

Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006

Metodedokumentasjon

PasOpp-rapport Nr 8 – 2006 (PasOpp-rapport)



Tittel	Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Metodedokumentasjon
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Røttingen, John-Arne, direktør
Forfattere	Bjertnæs Øyvind Andresen, Helgeland Jon, Oltedal Sigve, Garratt Andrew
ISBN	82-8121-105-9
ISSN	1890-1565
Rapport	Nr 8 - 2006
Prosjektnummer	271
Antall sider	19
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

1	Innledning	1
1.1	Oppbygging av rapporten	1
2	Innsamlingsmetode	2
2.1	Populasjon og avgrensninger	2
2.2	Utvalgstrekking	3
2.3	Gjennomføring av undersøkelsen	3
2.3.1	Innsamlingsrutiner	3
2.3.2	Personvern	3
2.4	Svarprosent og representativitet	3
2.4.1	Svarprosent	3
2.4.2	Svartid	4
2.4.3	Vekting	5
2.4.4	Oppfølgingsundersøkelse av ikke-svarere	6
2.4.5	Representativitet – Konklusjon	7
3	Utvikling og validering av spørreskjema	8
3.1	Utvikling av spørreskjemaet	8
3.1.1	Generelt om utvikling av spørreskjemaer	8
3.1.2	Utvikling av skjema om fastlegers erfaring med DPS	9
3.2	Valideringsmetode og pasienterfaringsdimensjoner	9
4	Statistiske metoder og -begreper	11
4.1	Bruk av hjelpevariable til justering	11
4.2	Publisering av institusjonsresultater - usikkerhet	11
4.3	Standardavvik og n (antall svar)	11
4.4	Signifikanstesting	12
4.4.1	Simultan hypotesetesting av indeksene på DPS-nivå	12
4.4.2	Konfidensintervall	12
5	Referanseliste	14
	Vedlegg A: Spørreskjema	16

1 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2006 gjennomført en undersøkelse blant fastleger om deres vurdering av kvaliteten ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) i Norge. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Resultatene fra undersøkelsen presenteres i egne resultatrapporter. I denne rapporten beskrives metoden som er benyttet i undersøkelsen.

Målgruppene for prosjektet spenner fra befolkning og pasienter til politisk ledelse, helseforvaltningen (inkludert eiere) samt ledere og ansatte i virksomhetene. Det er ofte behov for generaliserbare data, for eksempel i forhold til styrings- og ledelsesformål for kvalitetsforbedring. Det er nødvendig å vite om svarene fra de som har svart på spørreskjemaet er statistisk representativt slik at de gjelder for gruppen som helhet. Spørsmål om representativitet og generaliserbarhet står sentralt i kvantitative metoder, som utgjør hovedtyngden av metodegrunnlaget for undersøkelsen som beskrives her. I arbeidet med utvikling og testing av spørreskjema har også kvalitative metoder blitt benyttet.

Formålet med denne rapporten er å gjøre rede for:

- innsamlingsmetode, innsamlingsprosess og utvalg
- utvikling og validering av spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen
- sentrale statistiske begreper.

1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Kapittel to tar for seg innsamlingsmetoden. Det ses nærmere på sentrale valg og vurderinger gjort i forkant av undersøkelsen, selve innsamlingsprosessen samt resultater av denne (svarprosent). Spørreskjemaet som er benyttet har vært gjennom en grundig utviklings- og valideringsprosess som beskrives i kapittel tre. Kapittel fire gjør rede for sentrale statistiske begreper og teknikker i undersøkelsen.

2 Innsamlingsmetode

Det finnes ingen entydige svar på hvordan en spørreskjemaundersøkelse bør gjennomføres. Basert på en omfattende litteraturgjennomgang anbefaler for eksempel McColl et al. (2001) at valg av innsamlingsmåte gjøres i det enkelte tilfelle, etter vurdering av en rekke faktorer som populasjon, forskningstema, utvalgsmetode og ressursbehov. Crow et al. (2002) underbygger dette ved å vise til fordeler og ulemper knyttet til ulike tilnærminger. I tillegg etterlyser begge studiene mer forskning på effekter av ulike metodevalg.

I dette prosjektet har vi forsøkt å finne en fremgangsmåte som tilfredsstillende krav til vitenskapelighet (objektivitet og representativitet) og som samtidig lar seg gjennomføre i tråd med ytre rammebetingelser (økonomiske og tidsmessige).

Nedenfor omtales viktige spørsmål i forbindelse med datainnsamlingen i denne undersøkelsen, hvor fastlegene i Norge har vurdert kvaliteten ved DPSene.

2.1 POPULASJON OG AVGRENSNINGER

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. I hovedundersøkelsen var populasjonen alle fastleger i landet pr januar 2006, minus fastlegene i Aust-Agder og Vest-Agder. Fastlegene i Agder-fylkene deltok i pilotundersøkelsen som ble gjennomført i november-desember 2005. Piloten er en viktig del av det underliggende utviklingsprosjektet for undersøkelsen, og er nærmere beskrevet i egen dokumentasjonsrapport (Holte et al. 2006)

Fastlegene ble bedt om å vurdere det DPSet som har ansvaret for generelle voksenpsykiatriske tjenester i det området hvor legekontoret er plassert. Legene måtte først krysse av for det relevante DPSet, dernest svare på alle spørsmålene med utgangspunkt i de samlede erfaringene med dette DPSet. Vi mister dermed vurderingene av andre DPS som legene har erfaring med, men samtidig har vi sikret oss at vurderingene som gjøres kan knyttes ann til kun ett DPS. Framskaffing av tall på institusjonsnivå var en av hovedmålsetningene i prosjektet.

2.2 UTVALGSTREKKING

Det er i utgangspunktet to strata i undersøkelsen: piloten og den nasjonale undersøkelsen. Den nasjonale undersøkelsen er gjennomført i to trinn: innhenting av skjema, og telefonintervju blant ikke-svarerne. Dette kan rent teknisk behandles som to strata: ett bestående av svarerne, og ett av ikke-svarerne. Svarprosenten var større i hovedundersøkelsen enn i piloten (se nedenfor). Med vektning kan vi korrigere for varierende svarprosent. På denne måten vil piloten som har lavest svarprosent få høyere vekt, siden piloten representerer en større andel av den bakenforliggende populasjonen. Vektning er nærmere beskrevet i avsnitt 2.4.3.

2.3 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

2.3.1 Innsamlingsrutiner

Innsamlingsrutinene i hovedprosjektet baserte seg på erfaringer fra utviklingsprosjektet inkl. pilotundersøkelsen i Aust- og Vest-Agder (Holte et al. 2006). Vi fikk overført liste over fastleger i Norge per januar 2006 fra Legeforeningen (navn, adresse, spesialitet m.m.). For å få med fastleger som ikke er medlemmer i Legeforeningen, koblet vi listen mot data om fastleger fra Trygdeetatens internettsider. Fastleger som kun befant seg i Trygdeetatens lister ble også inkludert i undersøkelsen, dvs. at alle fastleger i Norge per januar 2006 ble inkludert. I pilotundersøkelsen blant fastleger i Aust- og Vest-Agder høsten 2005 ble samme prosedyre benyttet, men fastlegene fra Agder-fylkene deltok kun i piloten.

Hovedinnsamlingsmetode i undersøkelsen var postalt spørreskjema. I hovedundersøkelsen sendte vi spørreskjema til fastlegenes kontoradresse 20. januar, og ikke-svarere ble purret med ca. 10 dagers mellomrom (maksimalt tre postale purringer). De som ikke hadde svart etter tre postale purringer ble overført til telefonintervjuer, gjennomført av TNS Gallup. De ikke-svarerne som det var mulig å finne telefonnummeret til, ble oppringt inntil fem ganger, og stilt de samme spørsmålene som i det postale skjemaet.

I pilotundersøkelsen randomiserte vi fastlegene i tre grupper, der to av gruppene mottok tre postale purringer og den siste gruppen to purringer.

2.3.2 Personvern

Prosjektet er vurdert av personvernombudet for forskning i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som konkluderte med at behandlingen av personopplysninger tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

2.4 SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET

2.4.1 Svarprosent

Totalt ble 3 798 fastleger inkludert i utvalget. Av ulike årsaker ble 94 av disse kansellert (ukjent adresse, permisjon m.m.), og korrigert bruttoutvalg var følgelig på 3 704. Vi mottok svar fra 2 415 fastleger, noe som betyr at svarprosenten i undersøkelsen er på 65. Som det fremgår av

tabell 1, varierer svarprosenten en del mellom fylkene. Svarprosenten er oppgitt fylkesvis fordi vi ikke har opplysninger om hvor mange av fastlegene som skulle ha svart for hvert DPS.

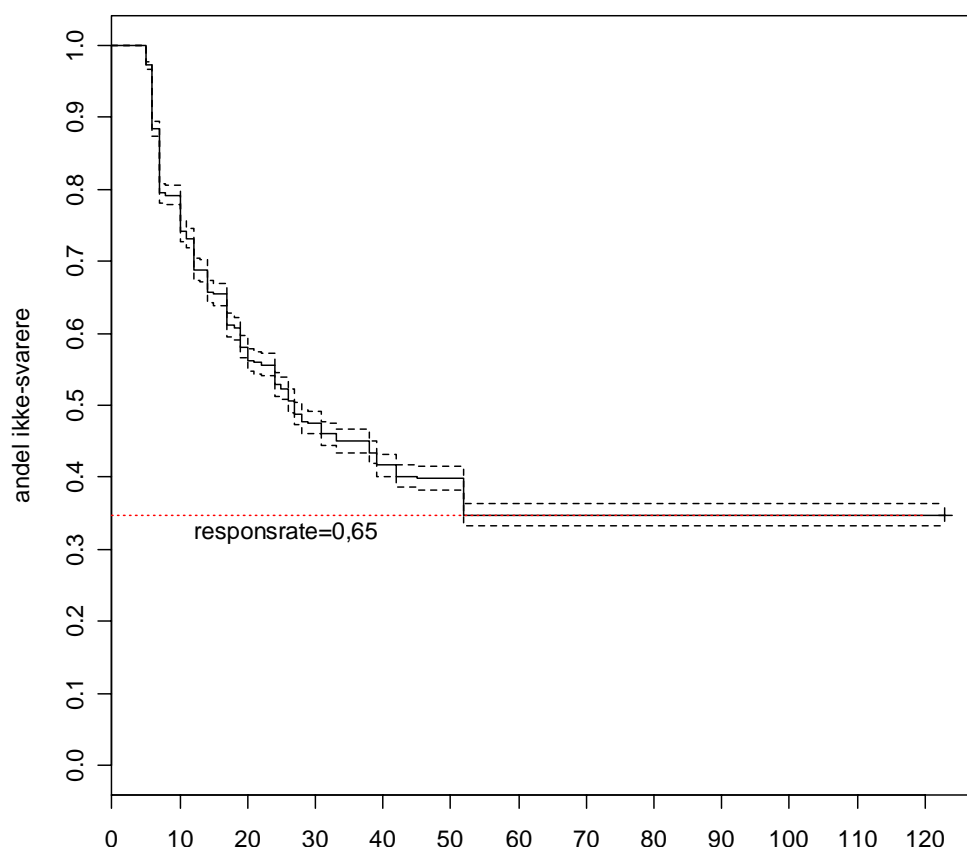
Tabell 1: Svarprosent i undersøkelsen etter fylke.

	Respons		Total
	Ikke svart	Svart	
Østfold	61 30,2%	141 69,8%	202 100,0%
Akershus	117 32,3%	245 67,7%	362 100,0%
Oslo	136 31,5%	296 68,5%	432 100,0%
Hedmark	44 28,4%	111 71,6%	155 100,0%
Oppland	60 36,6%	104 63,4%	164 100,0%
Buskerud	59 31,1%	131 68,9%	190 100,0%
Vestfold	44 27,3%	117 72,7%	161 100,0%
Telemark	45 33,8%	88 66,2%	133 100,0%
Aust-Agder	35 37,2%	59 62,8%	94 100,0%
Vest-Agder	72 49,0%	75 51,0%	147 100,0%
Rogaland	102 37,0%	174 63,0%	276 100,0%
Hordaland	117 31,9%	250 68,1%	367 100,0%
Sogn og Fjordane	37 44,6%	46 55,4%	83 100,0%
Møre og Romsdal	97 45,5%	116 54,5%	213 100,0%
Sør-Trøndelag	63 29,0%	154 71,0%	217 100,0%
Nord-Trøndelag	41 41,4%	58 58,6%	99 100,0%
Nordland	79 39,5%	121 60,5%	200 100,0%
Troms	56 41,2%	80 58,8%	136 100,0%
Finnmark	24 32,9%	49 67,1%	73 100,0%
Total	1289 34,8%	2415 65,2%	3704 100,0%

2.4.2 Svartid

Figuren nedenfor viser andel ikke-svarere som funksjon av tiden (i dager) etter første utsendelse. Som det fremgår er den endelige responsraten 65%, oppnådd etter ca 50 dager. Resultatene av telefonintervjuet er tydelig i grafen.

Figur 1: Figuren viser andel som ennå ikke har svart, som funksjon av antall dager siden utsendelse.



2.4.3 Vekting

Sammenlignet med nasjonale pasienterfaringsundersøkelser er svarprosenten bra, men 35 % av fastlegene har altså unnlatt å svare etter fire purringer. Et viktig spørsmål blir da i hvilken grad resultatene for de som faktisk svarte likevel er representative.

Det finnes en teknikk for å justere for frafall som baserer seg på modellering av responsraten som funksjon av kjennetegn i samplingrammen. Vi har derfor prøvd trinnvis logistisk regresjon med respons som avhengig variabel og ulike bakgrunnsvariable om fastlegen som uavhengige variable.

Blant de som ikke svarer i hovedmaterialet er det bare kjønn som har noe å si for responssannsynligheten (dvs. identifikasjon og intervju). Forskjellen er signifikant ($p=0,031$). Vi bruker derfor kjønn som stratifiseringsvariabel for trinn 2 (altså de som ikke har svart på postalt skjema i hovedundersøkelsen).

For piloten er det kjønn og alder som slår ut, men ikke signifikant. Svarprosenten er lavere i piloten enn i hovedundersøkelsen, blant annet fordi en av de randomiserte gruppene kun hadde to postale purringer. Dette betyr at vi også legger inn egen vekt for pilotsvarerne.

Den endelige stratumlisten blir da som følger: Pilot; Skjemasvarerne; Trinn 2, menn; Trinn 2, kvinner.

Trinn 2 omfatter ikke bare de som er forsøkt telefonintervjuet, men alle i hovedundersøkelsen som ikke har sendt inn skjema. For å modellere frafall er det ikke relevant hva som er årsaken til at noen er ikke-svarere i telefonintervjuet. For beregning av netto frafall, dvs. frafall korrigert for at noen individer ikke burde regnes med i populasjonen, er dette imidlertid interessant. Da får vi et helt annet bilde: kjønn har ikke noe å si, derimot alder og antall år som allmennelege. (Resultatene er ikke vist her, da de ikke inngår i responsmodellen.)

2.4.4 Oppfølgingsundersøkelse av ikke-svarere

Ovenfor har vi redegjort for hvordan vi har undersøkt og håndtert strukturelle forskjeller mellom svarere og ikke-svarere, herunder det faktum at svarprosenten var lavere i pilotundersøkelsen enn i det nasjonale opplegget. Vi har valgt å vekte for svarerne fra pilotmaterialet, samt for hhv. menn og kvinner blant de som ikke svarte i hovedundersøkelsen.

Til tross for dette gjenstår spørsmålet om svarerne (65 %) og ikke-svarerne (35 %) har forskjellige erfaringer/vurderinger. En måte å undersøke dette på er å karakterisere de som kun svarte på telefonintervjuet som ikke-svarere (i det postale opplegget), og sammenligne tilfredshetsnivået deres med de som svarte i det postale opplegget. I tabellen nedenfor kan man se endringene i gjennomsnitt på hovedindeksene fra en runde i undersøkelsen til neste, sammen med standardfeilen.

Tabell 2: Endringer i gjennomsnitt på hovedindeksene etter antall henvendelser (skala 0-100), og standardfeil.

	Første purring	Andre purring	Tredje purring	Telefon purring	Standard feil
Bemanning	-0.1539	0.0646	-0.262	-0.1704	0.457
Akutt	0.4389	-0.0562	-0.198	0.0151	0.600
Epikrise	0.0111	0.1272	-0.286	0.1190	0.457
Veiledning	-0.0939	-0.1303	-0.199	0.6437	0.535
Kompetanse	-0.1042	-0.0801	-0.204	0.0324	0.393

Tabellen viser at alle rundene har en viss effekt, og at effekten kan være ikke ubetydelig for enkeltvariable. Av spesiell interesse her er endringene etter å ha inkludert telefonsvarerne. For veiledningsindeksen er det et spesielt stort hopp etter telefonintervjuet, men ellers er det ingen klare tegn på at telefonintervju gir andre verdier enn postalt skjema.

Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere er gjort i flere tidligere studier, men resultatene er ikke konkluderende. Guldvog et al. (1998) fant ingen forskjeller i pasienttilfredshet mellom svarere og ikke-svarere blant somatiske pasienter. Zwier og Clarke (1999) fant på sin side resultater som pekte i retning av at svarerne var mer positive. Moutoussis et al. (2000) hevder at misfornøyde pasienter gjerne søker å unngå oppfølging og evaluerende undersøkelser.

Et problem som knytter seg til denne type oppfølgingsundersøkelser er at de ofte gjøres på en annen måte enn den opprinnelige undersøkelsen. Det er vanskelig å vite om resultatene skyldes faktiske forskjeller mellom svarere og ikke-svarere eller om det er forskjeller som

skyldes ulik innsamlingsmetode. Mye forskning er gjort på effekter av ulike typer innsamlingsmetoder i surveys. Flere studier har vist at ulike innsamlingsmetoder i noen tilfeller systematisk kan påvirke svarene (Walker & Restuccia, 1984; de Leeuw, 1992, Dillman et al., 2001). Likevel synes hovedkonklusjonen å være at ulike tilnæringer kan kombineres og resultatene sammenlignes, men at dette stiller store krav til at innsamlingsprosessene holdes så like som mulig, på tvers av ulike metoder (Dillman, 2000).

I oppfølgingsstudier er det vanskelig å få tak i mange nok av ikke-svarerne til at man har et representativt utvalg for denne gruppen. Haraldsen (2005) peker på at det er lettere å få tak i de av ikke-svarerne som ligner på svarerne, mens det er de som ikke ligner (og som er vanskeligere å nå) som har potensielt størst betydning for resultatet. Til tross for at vi finner at et lite utvalg av ikke-svarerne i det postale opplegget, dvs. telefonsvarerne, ikke skiller seg fra de som har svart på det postale skjemaet, er det fortsatt uvisst om telefonsvarerne er representative for de 35 % ikke-svarerne.

2.4.5 Representativitet – Konklusjon

Vi har gjennomført mange tiltak for å øke svarprosenten, og sammenlignet med for eksempel pasienterfaringsundersøkelser er responsraten vesentlig høyere. Vi har vektet for skjevheter i materialet, og vi har også gjennomført en telefonundersøkelse med ikke-svarere fra det postale opplegget. Telefonsvarerne skilte seg ikke systematisk fra de som svarte på det postale skjemaet.

Basert på den foreliggende kunnskap, konkluderer vi med at representativiteten til denne undersøkelsen er tilfredsstillende.

3 Utvikling og validering av spørreskjema

For at man skal kunne stole på resultatene av undersøkelser er det viktig at de verktøy som blir benyttet har gjennomgått en grundig utviklings- og valideringsprosess. I brukererfaringsundersøkelsene våre er det viktig å utvikle spørreskjemaer som oppleves som relevante og betydningsfulle for brukerne, som er nyttige og interessante som verktøy i kvalitetsutvikling, og som tilfredsstillende vitenskapelige krav om validitet og reliabilitet. For å imøtekomme disse kravene har utviklingen av spørreskjemaet blitt delt i tre faser:

- Litteraturgjennomgang.
- Intervjuer med fastleger og workshops med referansegruppe bestående av fastleger og helsepersonell fra distriktspsykiatriske sentra.
- Pre-testing av spørreskjemaet.

3.1 UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAET

3.1.1 Generelt om utvikling av spørreskjemaer

Utforming av spørreskjemaer reiser en rekke metodiske spørsmål. Gjennom ulike PasOpp-prosjekter har Kunnskapssenteret utviklet og testet forskjellige spørreskjema for ulike grupper (Pettersen et al. 2004; Garratt et al. 2005; Garratt et al. 2006a; Garratt et al. 2006b). Det vil føre for langt å her redegjøre for alle elementer som vi har vurdert i forbindelse med konstruksjon og testing av skjemaene, men noen kommentarer er likevel på sin plass.

Vi stiller som hovedregel spørsmål om konkrete erfaringer, det vil si at vi ber pasientene/fastlegene vurdere sine erfaringer heller enn sin tilfredshet. Videre behandler vi brukererfaringer som et multidimensjonalt konsept. Dette er gjort på bakgrunn av egne erfaringer med RESKVA og PasOpp samt erfaringer gjort av andre aktører på området (se for eksempel Hofoss, 1986; Jenkinson et al., 2002; Freil et al., 2003; Pettersen et al., 2004). Det påpekes fra flere hold at generelle tilfredshetsmålinger tenderer mot å gi en stor overvekt av positive svar og at tilbakemeldinger på konkrete områder knyttet til behandling og pleie derfor gir mer anvendelig informasjon til bruk i forbedringsprosesser (Hofoss, 1986; Jenkinson et al., 2002). En utfordring med å stille konkrete spørsmål om erfaringer er å finne områder som er viktige for fastlegene og som oppleves som relevante. Gjennom litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med fastleger, samt nært samarbeid med fagfolk i helsesektoren, har vi søkt å oppnå dette.

Vi inkluderer vanligvis noen få spørsmål knyttet til generell tilfredshet. Disse brukes i første rekke som valideringsgrunnlag for svar på enkeltspørsmål eller indekser om erfaringer. Plasseringen av bakgrunnsspørsmål sist i spørreskjemaene og avsatt plass til fritekstkommentarer er i tråd med anbefalinger fra McColl et al. (2002).

Frem til nylig har RESKVA og PasOpp benyttet en Visual Analog Scale (VAS) med ti verdier og beskrivende ytterpunkter. Denne skalaen har imidlertid vist seg å ikke fungere like godt for alle grupper (Andresen et al., 2004). Vi har derfor valgt å benytte en fempunkt Likert skala i de siste PasOpp-undersøkelsene, også i fastlegeundersøkelsen. For tiden gjennomføres et forskningsprosjekt som skal gjøre en grundig vurdering av hvilken skala som skal benyttes i fremtidige PasOpp-undersøkelser (for en gjennomgang av problemstillinger knyttet til valg av svarskala, se for eksempel Streiner og Norman (2003)).

3.1.2 Utvikling av skjema om fastlegers erfaring med DPS

Utviklingen av spørreskjemaet i denne undersøkelsen er beskrevet utførlig i dokumentasjonsrapporten for utviklingsprosjektet (Holte et al. 2006).

Vi gjennomførte et litteratursøk for å finne validerte måleinstrumenter som kunne tas direkte i bruk, men dette ble ikke funnet. Noen relevante artikler ble identifisert og gjennomgått, blant annet om viktige erfaringsområder (Spiessl et al. 2000; Spiessl et al. 2001). Disse ble trukket med i det videre arbeidet. Vi gjorde deretter kvalitative intervjuer med fastleger for å finne ut hvilke områder de mener er viktige ved DPS for at de skal være tilfredse med DPSen. Basert på dette utviklet vi en førsteversjon av spørreskjema, som så ble gjennomgått i en referansegruppe bestående av fastleger og helsepersonell fra DPS. Skjemaet ble deretter justert og testet i en pilotundersøkelse blant fastleger i Aust-Agder og Vest-Agder. Vi analyserte psykometriske egenskaper i skjemaet basert på pilotmaterialet, diskuterte dette med referansegruppen, og justerte så skjemaet til det endelige skjemaet som ble benyttet i den nasjonale undersøkelsen (se vedlegg A).

3.2 VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER

Vi gjennomførte validitetsanalysene på det postale materialet fra hovedundersøkelsen (n=2 097). Antall manglende svar på spørsmålene i det innsamlede datamaterialet gir en pekepinn på i hvilken grad fastlegene aksepterte dem. Spørsmål med høy grad av manglende svar ble derfor vurdert for ekskludering. Eksplorerende faktoranalyse ble benyttet for å kartlegge dimensjonaliteten av fastlegenes erfaringer. Vi så etter faktorer med høyere eigenvalue enn én. Spørsmål med svake faktorladninger ble vurdert ekskludert fra det endelige instrumentet.

Intern konsistens ble målt ved item-total korrelasjon og Cronbach's Alpha. Førstnevnte måler styrken på forholdet mellom ett utsagn og de andre utsagnene i en dimensjon. Sistnevnte måler samlet korrelasjon mellom utsagnene i en dimensjon. Det er vanlig å operere med en grenseverdi for Cronbach's Alpha på 0.7 for at en dimensjon skal være tilstrekkelig reliabel (Nunnally & Bernstein, 1994; Kline, 1986).

Test-retest reliabilitet ble målt ved å sende et nytt spørreskjema til et utvalg av 270 fastleger ca. 10 dager etter at de returnerte det første spørreskjemaet. Vi ba fastlegene vurdere det samme DPSet som i første skjema, og ellers var retest-skjemaet identisk med det første skjemaet. Reliabiliteten ble målt gjennom intra-class korrelasjon, som bør overstige 0.7 (Nunnally & Bernstein, 1994). Resultatene av analysene gav fem erfaringsdimensjoner (tabell 3).

Tabell 3: Deskriptiv statistikk, indre konsistens og test-retest reliabilitet for undersøkelsens hovedområder.

Skala / utsagn	Missing (%)	Gjennomsnitt	Standardavvik	Cronbach's alpha/ item-total correlation	Test-retest intraclass correlation (n=162)
Akutt	54 (2.6)	52.42	22.17	0.85	0.74
Sp5 Får du kontakt med DPSet i akutte situasjoner?	32 (1.5)	3.21	0.93	0.74	
Sp6 Får du hjelp fra DPSet i akutte situasjoner?	50 (2.4)	2.98	0.97	0.74	
Epikrise	23 (1.1)	52.00	18.31	0.80	0.72
Sp9 Synes du at epikrisene fra DPSet er av god kvalitet?	13 (0.6)	3.40	0.83	0.69	
Sp10 Inneholder epikrisene planer for videre oppfølging?	8 (0.4)	2.99	0.88	0.67	
Sp 11 Mottar du epikrisene fra DPSet raskt?	13 (0.6)	2.82	0.88	0.59	
Kompetanse	94 (4.5)	55.03	16.65	0.86	0.73
Sp12 Har DPSet god kompetanse til å utrede og behandle pasienter?	16 (0.8)	3.41	0.76	0.71	
Sp13 Får du gode faglige råd fra fagfolkene ved DPSet?	20 (1.0)	3.07	0.87	0.71	
Sp14 Har pasientene fått nødvendig hjelp ved overføring fra DPS?	22 (1.0)	3.14	0.72	0.71	
Sp15 Samarbeider fagpersoner ved DPS'et godt?	77 (3.7)	3.15	0.81	0.71	
Veiledning	40 (1.9)	30.90	20.64	0.77	0.87
Sp16 Har du/dere samarbeidsmøter med DPSet?	8 (0.4)	2.19	1.10	0.59	
Sp17 Tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager?	26 (1.2)	1.96	0.94	0.63	
Sp18 Får du nødvendig faglig støtte fra DPSet	18 (0.9)	2.56	0.94	0.59	
Bemanning	229	44.90	18.58	0.89	0.74
Sp21 Får DPSet besatt viktige fagstillinger?	169	2.84	0.80	0.75	
Sp22 God legedekning ved DPSet?	116	2.51	0.89	0.73	
Sp23 Er det stabilitet i de faglige lederstillingene ved DPSet?	160	2.94	0.90	0.77	
Sp24 Er det stabilitet i fagstillingene ved DPSet?	165	2.89	0.84	0.77	

Utsagnene er skåret fra 1 til 5 og skalaene fra 0 til 100 hvor 100 er best.

4 Statistiske metoder og -begreper

4.1 BRUK AV HJELPEVARIABLE TIL JUSTERING

Forsøk på å forklare responsvariablene med kjennetegn ved fastlegene gir ingen fruktbare resultater. Vi har gjennomført trinnvis variabelseleksjon med kandidatvariablene stratum, kjønn, gruppert alder, gruppert antall år som allmennlege og bistilling.

Determinasjonskoeffisienten (R^2) for tilpassede modeller er svært beskjeden på alle hoveddimensjoner, fra 0,0039 på akutte situasjoner til 0,0141 på epikrise. Vi vil derfor ikke benytte hjelpevariable i estimeringen.

Vi har ikke data i dette prosjektet til å justere for forskjeller i pasientsammensetning mellom DPSene (case-mix).

4.2 PUBLISERING AV INSTITUSJONSRESULTATER - USIKKERHET

Det er to forhold vi må ta hensyn til når det gjelder publisering av institusjonsresultater; i) anonymisering - vi kan kreve at for eksempel minst 3 svar ligger bak hvert publiserte tall, ii) usikkerhet - vi ønsker ikke å publisere svært usikre tall.

Ingen av DPSene er problematiske i forhold til anonymisering. Når det gjelder usikkerhet, har vi i tidligere undersøkelser brukt en tommelfingerregel om ca 15 respondenter som minimum. Ideelt sett burde vi derfor sette en grense for hvor stort et standardavvik kan være. Grensen skal være et uttrykk for en avveining mellom sikkerhet i resultater og dekning av alle institusjonene. For denne undersøkelsen er noen av indeksene langt mer variable enn det som vi har sett i pasienttilfredshetsundersøkelsene. Siden mange institusjons-standardavvik da blir veldig store, har vi valgt å se på andelen publiserbare resultater i stedet. I figurene har vi brukt 7 (tilnærmet 90%-fraktilen i standardavvikene) som cutoff.

4.3 STANDARDAVVIK OG N (ANTALL SVAR)

Standardavvik er et vanlig mål på variasjon i forhold til et gjennomsnitt i en gruppe. Summen av standardavvikene rundt et gjennomsnitt fanger opp $2/3$ av variansen i et normalfordelt materiale. Lavt standardavvik betyr liten spredning, altså at de fleste befinner seg i nærheten

av gjennomsnittet. Dette betyr at økende standardavvik reduserer verdien av å bruke gjennomsnitt som mål.

N representerer antall svar på det aktuelle spørsmålet. På enkelte spørsmål er det færre som svarer enn på andre spørsmål. Den statistiske usikkerheten i undersøkelser av denne typen øker når antall svar er lavt.

Oppsummert betyr dette at et gjennomsnitt må vurderes i sammenheng med både standardavvik og antall svar.

4.4 SIGNIFIKANSTESTING

Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene man får er uttrykk for reelle effekter og ikke tilfeldigheter eller feil knyttet til den aktuelle undersøkelsen. For denne rapporten betyr det at vi ønsker at resultatene skal være gyldige ikke bare for den gruppen vi faktisk har fått svar fra, men for fastleger generelt. I signifikanstesting ses en observert statistisk effekt i lys av antall svar. Jo færre svar man har, jo større må effekten være for å bli signifikant.

I tråd med bekymringer som er tatt opp i internasjonal medisinsk litteratur (Sterne & Davey Smith, 2001) advares det mot en ureflektert inndeling etter signifikante og ikke-signifikante resultater. Et signifikant resultat er ikke nødvendigvis praktisk betydningsfullt, særlig ikke når antall respondenter er høyt. Videre er det ikke slik at alle ikke-signifikante sammenhenger automatisk bør forkastes som ubrukelige. Resultatene fra PasOpp bør inspirere til refleksjon i lys av øvrig kunnskap om lokale forhold og organisering. En nyttig tommelfingerregel kan være at jo færre respondenter det er fra en gitt enhet, jo mer forskjellig må denne enheten være fra de andre for at forskjellen skal bli signifikant.

4.4.1 Simultan hypotesetesting av indeksene på DPS-nivå

Vanlig hypotesetesting beskytter oss mot feilslutninger hvis vi bare foretar en enkelt test. I en undersøkelse som vår skal vi imidlertid sammenligne mange DPS på mange variabler, og kan derfor i teorien bli ledet til mange feilslutninger. For at den totale feilsannsynligheten ikke skal bli urimelig høy, må vi korrigere for at vi gjør mange fortløpende tester (multipel testing). Multipel testing er mer konservativ enn vanlig testing, det vil si at vi sjeldnere kan trekke sikre slutninger.

Det må her presiseres at grunnen til at vi bruker multipel testing, er at vi ønsker å sammenligne flere DPS. Hvis man bare er interessert i ett enkelt DPS, skal man bruke en konvensjonell test uten korreksjon. Tilsvarende gjelder for konfidensintervaller.

Vi har i vår rapportering brukt fremgangsmåten beskrevet av Westfall (1997), for hvert hovedområde, og Bonferronikorreksjon på tvers av disse.

4.4.2 Konfidensintervall

Hellevik gir følgende begrepsforklaring for konfidensintervaller:

”Intervall rundt et utvalgsresultat som en – med en spesifisert grad av sikkerhet – kan regne med at det riktige resultatet for universet befinner seg innenfor (=2 ganger feilmarginen)” (Hellevik, 1999, s. 451).

For å beregne konfidensintervallet rundt et gjennomsnitt beregnes først standardfeilen, som er standardavviket delt på kvadratroten av N. Deretter konstrueres øvre og nedre grense for intervallet ved først å beregne gjennomsnittet, og deretter legge til/trekke fra Z-verdi (standardavvik enheter) multiplisert med standardfeilen. Z-verdien for et 95% konfidensintervall er 1,96.

Dersom vi beregner mange 95% konfidensintervaller vet vi at rundt 95% av dem vil dekke de sanne verdiene. Konfidenskoeffisienten sies da å være 95%.

Lengden på konfidensintervallet avhenger av standardfeilen, utvalgsstørrelse og konfidenskoeffisient. Dersom standardavviket er lite og utvalgsstørrelsen er stor vil konfidensintervallet bli lite. Er standardavviket stort og utvalgsstørrelsen liten vil konfidensintervallet bli stort (altså et mindre presist estimat).

I hovedrapporten til denne undersøkelsen har vi valgt et konvensjonelt konfidensintervall med konfidenskoeffisient på 95%. En viktig grunn til at vi har med konfidensintervaller er at enkelte DPS har relativt få svar (lav N). Konfidensintervallene gir leserne ytterligere informasjon om hvordan resultatet for en gitt gruppe er i forhold til andre grupper. Som med signifikanstester advarer vi mot å se bort fra resultater selv om konfidensintervallet er bredt. Et bredt konfidensintervall for et DPS betyr *ikke* at resultatet nødvendigvis er lenger unna det ”virkelige” tallet – det kan like gjerne avspeile et lavere antall svarere på DPSet, noe som gjør resultatene mer statistisk usikre.

5 Referanseliste

Andresen Ø, Bjørngaard JH, Dahle KA, Groven G, Grut L, Hofoss D, Saunes IS, Ruud T. Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet. Rapport nr. 9-2004, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

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 Techno Assess* 2002;**6**.

de Leeuw ED. Data quality in mail, telephone, and face-to-face surveys. Amsterdam: TT Publications, 1992

Dillmann DA. Mixed-Mode Surveys. *Mail and Internet Surveys- The Tailored Design Method*, pp 217-44. NY: Wiley, 2000

Dillman, Don A., Phelps, G., Tortora, R., Swift, K., Kohrell, J., and Berck, J. Response Rate and Measurement Differences in Mixed Mode Surveys - Using Mail, Telephone, Interactive Voice Response and the Internet. 2001. Ref Type: Unpublished Work

Freil M, Gut R, Gothen I, Petersen J. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002: Spørgekemaundersøgelse blant 32000 patienter. Enheten for Brugerundersøgelser 2003.

Garratt A, Bjertnæs ØA, Krogstad U, Gulbrandsen P. The Outpatient Experiences Questionnaire: data quality, reliability and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 433-437

Garratt AM, Bjørngård JH, Dahle KA, Bjertnæs ØA, Saunes IS, Ruud T. Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire: data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nordic Journal of Psychiatry* 2006; 60: 89-96

Garratt A, Danielsen K, Bjertnæs ØA, Ruud T. PasOpp – en metode for å måle brukererfaringer i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1478-80

Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 18: 386-391

Haraldsen, G. Spørings- og motiveringsteknikker i spørreskjemaundersøkelser, del 1. Oral presentation, Oslo, 15.02.2006

Hellevik O. *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 1999, Oslo: Universitetsforlaget

Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet: Hva kan vi bruke kunnskapen til? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986;14(106):1188-1195

Holte TO, Groven G, Iversen H, Bjertnæs ØA, Garratt A. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra: Utvikling av spørreskjema og innsamlingsopplegg. Rapport nr. 7-2006, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(5): 353-358

Kline P. A handbook of test construction. London: Methuen, 1986.

McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assess* 2001;5(31)

Moutoussis M, Gilmour F, Barker D, Orrell MW. Quality of care in a psychiatric out-patient department. *Journal of Mental Health*. 2000;9:409-20.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire – development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004;16(6):453-463

Spießl H, Cording C. Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68(5): 206-15

Spießl H, Semsch I, Cording C, Klein HE. Interviews with physicians in private practice as a starting point for quality improvement in hospitals. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2001; 95(6): 419-23

Sterne JA, Davey Smith G. Stifing the evidence – what's wrong with significance tests? *BMJ* 2001; 322(7280): 226-231

Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales; a practical guide to their development and use*. 2003, Oxford University Press

Walker AH, Restuccia JD. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone. *Health Services Research* 1984;19:291-306

Westfall, Peter (1997), Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations, *Journal of the American Statistical Association*, *92*(437), 299-306.

Zwier G, Clarke D. How well do we monitor patient satisfaction? Problems with the nation-wide patient survey. *N Z Med J* 1999;8;112(1097): 371-375

Vedlegg A: Spørreskjema

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

PasOpp 2006

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

PasOpp DPS jan/feb/2006

Hensikten med denne undersøkelsen

er å få tilbakemeldinger fra fastleger om samarbeidet med de 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):

Helse Sør	<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	
Helse Øst	<input type="checkbox"/> Moss DPS <input type="checkbox"/> Edwin Ruud DPS <input type="checkbox"/> Fredrikstad DPS <input type="checkbox"/> DPS Halden/Sarpsborg <input type="checkbox"/> Follo DPS <input type="checkbox"/> 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	
Helse Vest	<input type="checkbox"/> Dalane DPS <input type="checkbox"/> Sandnes DPS <input type="checkbox"/> Jæren DPS <input type="checkbox"/> Ryfylke DPS <input type="checkbox"/> Stavanger DPS	<input type="checkbox"/> Haugaland DPS <input type="checkbox"/> Folgefonn DPS <input type="checkbox"/> Stord DPS <input type="checkbox"/> Karmøy DPS <input type="checkbox"/> Fjell og Årstad DPS	<input type="checkbox"/> Bjørgvin DPS <input type="checkbox"/> Betanien DPS <input type="checkbox"/> Voss DPS psyk rehab.team og poliklinikk <input type="checkbox"/> Voss DPS, NKS Bjørkeli	<input type="checkbox"/> Indre Sogn Psykiatrisenter <input type="checkbox"/> Nordfjord Psykiatrisenter <input type="checkbox"/> Solli Sykehus (Fana og Os DPS sammen med Askviknes, Helse Bergen)	
Helse Midt-Norge	<input type="checkbox"/> DPA, Helse Sunnmøre <input type="checkbox"/> Molde DPS <input type="checkbox"/> Kristiansund DPS	<input type="checkbox"/> Orkdal DPS <input type="checkbox"/> Tiller DPS <input type="checkbox"/> Leistad DPS	<input type="checkbox"/> Sykehuset Levanger <input type="checkbox"/> DPS Stjørdal <input type="checkbox"/> Sykehuset Namsos	<input type="checkbox"/> DPS Kolvereid	
Helse Nord	Nordlandssykehuset <input type="checkbox"/> Salten psykiatriske senter <input type="checkbox"/> DPS Lofoten	Helgelandssykehuset <input type="checkbox"/> Mo i Rana psykiatriske senter <input type="checkbox"/> Mosjøen psykiatriske senter <input type="checkbox"/> Ytre Helgeland psykiatriske senter	Hågolandssykehuset <input type="checkbox"/> DPS Vesterålen <input type="checkbox"/> Psykisk helsevern Narvik <input type="checkbox"/> DPS Sør-Troms	UNN <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	Helse Finnmark <input type="checkbox"/> DPS Vest-Finmark <input type="checkbox"/> DPS Midt-Finmark <input type="checkbox"/> DPS Øst-Finmark

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

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"/>

⊥

⊥

7

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**

Følgende personer har bidratt i prosjektet:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavsplass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 82-8121-105-9
ISSN 1890-1565
PasOpp-rapport Nr 8-2006

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



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

Om denne undersøkelsen:

Populasjon: Fastleger i Norge

Metode: Postal spørreskjemaundersøkelse kombinert med telefonintervjuer

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

Bruttoutvalg: 3704

Svarprosent: 65