare fra 15-20 minutter til en time, avhengig av hva legene kan avse av tid. Vi ser helst at samtalene foregår på dagtid, men vil være fleksible når det gjelder tid og sted for samtalene. Informasjon som gis i intervju blir behandlet fortrolig, og deltagerens anonymitet blir ivaretatt.

Dersom du eller andre fastleger ved ditt legekontor kunne tenke dere å delta i intervju eller fokusgruppe, nøl ikke med å ta kontakt med prosjektgruppa i Kunnskapssenteret! Direkte telefonnummer, epost og faxnummer ser du nederst på siden her. Vi er svært interessert i å lytte til dine erfaringer og oppfatninger!

Vennlig hilsen

Prosjektleder Gøril Groven Tlf. direkte.: 23 25 50 49 E-post: <a href="mailto:goril.groven@kunnskapssenteret.no">goril.groven@kunnskapssenteret.no</a> Fax: 23 25 50 10	Forsker Therese Opsahl Holte Tlf. direkte.: 23 25 50 58 E-post: <a href="mailto:therese.opsahl.holte@kunnskapssenteret.no">therese.opsahl.holte@kunnskapssenteret.no</a> Fax: 23 25 50 10
--	--



---

## INTERVJUGUIDE KVALITATIVE INTERVJUER

---

Kartlegge faktiske forhold  
Erfaring med DPS – hvilke, hvor ofte, annen erfaring enn nåværende  
Konkrete beskrivelser av aktuelle rutiner, eksempler  
Kommunikasjons-/ informasjonsmønster  
Arenaer for samhandling  
Rutiner mht henvisninger/ epikriser/ IP  
Elektroniske informasjonsutveksling  
Fra informasjon til ansvar  
Vurdering av 2.linjetjenestens kompetanse/ arbeid/veiledningsfunksjon  
Tilgjengelighet  
Kapasitet  
Kompetanse  
Tilbakemelding fra DPS under behandling  
Veiledningsfunksjonen  
    faste tidspunkt DPS  
    telefonhenvendelser  
    enkeltpasienter – systemnivå  
Individuelle faktorer hos fastlegen  
Egen rolle (ansvar)  
Interesse, engasjement og faglig kompetanse psykiatri  
Forventninger til DPS  
Eget nettverk  
Pasientene  
Grupper/diagnoser – prioriterte vs. Uten tilbud  
Pasientens egne tilbakemeldinger og ønsker  
Organisasjonsstruktur/ kultur  
Ulike fagtradisjoner/profesjoner  
Samarbeidet - formalisert, forpliktet – uformelt og personlig?  
Respekt - forståelse  
Økonomiske og tidsmessige rammer og føringer  
Ressurser – tid og økonomi – hvordan er situasjon  
Ventetid og ventelister ved DPS  
Økonomiske incentiver knyttet opp mot samarbeid?

---

## SKJEMA – VIKTIGE ASPEKTER VED DPS

---

Hva er de tre viktigste kjennetegn ved et velfungerende DPS/ de tre viktigste forbedringspunktene?

### Informant 1

Kontinuitet ved DPS, at de ansatte er der over tid.  
Kapasitet til å følge opp våre forespørslar.  
Kommunikasjon med oss, respons på henvisningene, tilgjengelighet på alle funksjoner.

### Informant 2

At de tar imot pasienter fra oss og vurderer dem.  
Tillit til fastlegenes vurdering.  
Samarbeidsmøter om pasienter.

### Informant 3

Samordning av institusjon og privatpraksis.  
Større dialog fra sengepostene til oss som er fastleger, både underveis når pasientene er inne til behandling og før utskrivning.

### Informant 4

Lege tilgjengelig på vakt, å spørre ved behov for øyeblikkelig hjelp.  
Rask vurdering eller hjemmebesøk til alvorlig og akutte syke  
Rask tilbakemelding ved utskrivning, hva skal jeg som fastlege gjøre videre.  
Større kapasitet – ta inn flere til vurdering

### Informant 5

Kognitiv terapi.  
Epikriser. En god epikrise gir en oppsummering av problemstillingen, en vurdering av diagnose og behandling, og råd til primærlegen om den videre behandlingen han skal stå får.

### Informant 6

Vurderingsplikt.  
Økt faglig legekompentanse.  
Utarbeidelse av individuelle medisinskfaglige planer – og skrive epikriser.

### Informant 7

Økt kapasitet.  
Bedre tilbakemelding.  
Vurdering på medisinsk faglig nivå, dvs. med lege/psykiater.

#### Informant 8

Bedre kapasitet, spesielt på legesiden.  
Bedre tilbakemelding til fastlegene.  
Bedre tilgjengelighet for diagnostisk vurdering.

#### Informant 9

Bedre tilbakemelding tidlig i behandlingen. Beskrive en **klar** behandlings-plan!  
Epikrise så raskt som mulig.  
Samarbeidsmøter etter behov, plan-møter på DPS-et.

#### Informant 10

Bedre kontinuitet og kapasitet lege/psykolog.  
Bedre tilbakemelding til bruk i forbindelse med oppfølging fastlege  
sykmelding/medisiner med mer.  
Epikriser.

#### Informant 11

Økt kapasitet, bedre kompetanse.  
Tilbakemelding/samarbeid/ epikriser.  
Ansvar for de dårligste, ikke plukke bare de som "egner seg".

#### Informant 12

Bedre kapasitet, relevante stillinger → psykolog/ psykiater.  
Forpliktende samarbeid – relevante/ raske tilbakemeldinger/ vurderinger, plan med terapi.

#### Informant 13

- 1) Begge parter må ha interesse for å samarbeide.
- 2) Gjensidig respekt og forståelse.
- 3) Felles møter minimum 1 gang pr måned.

#### Informant 14

Felles konsultasjoner eller samarbeidsmøter vedrørende pasienten.  
Telefonisk beskjed/kontakt.

#### Informant 15

Stabil og velutdannet bemanning.  
Utadvendt innstilling til kommunehelsetjenesten.  
Velintegrert i forhold til sykehuset.

#### Informant 16

Fastlegen må føle at han får hjelp til problemet slik han opplever det.  
Tilgjengelighet på nødvendig hjelp, f.eks ved suicidalfare.  
Tverrfaglig opplæring og samarbeid.

Informant 17

Yte riktig hjelp til riktig tid, primært poliklinisk.

Gi god veiledning til primærhelsetjenesten, både uformell veiledning og formell, strukturert veiledning.

Lav terskel for kontakt.

Informant 18

Større kapasitet.

Samarbeid/tilbakemelding mellom DPS og 1. linjen.

DPS må ha et lavterskeltilbud for diagnostikk og vurdering.

Informant 19

Tilgjengelighet.

Informasjon fra DPS.

Fastlegens rolle i arbeidet med psykiske pasienter.

Informant 20

Tilgjengelighet; færre avslag.

Ønske om lavterskeltilbud for diagnostisk vurdering.

Informant 21

Tilbakemelding/epikrise.

Kapasitet.

## Vedlegg B: Fritekstkommentarer, pilotundersøkelsen

Uts	Lnr	Kommentar
		Ambulante team har jeg aldri sett eller hørt om Jeg henviser alvorlig syke pas som kun får behandling av spesialtsykepleier (kan ikke gi medik, skille diagnoser osv.) Dårlig tilbud til innvandrere. Psykos team avslår de fleste.
		Jeg har ingen negative erfaringer med DPS, men jeg har ikke kjennskap til hvordan det er organisert og hvilke tilbud de kan gi utøver døgnopphold. Søknadsprosedyre ikke kjent. Vet generelt for lite om hvilken hjelp vi kan få fra DPS.
		Ventetid (??) poliklinikk er noe. Burde være mer psyk tilsyn av pasient lokalt her.
		Sp36 TROR IKKE (men nei <u>aldri</u> er sterkt!)
		Mine pasienter sogner til dels Solvang, dels Lovisenlund. DPS-ene lider, som psyk avdeling, under mangel på lege- og psykolog-spesialister. Sosionomer burde hatt med typisk sosionom-arbeid å gjøre, ikke være terapeuter!
		Hovedproblem: For lang ventetid for poliklinisk time. Dessuten: Sjelden tilbakemelding underveis i behandlingen. Henvisninger blir ikke avvist – derfor ikke svart på alle spørsmål.
		Sentralbordfunksjonen ustabil. For dårlig tilbakemelding fra kontroll/konsultasjonen hos kronikere som regelmessig går hos meg, men også på DPS. Manglende tilbud til pasienter som trenger lengre tids psykoterapeutisk hjelp.

		Epikrisene er bra, men noen ganger går det for langt mellom når pas er i et behandlingsforløp. Ofte er det tale om folk som i tillegg er på eks rehab og vi må informere trygden stadig oftere så hver 3 måned bør det komme epikrise.
		Hvorfor er ikke svarkonvolutt vedlagt?
		Turnustjeneste i psyk. Avd. Dere må sende med returkonvolutt!
		Det vanskeligste er lange ventetider og hyppig skiftende folk ved poliklinikken. Lite samarbeid og lange ventetider – utilstrekkelig behandling BUP.
		Noen av spørsmålene på skjema burde vært bedre presisert. Dersom skjemaet skal besvares på 5 minutter – hvilken kvalitet forventer dere da å få ut av svarene?
		For det første samarbeider jeg med to DPS. For det andre hadde "vet ikke" vært et viktig svaralternativ som hadde gitt masse ekstra informasjon: Det er nemlig svært begrenset hva jeg vet om DPS-ets indre liv!
		Med svært få pasienter på min liste som har psykiske problemer, anser jeg at jeg har et for lite referansegrunnlag til å kunne angi gode svar.
		DPS Solvang har begrenset kapasitet. Derfor blir en del pasienter ved Lovisenlund, selv om disse bor i Kristiansand. Det er et DÅRLIG tilbud. Geografisk avstand til bomiljø er negativt. DPS "på landet" tilhører en forgangen tid!
		Til sp 17: Samarbeid før, under og etter oppholdet er fraværende. De råd som kommer i epikrisen kommer ofte uker etter utskrivning.  Til sp 35: Tilbudet jeg har vurdert er DPS med og uten døgnopphold. Ambulante team er vi imidlertid veldig godt fornøyd med. Det er leit at nåværende lege slutter. Håper på godt samarbeid med den nye legen.
		Først de senere år synes det å bli stilt krav til responstid ved henvendelse fra allmennlege. Derssverre svært mange erfaringer med at det ar FOR LANG TID å få pasientene til faglig diagnostikk. En erfaren psykiater bruker 30-60 minutter til å stille en sannsynlig rett diagnose for å kunne gi råd om behandling og skille mellom 1. og 2. linjetjeneste. En prioritert akuttvurdering av alle henvendelser ville trolig spare pasienter og leger for mye arbeid og bedre behandlingen!
		Samarbeidet har blitt merkbart dårligere de siste 3-4 årene.

		Jeg har flere ganger tatt opp min misnøye m. poliklinisk tilbud med DPS'ledelsen. Det er nå planlagt samarbeidsmøter/ veiledning.
		Trenger veiledning – særlig for de pasienter som blir avvist.
		Et etablert samarbeid med Solvang er nå <u>omorganisert</u> slik at min kommune heretter skal dekkes av Lovisenlund DPS.
		DPS vektlegger med.avhengighet ved start ved samtidig psykisk lidelse og medisinbruk selv når denne er beskjeden og kontrollert (B-prep.). Blir for store krav i beg. For litt for mange pasienter.
		Jobbet i såpass kort tid at svar er basert på svært begrenset erfaringsgrunnlag.
		Jeg har hatt poliklinikken i tankene da jeg svarte. Døgnposten fungerer bra, med raskt tilbud ved behov.
		Fortsatt sender jeg søknad til psyk.pol. SSK – men er alt flyttet til Solvang?? Jeg sitter med den fornemmelse at det er langt ventetid for time på psyk poliklinikk, og siste ½ år jar jeg sendt få søknader. Helse spørreskjema "treffer meg egentlig ikke".
		DPS avviser for mange pasienter For kortvarig behandlingstilbud Av og til for lav kompetanse hos behandler For firkantede rammer for mange pasienter Vi har tilbud om veiledning noen ganger i året, kommer lite ut av det.
		Søknadene blir nokså tilfeldig oversendt Aust-Agder (DPS Grimstad).
		Har opplevd pas som blir utskrevet pga "kontraktsbrudd" – rus el. – uten avklaring om videre oppfølging i 1.linjetjeneste - Uheldig. Dessuten savner jeg svarkonvolutten vedlagt! ☺

## Vedlegg C: Spørreskjema i pilotundersøkelsen



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

--	--

⊥

### Ditt svar kan bidra til styrking av tilbudet til personer med psykiske lidelser

Hensikten med denne undersøkelsen er å få tilbakemeldinger fra fastleger om samarbeidet med de distriktpspsykiatriske 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:

- Det DPSet som har ansvaret for generelle voksenpsykiatriske tjenester utenfor sykehusavdelinger i det området hvor legekantoret ditt er plassert.
- Dine samlede erfaringer med dette DPSet (på tvers av tilbud og pasientgrupper).

⊥

1. Kryss av for hvilket DPS du vurderer når du svarer på spørreskjemaet (sett kun ett kryss):

DPS Solvang

DPS Lister

DPS Aust-Agder

DPS Lovisenlund/  
DPS Mandal

⊥

Om utfyllingen:

Det er ikke nødvendig å bruke mye tid på å tolke spørsmålene. Vi er ute etter din umiddelbare vurdering. Husk at alle fem svarkategorier kan benyttes, men sett *kun ett kryss på hvert spørsmål*. Vi ber deg krysse av i midten av rutene.

2. Hva er din samlede vurdering av tilbudet som DPSet gir til pasienter med psykiske lidelser?

Svært dårlig	Ganske dårlig	Både/ og	Ganske bra	Svært bra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hva er din samlede vurdering av tilbudet som DPSet gir til deg som samarbeidende fastlege?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

⊥



⊥

### TILGJENGELIGHET OG HENVISNING

I hvilken grad...

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
4. Får de pasientene du mener har behov for tjenester et tilbud fra DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Opplever du at DPSet tar din vurdering av pasientens lidelse/situasjon på alvor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Må pasientene vente for å få et tilbud ved DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gir DPSet gode begrunnelser når henvisninger blir avvist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Får du støtte fra DPSet når du har behov for hjelp med pasienter som ikke får tilbud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. 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"/>
11. Oppnår du kontakt med DPSet i ikke-akutte situasjoner hvor du trenger råd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

⊥

### NÅR PASIENTEN ER TIL BEHANDLING VED DPS

I hvilken grad...

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
12. 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"/>
13. 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"/>
14. 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"/>

2

⊥

⊥

⊥

**VED OVERFØRING TIL PRIMÆRHELSETJENESTEN**

I hvilken grad...

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
15. Mottar du epikrisene fra DPSet tilstrekkelig raskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Synes du epikrisene fra DPSet er av god kvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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"/>
18. Har pasientene fått den nødvendige hjelp fra DPSet ved overføring fra DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SAMARBEID, VEILEDNING OG INFORMASJON**

I hvilken grad...

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
19. Har du/dere samarbeidsmøter med DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager med god kvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har DPSet gitt deg informasjon om behandlingstilbudet sitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gir fagfolkene ved DPSet deg gode faglige råd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BEMANNINGSSITUASJONEN VED DPSet**

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 det er stabilitet i de faglige lederstillingene ved DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Opplever du at det er god legedekning ved DPSet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Opplever du at DPSet får besatt viktige faglige stillinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 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"/>

⊥

⊥

### FORVENTNINGER, TIDLIGERE ERFARINGER OG BEHOV

Er du uenig eller enig i følgende påstander:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
27. Jeg prioriterer et godt samarbeid med DPSet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jeg har høye forventninger til tjenestene ved DPSet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jeg har stort sett gode erfaringer med tjenester innen psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jeg er spesielt interessert i problemstillinger knyttet til psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jeg har kolleger/andre som jeg kan be om råd vedrørende psykiske lidelser dersom det er nødvendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jeg har god kompetanse til å hjelpe pasienter med psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. I min praksis må jeg ofte forholde meg til pasienter med psykiske lidelser som har behov for spesialisthjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AVSLUTTENDE SPØRSMÅL

34. Hva er din kjennskap til DPSet du har vurdert?

Svært god  Ganske god  Både/og  Ganske dårlig  Svært dårlig

35. Hva slags tjeneste(r) ved DPSet har du primært hatt i tankene når du har svart på spørreskjemaet (du kan sette flere kryss)

Døgnavdeling  Dagtilbud  Poliklinikk  Ambulante team

36. Har det skjedd spesielt negative hendelser med dine pasienter som du mener DPSet kunne forhindre?

Nei, aldri  Ja, én gang  Ja, noen ganger  Ja, mange ganger

37. Har du noen gang arbeidet som lege ved et DPS/i psykisk helsevern?

Ja  Nei

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⊥

⊥

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

# Vedlegg D: Informasjonsbrev til DPS-ansatte om pilotundersøkelsen



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olav plass, N-0130 Oslo  
Tlf: (+47) 23 25 50 00 Faks: (+47) 23 25 50 10  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

November 2005

Til ansatte ved Distriktpsikiatriske sentre ved Sørlandet sykehus HF

## Informasjon om undersøkelse:

### Fastlegers vurdering av samarbeidet med og kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentre (DPS).

I november 2005 vil alle fastleger i Aust- og Vest-Agder bli bedt om å fylle ut et spørreskjema om deres erfaringer med DPS. Fastlegene markerer hvilket DPS de baserer sine vurderinger på, slik at resultatene for hvert DPS gjelder erfaringene med dette DPS-øt.

**Hensikten med undersøkelsen er at spesialisthelsetjenesten skal få systematiske tilbakemeldinger fra fastlegene til sitt kvalitetsforbedringsarbeid.**

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt en ny kvalitetsindikator innen psykisk helsevern som heter "Tilfredshet med samarbeidspartnere". Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører undersøkelsen, som i denne runde er avgrenset til fastlegers vurdering av DPS. Undersøkelsen er vurdert og godkjent av Horsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Sørlandet sykehus HF har stilt seg positive til at Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten ber fastlegene vurdere regionens DPS som del av et pilotprosjekt i november 2005. I januar 2006 gjennomfører Kunnskapssenteret undersøkelsen blant fastleger i resten av landet. Dataene fra pilotundersøkelsen vil inngå når de nasjonale resultatene presenteres 1. april 2006. Kunnskapssenteret utarbeider også nasjonale resultatrapporter med mer inngående analyser.

Spørsmål om undersøkelsen kan rettes til prosjektleder Reidun Skårerhøgda på telefon 23 25 51 06.

Med vennlig hilsen

---

Gøril Groven, prosjektleder

# Vedlegg E: Følg brev til spørreskjemaet i pilotundersøkelsen



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olav plass, N-0130 Oslo  
Tlf: (+47) 23 25 50 00 Faks: (+47) 23 25 50 10  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

November 2005

Til fastleger i Aust- og Vest-Agder

*Undersøkelse om samarbeidet mellom første- og andrelinjetjeneste i psykisk helsevern:*

## **Fastlegers evaluering av samarbeid med og kvalitet ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS).**

Hvordan synes du samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer om dine pasienter som har psykiske problemer eller lidelser? Nå ber vi deg som fastlege å fortelle om dine erfaringer med DPS.

Vedlagt finner du et **spørreskjema** som vil ta **5-10 minutter** å fylle ut. Skjemaet består av enkle og relevante spørsmål om forhold ved DPS, og hvordan du opplever samarbeidet.

**Hensikten med undersøkelsen er å bruke fastlegers tilbakemeldinger for å forbedre samarbeidet.** Hvert DPS vil få en samlet tilbakemelding basert på alle svarene gitt fra fastleger som samhandler med dem. Ha derfor erfaringene fra kun ett DPS som grunnlag for svarene du gir. (Se oversikt over aktuelle DPS på neste side.)

Det er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som gjennomfører undersøkelsen. Kunnskapssenterets rutiner for håndtering av personopplysninger tilfredsstiller de strenge kravene til fortrolig behandling av data. Undersøkelsen er forskriftsmessig meldt til Datatilsynet (?).

Vi benytter opplysninger i Legeforenings medlemsregister til utsending av spørreskjema og statistiske analyser av materialet. Svarene fra spørreskjemaene vil ved hjelp av løpenummer kobles til bakgrunnsvariabler som for eksempel alder, kjønn, spesialitet og antall års erfaring som allmennlege.

Sørlandet sykehus HF stiller seg positive til at deres DPS blir vurdert av fastlegene i regionen, og vil motta resultatrapport når undersøkelsen er ferdig.



Vi håper du tar deg tid til å gi din tilbakemelding til DPS, og slik gi dem en mulighet til å kunne bli en samarbeidspartner som bedre ivaretar behovene til både dine pasienter og deg som fastlege.

Har du spørsmål kan du kontakte prosjektkoordinator Reidun Skårerhøgda på telefon 23 25 51 06.

Med vennlig hilsen

**Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

# Vedlegg F: Spørreskjema i nasjonal undersøkelse

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

PasOpp 2006

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

PasOpp DPS januar 2006

### Hensikten med denne undersøkelsen

er å få tilbakemeldinger fra fastleger om samarbeidet med de distriktpspsykiatriske 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 voksenpsykiatriske 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 fem svarkategorier kan benyttes, men sett kun ett kryss på hvert spørsmål.

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

### Distriktpspsykiatriske sentre (DPS)

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

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

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"/>

### Tilgjengelighet

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

### Akutte situasjoner

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



### Kommunikasjon og informasjon

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

⊥

⊥



## Kompetanse

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

## Samarbeid og veiledning

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

## Bemanning

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

fortsetter på neste side 3

### Avsluttende spørsmål

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavsplass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
ISBN 82-8121-093-1  
ISSN 1890-1565

## Rapport Nr 7-2006

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



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

### Om denne rapporten:

Hovedmålsettingen er å beskrive utvikling og validering av et måleinstrument og en innsamlingsmetode som kan anvendes for å måle fastlegenes evaluering av samarbeidet med og kvaliteten ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS).

Måleinstrumentet og innsamlingsmetoden som skisseres i denne rapporten er benyttet i nasjonal kartlegging i januar - mars 2006 (jfr. Rapport nr. 8 og 14-2006).