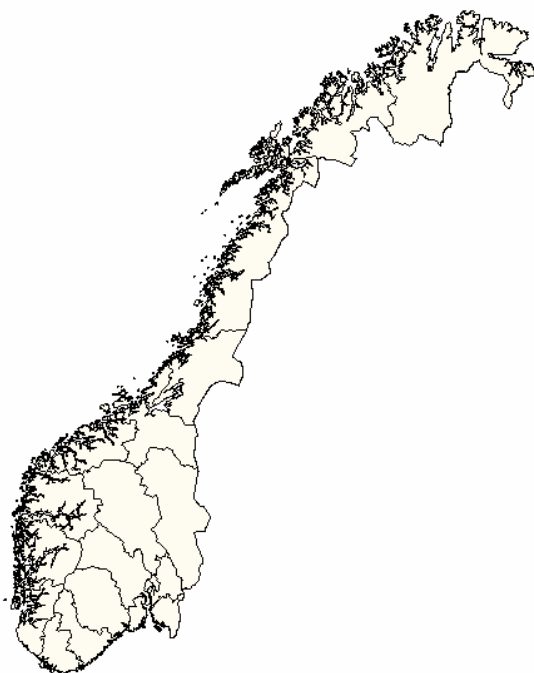


Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge – Metodedokumentasjon

PasOpp-rapport nr 9-2004



PasOpp
Pasientopplevelser

ISBN 82-8121-021-4

ISSN 1504-3428

Tittel	Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge – Metodedokumentasjon
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Samarbeidende institusjon	SINTEF Helse
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Øyvind Andresen Bjertnæs, Johan Håkon Bjørngaard, Andrew Garratt, Kari Aanjesen Dahle, Ingrid Sperre Saunes, Torleif Ruud
ISBN	82-8121-021-4
ISSN	1504-3428
Rapport	9 – 2004
Antall sider	29
Oppdragsgiver	De regionale helseforetakene

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten frem-skaffer 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 2005

Følgende personer har bidratt i prosjektet:

ØYVIND ANDRESEN BJERTNÆS. Prosjektleder for PasOpp, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Han har bidratt i utviklingen av spørreskjemaet og hatt hovedansvaret for å utarbeide metoderapporten.

JOHAN HÅKON BJØRNGAARD. Forsker i SINTEF Helse, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Han har bidratt i utviklingen av spørreskjemaet og med faglige råd i rapportarbeidet.

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

KARI AANJESEN DAHLE. Forsker, cand. scient. med hovedfag i biologi. Hun har bidratt i utviklingen av spørreskjemaet og med faglige råd i rapportarbeidet.

INGRID SPERRE SAUNES. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har bidratt i utviklingen av spørreskjemaet og med faglige råd i rapportarbeidet.

TORLEIF RUUD. Forskningssjef, Dr.med. Han har bidratt i utviklingen av spørreskjemaet og med faglige råd i rapportarbeidet.

REIDUN SKÅRERHØGDA. Prosjektkoordinator. Hun har vært prosjektkoordinator i prosjektet, og hatt ansvaret for de administrative oppgavene i rapportarbeidet.

GØRIL GROVEN. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har deltatt i utvikling av spørreskjemaet.

PETTER MOWINCKEL. Forsker, cand. real. med hovedfag i matematisk statistikk. Han har vært ressursperson ifht. utvalgsmetodikk og statistiske metoder i rapporten.

TOMISLAV DIMOSKI. IT-ansvarlig, siv. ing. Han har utviklet programvaren, *FS-systemet*, som gjør at databasen ved Kunnskapssenteret kan benytte data fra sykehusenes ulike pasientadministrative systemer. Han har også ivarettatt de tekniske sidene ved innsamling og oppbevaring av data.

MAN HOANG NGUYEN. Siv.ing. Datateknikk. Han har bidratt på den tekniske siden i datainnsamlingen.

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

PasOpp-prosjektet har dessuten hatt stor nytte av arbeidet som de tidligere prosjektlederne og prosjektmedarbeiderne for RESKVA har lagt ned, i tillegg til store og små praktiske bidrag fra andre personer ved Kunnskapssenteret i denne prosessen.

Vi takker kontaktpersonene ved institusjonene for samarbeidet i forbindelse med innsamling av data.

INNHOOLD

1.	INNLEDNING	1
1.1	OPPBYGGING AV RAPPORTEN	1
2.	INNSAMLINGSMETODE	2
2.1	POPULASJON OG AVGRENSNINGER	2
2.2	DIMENSJONERING AV UTVALG	3
2.3	INNSAMLINGSMÅTE	4
2.4	GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	5
2.4.1	<i>Innsamlingsrutiner</i>	5
2.4.2	<i>Etikk og personvern</i>	5
2.5	SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET	6
2.5.1	<i>Svarprosent</i>	6
2.5.2	<i>Strukturelle skjevheter i utvalget</i>	9
2.5.3	<i>Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere</i>	9
2.5.4	<i>Representativitet - Konklusjon</i>	10
3.	UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA	11
3.1	UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER OM PASIENTERFARINGER	11
3.2	UTVIKLING AV POLIKLINIKKSKJEMA	13
3.3	VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER	14
4.	STATISTISKE BEGREPER	16
4.1	STANDARDVARIASJON OG N (ANTALL SVAR)	16
4.2	KONFIDENSINTERVALL	16
4.3	JUSTERING FOR PASIENTSAMMENSETNING	17
4.4	UJUSTERTE TALL	18
	REFERANSELISTE.....	19
	APPENDIX A – SPØRRESKJEMA.....	22

1. INNLEDNING

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2004 gjennomført en brukererfaringsundersøkelse ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra de regionale helseforetakene. Resultatene fra undersøkelsen publiseres i egne resultatrapporter (Dahle 2004; Saunes 2004). I denne rapporten beskrives metoden som er benyttet i undersøkelsen.

Målgruppene for PasOpp spenner fra befolkning/brukere til politisk ledelse, helseforvaltningen (inkludert eiere), virksomhetsledere og ansatte i virksomhetene. For de fleste bruksområder er det behov for generaliserbare data, for eksempel ifht. styrings- og ledelsesformål og kvalitetsforbedring; det er nødvendig å vite om svarene fra pasientene gjelder kun utvalget i undersøkelsen, eller om de kan sies å (statistisk) representere pasientpopulasjonen som helhet. Spørsmål om representativitet og generaliserbarhet er sentrale komponenter i kvantitativ metode, og dette er hovedmetode i poliklinikkundersøkelsen. I forkant av undersøkelsen har det imidlertid vært nødvendig å supplere med kvalitative metoder, spesielt når vi har utviklet og testet spørreskjemaet.

Formålet med denne rapporten er tredelt:

- Å beskrive innsamlingsmetoden, utvalget og innsamlingsprosessen i poliklinikkundersøkelsen
- Å dokumentere utviklingen og valideringen av spørreskjemaet vi har benyttet
- Å beskrive de statistiske teknikkene/begrepene som er benyttet i resultatrapportene

1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

I kapittel 2 ser vi nærmere på spørsmål knyttet til innsamlingsmetode. Vi beskriver viktige valg og vurderinger som er gjort i forkant av undersøkelsen, selve innsamlingsprosessen og metodiske resultater (svarprosent). Instrumentet som er benyttet har vært gjennom en grundig utviklings- og valideringsprosess, noe som er nærmere beskrevet i kapittel 3. I kapittel 4 beskriver vi de viktigste statistiske teknikkene som er benyttet i resultatrapportene, herunder justering for pasientsammensetning og konfidensintervaller.

2. INNSAMLINGSMETODE

Det finnes ingen enkle og entydige svar på hvordan en pasienterfaringsundersøkelse bør gjennomføres. Basert på en gjennomgang av relevant litteratur, anbefaler for eksempel McColl et al. (2001) at valg av innsamlingsmåte gjøres i det enkelte tilfelle, etter en vurdering av populasjon, forskningstema, utvalgsrammer, utvalgsmetode, størrelse, kompleksitet og tilgjengelige ressurser. En annen kunnskapsoppsummering om metodiske og faglige aspekter i pasienterfaringsundersøkelser (Crow et al. 2002), underbygger dette ved å påvise at ulike metoder har ulike fordeler og ulemper, som den enkelte forsker/forskergruppe må vurdere i det enkelte tilfelle. I tillegg peker begge kunnskapsoppsummeringene på mange metodiske problemstillinger som har behov for ytterligere forskning.

Metodelitteraturen har derfor ingen ferdig oppskrift på hvordan en pasienterfaringsundersøkelse bør gjennomføres, og valg av metodiske løsninger må relateres til de praktiske, økonomiske og faglige hensyn i prosjektet.

I PasOpp står vi ovenfor en rekke problemstillinger knyttet til selve gjennomføringen av undersøkelsene. Det er viktig å finne en framgangsmåte som i størst mulig grad tilfredsstillende viktig forskerkrav om objektivitet og representativitet, samtidig som den faller innenfor den økonomiske og praktiske rammen som er stilt til disposisjon. På den praktisk/økonomiske plan er prisen på undersøkelsene og mengden oppgaver som skal gjøres ved institusjonene viktige vurderingsfaktorer, i tillegg har oppdragsgiverne et ønske om rask tilbakerapportering av resultater.

Nedenfor omtaler vi viktige spørsmål i forbindelse med data-innsamlingen i poliklinikkundersøkelsen i psykisk helsevern.

2.1 POPULASJON OG AVGRENSNINGER

I poliklinikkundersøkelsen er det pasienter ved poliklinikker for voksne i det psykisk helsevernet som er populasjon. Det er denne gruppen vi ønsker å kunne uttale oss om når resultatene er klare, men ettersom vi ikke kan inkludere alle pasienter til alle tider må vi avgrense undersøkelsen og definere utvalgsriterier. Relevante avgrensninger er på pasientnivå (alder, pasientgruppe), på institusjonsnivå og tidsmessig. Dernest må det settes kriterier for (teknisk) inklusjon i utvalget.

Vi har avgrenset utvalget av institusjoner til offentlig godkjente poliklinikker. Dette omfatter alle DPS'er og poliklinikker på sykehus, gitt at antall konsultasjoner er over 1000-1500 på årsbasis. Denne

avgrensningen ble anbefalt etter en pilotundersøkelse i Helse Vest (Groven et al. 2003; Andresen et al. 2004). De klare kriteriene for hva en offentlig godkjente poliklinikk er gir en oversiktlig institusjonsliste, og avgrensningen sørger også for at det inkluderes institusjoner som er tilstrekkelig store til å delta i en utvalgsundersøkelse.

I poliklinikkundersøkelsen ble utvalget avgrenset til pasienter som var 18 år eller eldre, og unntatt alderspsykiatriske pasienter. Vi ekskluderte derfor rene alderspsykiatriske institusjoner, alderspsykiatriske avdelinger og barneavdelinger.

En viktig føring for den tidsmessige avgrensningen var å finne en periode av året med mest mulig normal aktivitet, spesielt at undersøkelsesperioden ble holdt utenom ferier og sammenhengende helligdager av en viss varighet. Dette skyldes at aktiviteten er lavere i slike perioder, og dermed ikke er representativ for det "normale", men også at svarprosenten kan bli lavere ettersom mange pasienter er bortreist i ferien. Lengden på undersøkelsesperioden henger også sammen med størrelsen på pasientgruppen man ønsker å undersøke (omtales senere).

Undersøkelsesperioden i poliklinikkundersøkelsen var på fire uker, fra 01. september – 28. september 2004.

De tekniske utvalgskriteriene følger av beslutningene ovenfor. Vi hentet ut informasjon fra de pasientadministrative systemene ved institusjonene ved hjelp av programvaren FS-systemet. Denne egenutviklede programvaren gjør at databasen ved Kunnskapsenteret kan benytte data fra sykehusenes ulike pasientadministrative systemer. Vi mottok informasjon om alle pasienter som hadde blitt behandlet på poliklinikk i den definerte tidsperioden, dernest ble pasienter under 18 år ekskludert sammen med alderspsykiatriske enheter og barneavdelinger. Vi korrigerte så utvalget slik at en pasient kun ble telt en gang (per institusjon), og til slutt ble utvalgskvoten fylt opp per institusjon (dimensjonering er nærmere beskrevet nedenfor).

Utvalget av pasienter består av pasienter som befinner seg i ulike faser av et pasientforløp.

2.2 DIMENSJONERING AV UTVALG

Utvalget av pasienter som ble benyttet i undersøkelsen er sammensatt for å kunne gi resultater for de offentlig godkjente poliklinikkene som er inkludert.

Det finnes noe ulike offisielle inndelinger av institusjonene i psykisk helsevern (SSB, SAMDATA, sykehusvalg.net). Vår erfaring er også at offisielle institusjonslister ikke nødvendigvis sammenfaller med lister som brukes internt i helseforetakene. Blant annet fanger ikke offisielle inndelinger inn nye organisatoriske endringer i helseregionene. Vi har derfor samarbeidet tett med helseregionene og foretakene for å finne fram til en institusjonsoversikt som er oppdatert og hensiktsmessig

internt, og som dessuten tilfredsstillter helsemyndighetenes føring om at undersøkelsen skal gjennomføres på institusjonsnivå.

Basis for dimensjoneringen av utvalgsstørrelser er modellen som er brukt i tidligere RESKVA og PasOpp undersøkelser. I denne modellen er aktivitetsnivå, variasjon over tid og mellom ulike typer institusjoner, og erfaringsbasert variasjon i pasienterfaringsundersøkelser viktige kriterier for å beregne utvalgsstørrelser. Modellen tar utgangspunkt i at svarprosenten vil ligge på omkring 50. For å få estimater på fordelingen og spredningen av responsen, er tilgjengelige data fra RESKVA undersøkelsene fra 1996-2000 benyttet. For å korrigere for multippel testing med omkring 30 sykehus inkludert og en sannsynlighet på 0.80 for oppdage en standardisert forskjell på 0.67, er det beregnet et minimum antall svarere for de minste sykehusene. Fordi de større sykehusene har en mer kompleks struktur og en pasientpopulasjon med større spredning, har antallet inkluderte økt med økende sykehusstørrelse.

I psykisk helsevern er svarprosenten lavere enn i somatikk, variasjonen er større og antall pasienter er langt færre. I pilotundersøkelsen i Helse Vest baserte vi utvalgsestimatene på en forventet svarprosent på 45, noe større variasjon i materialet enn i somatikken og årlige aktivitetstall for institusjonene (Andresen et al. 2004). Erfaringene fra Helse Vest var at noen institusjoner ikke klarte å fylle opp utvalgskvoten, og at institusjonene har såpass lik størrelse at det ikke er behov for å differensiere særlig på utvalgsstørrelser. I forkant av den nasjonale undersøkelsen i 2004 forenkelt vi derfor utvalgsmodellen fra Helse Vest, slik at de største institusjonene fikk et bruttoutvalg på 370 pasienter (>20 000 konsultasjoner i året) og de minste et bruttoutvalg på 185 pasienter (< 20 000 konsultasjoner). For institusjoner med færre enn 185 pasienter på én måned ble alle inkludert.

2.3 INNSAMLINGSMÅTE

I RESKVA og PasOpp har undersøkelsene vært gjennomført som postale spørreskjemaundersøkelser, dvs. at pasientene får tilsendt et spørreskjema i posten i etterkant av utskrivningen/konsultasjonen. Vesentlige vurderinger som er gjort i valget av innsamlingsmåte er svarprosent, representativitet, økonomi og praktiske forhold.

Vi har diskutert innsamlingsmåte i PasOpp mer utførlig i en annen sammenheng (Andresen et al. 2004). Konklusjonen der var at svarprosenten antakelig ville være høyere med et intervjuopplegg, men at også dette ville innebære skjevheter i utvalget, og samtidig koste langt mer. Vi har derfor foreløpig konkludert med at vi ønsker å benytte postale undersøkelser i de nasjonale undersøkelsene, noe som også ble valgt i poliklinikkundersøkelsen.

Det er imidlertid helt nødvendig å intensivere forskningsinnsatsen for å finne ut om det er spesielle grupper som ikke svarer, og om disse har andre erfaringer eller er mer/mindre tilfredse enn svarerne. Det er

også svært viktig å arbeide langt mer systematisk og målrettet i forhold til tiltak for forbedring av svarprosent. Til slutt kan det være pasientgrupper hvor postale undersøkelser ikke er hensiktsmessig (se Andresen et al. 2004), og hvor andre design må utvikles (utdeling og utfylling på sykehuset, elektronisk innsamling).

2.4 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

2.4.1 Innsamlingsrutiner

Kunnskapssenteret fikk overført pasientadministrative data fra institusjonene etter inklusjonsperioden på fire uker. De pasientadministrative dataene inneholdt opplysninger om konsultasjonsdato og klokkeslett, og hvilke seksjoner og polikliniske enheter de enkelte pasienter mottok behandling ved. Vi fikk også overført navn, adresse, alder og kjønn for hver av pasientene. Etter at spørreundersøkelsen var gjennomført ble all direkte personidentifiserbare opplysninger fjernet. Den resterende behandlingen av data ble gjennomført ved hjelp av et unikt løpenummer, forskjellig fra ellevesifret personnummer og institusjonenes interne personnummer. Pasientadministrative opplysninger ble deretter koblet til respondentenes svar.

Spørreskjemaene ble sendt ut etter undersøkelsesperioden, dvs. etter at vi mottok pasientadministrative data fra institusjonene. En del av institusjonene overførte PAS-data for sent, men alle spørreskjemaene var sendt ut før 19.oktober. Dette betyr at noen pasienter mottok spørreskjemaet noen få dager etter konsultasjon, for andre kan det ha gått noen uker. Etersom de fleste pasientene er i en konsultasjonsrekke med relativt tette konsultasjoner har dette antakelig liten betydning.

Effekten av tidspunkt for utlevering/utsending av spørreskjema ("timing") er for øvrig et av de aspektene som trenger mer forskning (Crow et al. 2002). I en undersøkelse blant somatiske pasienter fant ikke Gasquet et al. (2001) noen effekt av timing (flere purrerunder) på tilfredshet, men her pekes det på andre undersøkelser som har funnet en slik sammenheng.

Det ble sendt oppdaterte lister til Kunnskapssenteret over pasienter som institusjonene hadde registrert som døde senest 3 uker etter utsendelsen av spørreskjemaene, for i størst mulig grad å unngå å purre disse pasientene.

2.4.2 Etikk og personvern

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion II. Sosial- og helsedirektoratet ga dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innsamling av data. Personvernet er ivaretatt ved å følge vilkårene som Datatilsynet har lagt til grunn for konsesjonen. Avdelinger som deltok ble gitt anledning

til å ekskludere enkeltpasienter fra undersøkelsen dersom det av hensyn til pasienten ble vurdert som nødvendig.

2.5 SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET

2.5.1 Svarprosent

I tabell 1 nedenfor finnes en oversikt over brutto utvalg, netto utvalg og svarprosent i undersøkelsen, for hver poliklinikk, hver region og alle regionene samlet. Bruttoutvalg er det antall skjemaer som ble sendt ut (korrigert for "naturlig" frafall), netto utvalg det antall skjemaer som ble returnert, mens svarprosenten er netto utvalg delt på brutto utvalg ganger 100.

Det ble sendt brev og spørreskjema til 16 255 pasienter. 833 av disse hadde ukjent adresse eller ble av andre grunner kansellert. Bruttoutvalget besto følgelig av 15 422 pasienter. 6 673 spørreskjemaer ble returnert, hvilket gir en svarprosent på 43.

Svarprosenten varierer fra 41 i Helse Øst til 47,9 i Helse Midt-Norge. Større variasjon finner vi mellom poliklinikkene. Den høyeste svarprosenten har Orkdal DPS med 56,9, den laveste har Psykosebehandling og rehabilitering ved Sanderud sykehus med 22,8.

Svarprosenten er litt lavere enn den regionale undersøkelsen i Helse Vest (Groven et al. 2004), men omtrent som forventet ut fra en tidligere litteraturgjennomgang (Andresen et al. 2004).

Når over halvparten av pasientene ikke har svart på spørreskjemaet blir et sentralt spørsmål representativiteten til de som svarte. For å kunne uttale seg om representativiteten er det to hovedtilnærminger. En vanlig prosedyre er å kontrollere bruttoutvalget mot nettoutvalget på vesentlige pasientkjennetegn, mens en sjeldnere brukt metode er å gjøre en oppfølgingsundersøkelse blant de som ikke har svart. Vi ser nærmere på dette i de to neste avsnittene.

Tabell 1: Brutto utvalg, netto utvalg og svarprosent for poliklinikkene, regionene og nasjonalt.

	Brutto	Netto	Svarprosent
HELSE ØST	5 301	2 174	41,0
Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Østfold	130	32	24,6
DPS Fredrikstad	177	69	39,0
DPS Moss	171	80	46,8
DPS Edwin Ruud	170	76	44,7
DPS Halden/Sarpsborg	177	84	47,5
Lillestrømklubben DPS	179	83	46,4
Jessheimklubben DPS	179	83	46,4
Grorud DPS	176	67	38,1
Psykiatrisk senter Asker og Bærum	167	85	50,9
Josefinegaten DPS	165	61	37,0
Holmlia DPS	174	67	38,5
Ryen DPS	175	71	40,6
Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål sykehus	164	65	39,6
Lien psykiatriske behandlingssenter	65	24	36,9
Aker poliklinikk	172	87	50,6
Voksenpsykiatrien i Follo	175	63	36,0
Alna DPS	350	130	37,1
Akutt- og korttidspsykiatri - Sanderud	146	66	45,2
Psykosebeh og rehab - Sanderud	114	26	22,8
Rusrelatert psyk og avhengighet - Sanderud	181	54	29,8
DPS Lillehammer	183	87	47,5
DPS Gjøvik	178	86	48,3
DPS Toten	179	71	39,7
DPS Hadeland	177	86	48,6
DPS Hamar	181	89	49,2
DPS Tynset	169	84	49,7
DPS Kongsvinger	158	69	43,7
DPS Vindern	171	65	38,0
Tøyen DPS	325	93	28,6
Lovisenberg DPS	173	71	41,0
HELSE SØR	3 090	1 404	45,4
Rikshospitalet, psykosomatisk avd.	122	57	46,7
Drammen psykiatriske senter	181	95	52,5
Ringerike sykehus, Voksenpsykiatrisk poliklinikk	178	87	48,9
Hallingdal sjukestugu, Psykiatrisk poliklinikk	142	77	54,2
Modum Bad	180	105	58,3
Søndre Vestfold DPS	174	64	36,8
Nordre Vestfold DPS	168	79	47,0
Tønsberg DPS	171	86	50,3
Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark	349	139	39,8
DPS Vestmar	171	75	43,9
DPS Aust-Agder	178	82	46,1
DPS Mandal	178	72	40,4
DPS Lister	176	77	43,8
DPS Lovisenlund	183	73	39,9
DPS Solvang	175	60	34,3
Notodden/Seljord DPS	184	83	45,1

	Brutto	Netto	Svarprosent
Kongsberg DPS	180	93	51,7
HELSE VEST	3 116	1 368	43,9
Voss Voksenpsykiatriske poliklinikk	181	70	38,7
Bjørgvin DPS	166	67	40,4
Fjell og Årstad DPS	171	68	39,8
Haugesund sjukehus	147	45	30,6
Stord DPS	105	47	44,8
Følgefonna DPS	135	71	52,6
Haugaland DPS	151	53	35,1
Dalane DPS	136	70	51,5
Sandnes DPS	177	92	52,0
Stavanger Vest DPS	177	83	46,9
Psykiatrisk klinikk, spesialavd for voksne	174	53	30,5
Ryfylke DPS	184	101	54,9
Psykiatrisk klinikk FSS, Førde	178	79	44,4
Nordfjord psykiatrisenter	181	79	43,6
Indre Sogn psykiatrisenter	154	68	44,2
Psykiatrisk senter FSS, Florø	170	84	49,4
Solli nervesanatorium	174	86	49,4
Hospitalet Betanien	179	70	39,1
Jæren DPS	176	82	46,6
HELSE MIDT-NORGE	1 585	759	47,9
Ålesund DPS	179	87	48,6
Volda DPS	180	84	46,7
Molde DPS	180	77	42,8
Kristiansund DPS	179	82	45,8
Tiller DPS	173	82	47,4
Orkdal DPS	174	99	56,9
Leistad DPS	163	76	46,6
Sykehuset Namsos psyk.klinikk	179	85	47,5
Sykehuset Levanger psyk. klinikk	178	87	48,9
HELSE NORD	2 330	968	41,5
DPS Øst-Finnmark	174	54	31,0
DPS Midt-Finnmark	119	52	43,7
DPS Vest-Finnmark	177	69	39,0
Psykiatrisk senter Rana	175	76	43,4
Psykiatrisk senter Ytre Helgeland	177	82	46,3
Psykiatrisk senter Mosjøen	179	73	40,8
Psykiatrisk senter Nord-Troms	118	56	47,5
Psykiatrisk senter Midt-Troms	180	88	48,9
Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy	178	67	37,6
Sør-Troms psykiatrisenter	182	72	39,6
Vesterålen DPS	181	66	36,5
Ofoten DPS	67	27	40,3
Poliklinikk Indre Salten	70	30	42,9
Lofoten sykehus psyk. polikl.	176	87	49,4
Poliklinikk Ytre Salten	177	69	39,0
HELE LANDET	15 422	6 673	43,3

2.5.2 Strukturelle skjevheter i utvalget

I avsnittet ovenfor har vi sett at svarprosenten varierer mye mellom poliklinikkene. Dette betyr at det er en institusjonsskjevhet i utvalget. Vi har imidlertid sett at det ikke er spesielle skjevheter etter region.

I tabell 2 undersøker vi om det er skjevhet i utvalget etter alder og kjønn.

Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og alder. N er lik antall i hver gruppe i bruttoutvalget.

	Antall (n)	Svarprosent
Kjønn:		
Menn	6 023	35,6
Kvinner	9 399	48,2
Aldersgrupper:		
18-24 år	2 205	35,9
25-44 år	8 548	42,8
45 år og eldre	4 669	47,6

Det er en betydelig forskjell i svarprosent mellom menn og kvinner. Nesten halvparten av kvinnene har svart på spørreskjemaet, mens bare i overkant av 35 % av mennene har gitt et svar. Videre ser vi at det er betydelig variasjon i svarprosent mellom de ulike aldersgruppene. Lavest svarprosent har de yngste med 35,9, høyest har de eldste med 47,6.

Det er kjent at det er skjevheter i utvalget i store helse-survey, blant annet ved at de med lavere utdanning og sosio-økonomisk status er underrepresentert (McCull et al. 2001; Crow et al. 2002; Aromaa 2003). Rusmisbrukere og andre med psykiatriske diagnoser har også vist seg å være under-representert (Aromaa 2003), så også personer med kognitive svekkelser (Crow et al. 2002; Aromaa 2003).

Det kan derfor settes spørsmålstegn ved (den strukturelle) representativiteten. Andre data vi kunne ha kontrollert for er utdanning og diagnose, men vi har ikke hatt anledning til dette. Det helt sentrale spørsmålet er imidlertid ikke den strukturelle skjevheten i seg selv, men om svarergruppen og ikke-svarergruppen har ulik grad av tilfredshet eller ulike erfaringer å rapportere. Vi ser nærmere på undersøkelser som har hatt dette som hovedproblemstilling nedenfor.

2.5.3 Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere

Oppfølgingsstudier av ikke-svarerne er gjort i flere tidligere studier (se f.eks. Guldvog et al. 1998; Zwier et al. 1999), men resultatene er ikke helt sammenfallende. I Guldvogs studie fant man ingen forskjell på tilfredsheten i ikke-svarer gruppen og svarer-gruppen. Forfatterne understreket imidlertid at resultatene ikke kunne generaliseres til de sykeste, de med størst funksjonssvikt, de som ikke forstår norsk godt nok og de som ikke har fast bopel. I Zwiers (1999) undersøkelse ved somatiske sykehus fant man signifikante forskjeller på en av to

hovedgrupper som ble undersøkt – og svarerne var mer positive på alle spørsmål.

Et problem med disse oppfølgingsstudiene er at innsamlingsmetoden er forskjellig for svarerne og ikke-svarerne; postal undersøkelse for svarerne og telefonintervju for ikke-svarerne. Ettersom flere studier peker på at innsamlingsmetode i seg selv påvirker tilfredsheten (se for eksempel Zwier et al. 1999; Burroughs et al. 2001; Crow et al. 2002), er det ikke mulig å si om resultatene i oppfølgingsstudiene skyldes at det er faktiske forskjeller på svarerne og ikke-svarerne, eller om resultatene skyldes ulik metode.

Et annet problem med oppfølgingsstudiene er at selve oppfølgingen bare klarer å inkludere en mindre del av ikke-svarerne, og neppe kan sies å representere ikke-svarer gruppen som helhet. I Zwiers undersøkelse svarte hhv. 30 % og 39 % av ikke-svarerne på telefonintervju, i Guldvoogs studie svarte 42 % av ikke-svarerne i telefonoppfølgingen.

Med bakgrunn i litteraturen ovenfor er det vanskelig å finne noe entydig svar på spørsmålet om forskjeller i tilfredshet mellom svarere og ikke-svarere. Videre er det metodisk usikkerhet ved framgangsmåtene i oppfølgingsundersøkelsene. Til slutt er det usikkert om funn blant somatiske pasienter kan generaliseres til pasienter i psykisk helsevern.

2.5.4 Representativitet - Konklusjon

Den lave svarprosenten i undersøkelsen kombinert med påviste strukturelle skjevheter etter institusjon, alder og kjønn og usikre oppfølgingsstudier, gjør at vi ikke kan konkludere med at undersøkelsen er representativ.

Internasjonalt er det vanlig praksis å gjennomføre store pasienterfæringsundersøkelser postalt (se for eksempel Zwier 1999; Barr og Banks 2002; Jenkinson et al. 2002; Freil et al. 2003). Gjennomgående lav svarprosent gjør det imidlertid nødvendig å intensivere forskningsinnsatsen på dette området. Erfaringene fra de nasjonale undersøkelsene i 2004 og nye forskningsprosjekter på området vil danne grunnlaget for en ny evaluering av innsamlingsmetode i 2005.

3. UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA

Tradisjonelt har instrumenter for å måle pasienterfaringer hatt liten dokumentasjon av reliabilitet og validitet¹ (Sitzia 1999). Ettersom bruken av dataene forutsetter tillit til måleinstrumentene, er det viktig med en grundig utviklings- og valideringsprosess, og at dokumentasjonen av dette gjøres offentlig tilgjengelig.

Spørreskjemaene må oppleves som relevante og viktige for brukere, være nyttige i forbindelse med kvalitetsutvikling, og tilfredsstillende viktige metodologiske krav til validitet og reliabilitet. For å imøtekomme disse kravene har vi basert oss på følgende kilder i utviklingen av spørreskjemaet:

- Brukere
- Ansatte/fagfolk
- Forskere.

Utviklingen og valideringen av spørreskjemaet som er benyttet i poliklinikkundersøkelsen er beskrevet av Garratt et al. (work in progress). Nedenfor oppsummerer vi de viktigste elementene i utviklings- og valideringsarbeidet, men først noen generelle kommentarer knyttet til utvikling av pasienterfaringskjemaer.

3.1 UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER OM PASIENTERFARINGER

Utforming av spørreskjemaer reiser en rekke metodiske spørsmål. Det finnes mye generell litteratur om utvikling og validering av spørreskjemaer (se f.eks. Mordahl 1989; Haraldsen 1999; McColl et al. 2001), i tillegg til mer spesifikk litteratur som omtaler dette på pasienterfaringsområdet (Ruggeri 1994; Sørgaard 1996; Sitzia 1999; Crow 2002). Et grunnleggende trekk ved litteraturen er at det ofte er kontradiktoriske funn på samme problemstilling. Det er derfor nødvendig å supplere den eksterne kunnskapen med egne erfaringer, og etablere forskningsprosjekter rundt de viktigste og minst entydige problemstillingene.

Pasienterfaringsstudier kritiseres for manglende fokus på og dokumentasjon av reliabilitet og validitet (Ruggeri 1994; Sørgaard 1996; Sitzia 1999). Vi stiller som hovedregel spørsmål om konkrete erfaringer på ulike områder, dvs. at vi spør om pasientenes erfaringer heller enn tilfredshet, og betrakter erfaringer som et multidimensjonalt

¹ Reliabilitet vil si nøyaktighet, dvs. fravær av tilfeldige målefeil. Validitet vil si datas relevans for problemstillingen, som avhenger av forekomsten av systematiske og tilfeldige målefeil (Hellevik 1999).

konsept (se f.eks. Hofoss 1986; Jenkinson et al. 2002; Freil et al. 2003; Pettersen et al. 2004). En utfordring med å stille konkrete spørsmål om erfaringer er å finne områder og spørsmål som er viktige for pasientene (og relevante for utøverne). Gjennom litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med pasienter og nært samarbeid med fagfolk i sektoren forsøker vi å oppnå dette.

Ved erfaringstilnærmingen vil forventninger og relative preferanser ofte overses (Crow et al. 2002). Vi har som et første steg inkludert et nytt spørsmål om forventninger i spørreskjemaet, og sammenhengen mellom forventninger og erfaringer vil være et viktig forskningstema framover. Når det gjelder relative preferanser har vi ikke bygd inn dette i spørreskjemaene. I en tidlig utgave av RESKVA ble erfarings-spørsmålene etterfulgt av et spørsmål om hvor viktig akkurat dette er, og lignende tilnærminger finnes i andre studier (se f.eks. Larsson et al. 2003). Noen innvendinger mot denne tilnærmingen er lengden på spørreskjemaet og kompleksiteten i analysene. Det viser seg dessuten at pasientene stort sett synes alle spørsmålene er viktige (Larsson et al. 2003). Spørsmålet om relative preferanser har ingen enkle løsninger, og Crow et al. (2002) peker på dette som et viktig forskningsområde framover.

Vi har inkludert spørsmål om generell tilfredshet som kan benyttes som valideringsgrunnlag for pasientenes svar på enkeltspørsmål /indekser om erfaringer, selv om nytteverdien av andre grunner kan diskuteres (se f.eks. Larsson et al. 2003). Plasseringen av bakgrunnsspørsmål til slutt i spørreskjemaene og avsatt plass til fritekstkommentarer er for øvrig inspirert av kunnskapsoppsummeringen fra McColl et al. (2001).

I RESKVA og PasOpp har det de siste årene vært brukt en visual analog scale (VAS) med ti verdier og beskrivende ytterpunkter. Det har imidlertid vist seg at VAS ikke fungerer for pasienter som skrives ut fra sengeposter i psykisk helsevern (Andresen et al. 2004). For å opprettholde en viss konsistens mellom instrumentene for de ulike pasientgruppene i psykisk helsevern har vi valgt å gå bort fra VAS.

Det er imidlertid ikke noe åpenbart alternativ som svarskala. Verken McColl et al. (2001) eller Crow et al. (2002) har entydige svar på spørsmål om hvor mange verdier skalaen skal ha, om midtverdi skal inkluderes, i hvilken rekkefølge verdiene skal plasseres og om hver verdi skal ha egen tekst. McColl antyder imidlertid at midtverdier er å foretrekke på holdnings-/meningss spørsmål og at hver verdi bør tekstes. Begge studiene peker på behovet for ytterligere forskning på området.

I Sitzia`s (1999) gjennomgang av 195 pasienterfaringsstudier viste det seg at fem-punkt skalaer er klart mest utbredt. RESKVA har også operert med fem-punkt skala tidligere, så også psykiatriske skjemaet fra Rogaland psykiatriske sykehus/SINTEF Helse som har vært ett av utgangspunktene i skjema utviklingen (utviklingsprosessen er beskrevet nedenfor). I påvente av ytterligere forskning har vi derfor valgt fem-punkt skala som hovedalternativ, og primært en skala som går fra "Ikke i det hele tatt" til "I svært stor grad". I denne er midt-

kategoriene "I noen grad" inkludert og hver svarverdi har egen tekst, slik McColl har antydnet. Svarskalaen har klare likhetspunkter med en svarskala som er benyttet i Statistisk Sentralbyrå og i den Danske enheten for brukerundersøkelser. Svarskalaen vil bli reliabilitetstestet i forbindelse med den nasjonale poliklinikk-undersøkelsen, og ytterligere forskningsinnsats på dette området vil bli vurdert i etterkant av disse resultatene.

Til slutt understrekes det at spørreskjemaet for polikliniske pasienter i psykisk helsevern gjelder en konsultasjonsrekke, ikke siste enkeltkonsultasjon. Dette er en hovedforskjell fra andre PasOpp undersøkelser, og skyldes at polikliniske pasienter i psykisk helsevern ofte er i konsultasjonsserier.

3.2 UTVIKLING AV POLIKLINIKSKJEMA

Utviklingen og valideringen av poliklinikkskjemaet følger samme modell som spørreskjemaene for somatiske pasienter (Pettersen et al. 2004; Garrett et al., in press).

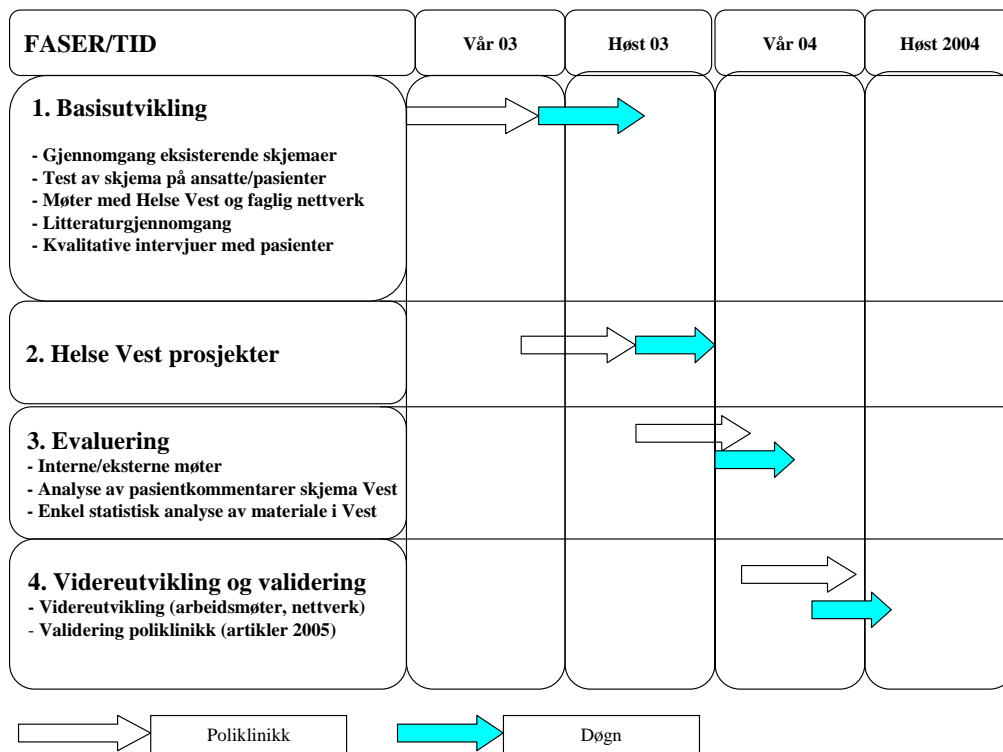
For å sikre innholdsvaliditeten har vi inkludert brukere, fagfolk og forskere i utviklingsprosessen. Det faglige perspektivet har blitt ivaretatt ved etablering av en samarbeidsgruppe mellom SINTEF Helse og Kunnskapssenteret. Denne gruppen har hatt et tett samarbeid med en faglig nettverksgruppe (inkludert Mental Helse) og Prosjektgruppen for brukerundersøkelser i Helse Vest. For å ivareta brukerperspektivet har vi gjennomført kvalitative intervjuer med pasienter (Grut 2004), vi har testet en foreløpig versjon av spørreskjema for å se om spørsmålene oppleves som relevante og viktige, og vi har analysert pasientkommentarer på spørreskjemaene som er benyttet i en regional undersøkelse i Helse Vest (Andresen et al. 2004).

I figuren nedenfor viser vi hovedfasene i utviklings- og valideringsprosessen, og hvilke aktiviteter som har blitt gjennomført innenfor hver fase.²

I startfasen av utviklingsarbeidet tok vi utgangspunkt i spørreskjemaene som fantes for somatiske pasienter, for å vurdere hvilke spørsmål som kan være aktuelle innenfor psykisk helsevern. I tillegg nyttiggjorde vi oss av første versjon av et brukererfaringsskjema som SINTEF Helse har utviklet, i samarbeid med et nettverk av fagfolk som har gjennomført brukerundersøkelser lokalt i psykisk helsevern (bl.a. Rogaland psykiatriske sykehus).

² Samarbeidsgruppen har utviklet både poliklinikkskjema og døgnskjema.

Figur 1: Faser og hovedaktiviteter i utviklings- og valideringsprosessen.



Første versjon av poliklinikkskjema ble benyttet i en regional undersøkelse i Helse Vest våren 2003. Datamaterialet og erfaringene fra denne undersøkelsen dannet grunnlaget for evalueringen og videreutviklingen av spørreskjemaet. I forbindelse med basisutviklingen av døgnskjema ble det også foretatt kvalitative intervjuer med pasienter og en bredere litteraturgjennomgang, og funnene herfra fikk også betydning for poliklinikkskjemaet.

Arbeidet resulterte i spørreskjemaet som er vedlagt i appendix A, og dette skjemaet er benyttet i den nasjonale undersøkelsen i 2004.

3.3 VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER

Det nasjonale materialet ble benyttet for å validere spørreskjemaet (Garratt et al., work in progress). Vi tok først ut spørsmål med stort antall manglende svar, ettersom disse spørsmålene ikke gjelder de fleste polikliniske pasienter. Faktoranalyse ble benyttet for å finne bakenforliggende dimensjoner, og disse dimensjonene ble reliabilitetstestet ifht. intern konsistens. Deretter ble de resulterende dimensjonene testet for konstruksjonsvaliditet, dvs. opp mot variable som litteraturen viser er korrelert med tilfredshet (blant annet alder og egenvurdert helse).

Resultatene av undersøkelsen gav én hovedindeks som består av 11 spørsmål om pasienterfaringer. Hovedindeksen har tre underliggende

dimensjoner; utbytte, relasjon til behandler og informasjon. Tabellen nedenfor viser hvilke 11 spørsmål som inngår i hovedindeksen og hvordan disse er gruppert ifht. de ulike underliggende dimensjonene (spørsmålsnummer i parentes, se appendix A).

Tabell 3: Underliggende dimensjoner og enkeltspørsmål i poliklinikk skjemaet.

Dimensjon	Spørsmål
Utbytte	Utbytte av samtaler med én behandler (spm 11_2) Utbytte alt i alt av behandlingen (spm 12) Om psykiske plager er blitt bedre av behandlingen (spm 13)
Relasjon til behandler	Nok tid til samtale og kontakt med behandler (spm 14_1) Om behandler forstår din situasjon (spm 14_2) Om behandlingen er tilpasset din situasjon (spm 14_3) Om behandler følger opp tiltak som planlagt (spm 14_4) Fått fortalt behandleren det som er viktig om tilstanden din (spm 15) Grad av innflytelse på behandlingsopplegg (spm 16)
Informasjon	Informasjon om de behandlingsmuligheter som finnes (spm 20) Informasjon om dine psykiske plager (spm 21)

4. STATISTISKE BEGREPER

4.1 STANDARDAVVIK OG N (ANTALL SVAR)

Standardavviket er et vanlig uttrykk for variasjonen på begge sider av et gjennomsnitt. Summen av standardavvikene på den positive og den negative siden av gjennomsnittet fanger opp 2/3 av hele variansen i et normalfordelt materiale. Dersom standardavviket er lavt er spredningen liten, og dersom standardavviket er stort er spredningen stor.

N er lik antall svar på det aktuelle spørsmålet. Noen spørsmål har en slik karakter at det er få som svarer på spørsmålet. Den statistiske usikkerheten i undersøkelser av denne typen øker når antall svar er lavt.

Verdien av et gjennomsnittstall må altså vurderes i sammenheng med både standardavvik og antall svar.

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 gjennomsnittstall beregnes først standardfeilen, som er standardavviket delt på kvadratroten av N. Deretter konstrueres øvre og nedre grense for intervallet ved å multiplisere standardfeilen med valgt Z-verdi (standardavvik enheter), pluss/minus gjennomsnittstallet. Z-verdien for et 95 % konfidensintervall er 1,96.

Dersom vi velger et 95 % konfidensintervall og får en nedre grense på 30 og en øvre på 40, betyr det at vi er 95 % sikre på at verdien ligger mellom 30 og 40.

Ut fra beskrivelsen ovenfor ser vi at størrelsen på konfidensintervallet avhenger av standardavviket og utvalgsstørrelse (og selvsagt sikkerhetsnivå). Dersom standardavviket er lite og utvalgsstørrelsen er stor vil konfidensintervallet være lite, dersom standardavviket er stort og utvalgsstørrelsen er liten vil konfidensintervallet være stort.

I hovedrapporten i denne undersøkelsen (Dahle et al. 2004) har vi valgt et konvensjonelt konfidensintervall på 95 %. En viktig grunn til at vi har valgt å inkludere konfidensintervaller er at N (antall svar) for

en del poliklinikker er liten. Leserne får dermed ytterligere informasjon om et gjennomsnittstall for poliklinikken, som sier noe om graden av sikkerhet for tallet.

4.3 JUSTERING FOR PASIENTSAMMENSETNING

Det er påvist at det er sammenheng mellom sosiodemografiske variabler og helsevariabler på den ene siden og pasientenes vurdering av helsetjenester på den andre siden (se for eksempel Young et al. 2000).

Ulik pasientsammensetning gjør at det er vanskelig å sammenlikne resultater mellom ulike enheter direkte. Alder spiller en rolle for hva pasientene svarer, eldre pasienter tenderer mot å være mer positive enn yngre pasienter. Da vil en poliklinikk med stor andel yngre pasienter kunne få en forholdsvis lav score i undersøkelsen bare på grunn av alderssammensetningen. For å kunne sammenlikne resultater mellom enheter med ulik pasientsammensetning er det viktig å forsøke å ta hensyn til slike forhold i analysene.

Når en lager en justert score for å kunne sammenlikne mellom organisatoriske enheter, er det viktig å justere for variabler som har betydning for hvordan pasientene svarer, men som ikke kan anses direkte relevant for tjenesten som ble gitt (for eksempel pasientens kjønn). Dersom det derimot var kvinner og menns forskjellige opplevelse en var ute etter å undersøke, ville en ikke klare å påvise dette hvis en hadde justert for kjønn. Det gjelder altså å korrigere for andre kilder til forskjeller enn de en er ute etter å studere.

Ved hjelp av bakgrunnsdata om pasientene kan vi justere pasientenes svar, slik at det tas hensyn til at poliklinikkene har ulik pasientsammensetning. Gjennom en statistisk regnemodell og de foreliggende dataene, kan vi beregne hva vi forventer at en pasient med gitte karakteristika vil svare.

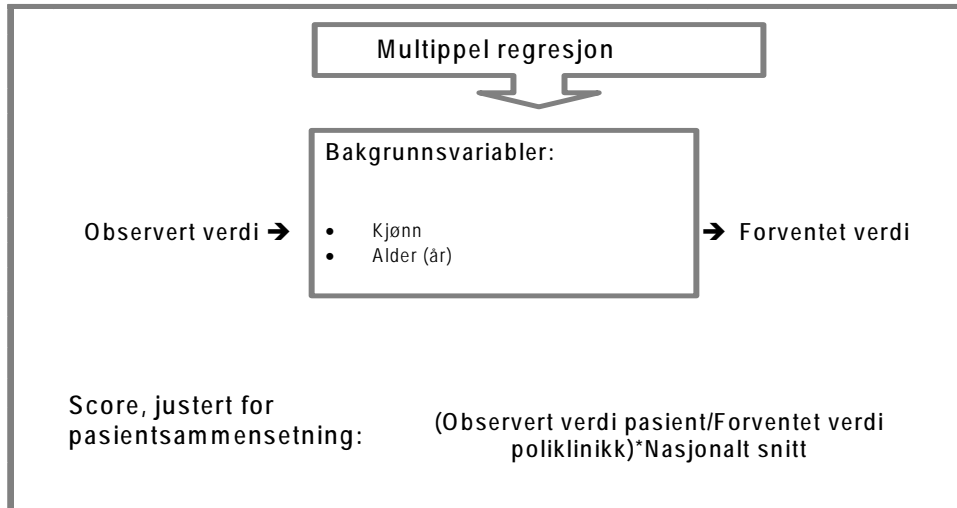
Vi har benyttet en lineær regresjonsmodell med to bakgrunnsfaktorer som forklaringsvariabler til å beregne et forventet svar for hver enkelt pasient. Bakgrunnsfaktorene er alder og kjønn.

Differansen mellom hva pasienten virkelig svarte (den observerte verdien) og den beregnede (forventete) verdien gir så en indikasjon på om pasienten er mer eller mindre fornøyd enn hva vi skulle forvente (ut fra pasientens alder og kjønn). Når pasientens svar er identisk med det man ville forvente for nettopp denne typen pasient, er forskjellen 0. Dersom forskjellen er negativ (dvs. under 0), har pasienten svart mer negativt enn det som er vanlig for denne typen pasienter. Forskjellen er transformert tilbake til en verdiskala fra 0-100, hvor 100 er høyeste verdi.

Justeringsfaktorer og modell vises i figur 2 nedenfor.

De justerte scorene benyttes når vi sammenligner resultater mellom poliklinikker/helseforetak, dvs. i rapporten med hovedresultater (Dahle et al. 2004).

Figur 2: Modell for beregning av justert score for pasienterfaringer.



4.4 UJUSTERTE TALL

Når hovedfokus er sammenligning av poliklinikker forsøker vi altså å gjøre pasientsammensetningen ved poliklinikkene mest mulig "lik", det vil si at vi justerer for ulikheter som vi tror kan ha betydning. Når hovedfokus ikke er sammenligning, f.eks. i den institusjonsvise rapporten (Saunes et al. 2004), er ikke tallene justerte – her er tallene rådata med den pasientsammensetning som fantes på poliklinikken. I disse tilfellene er formålet hovedsakelig å avdekke forbedringsområder gjennom å gi et bilde av den faktiske responsen på den enkelte poliklinikk. Dette betyr at justerte og ujusterte resultater ikke kan sammenlignes direkte.

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: Innsamlingsmetode og spørreskjema. Rapport nr. 9-2004, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J (eds.). Status and future of health surveys in the European union. Final report of Phase 2 of the project Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES Evaluations and Models 2003

Barr JK, Banks S. Public reporting of hospital patient satisfaction: A review of survey methods and statistical approaches. Rhode Island Department of Health 2002

Burroughs TE, Waterman BM, Cira JC, Desikan R, Claiborne Dunagan W. Patient satisfaction measurement strategies: a comparison of phone and mail methods. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27(7):349-61.

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).

Dahle KA, Saunes IS, Bjørngaard JH, Andresen Ø, Garratt A, Ruud T. Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge – Hovedresultater. Rapport nr. 7-2004, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Freil M, Gut R, Gothen I, Petersen J. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002: Spørgekemaundersøgelse blandt 32 000 pasienter. *Enheden for Brugerundersøgelser* 2003

Garratt A, Bjertnæs Andresen Ø, Krogstad U, Gulbrandsen P. Utvikling og testing av pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker (in press)

Garratt A, Bjørngaard JH, Dahle Aanjesen K, Bjertnæs Andresen Ø, Saunes Sperre I, Ruud T. The Psychiatric Out-patient Experiences questionnaire (POPEQ): Instrument development, reliability and validity (work in progress)

Gasquet I, Falissard B, Ravaud P. Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54: 1174-1180.

- Groven G, Andresen Ø, Saunes IS, Hofoss D. Pasienterfaringer i Helse Vest: Polikliniske pasienter i psykisk helsevern – Hovedrapport. HELTEF-rapport 15-2003, Stiftelse for helsetjenesteforskning
- Grut L, Groven G. Hva må være oppfylt for at pasienter i psykisk helsevern skal si at de er tilfreds med den hjelpen de har fått? RESPEKT 2004; 2: 20-22
- Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386-391.
- Haraldsen G. Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1999
- Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget AS 1999
- Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet: Hva kan vi bruke kunnskapen til? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 14 (106):1188-95
- 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):353-8.
- Larsson G, Larsson BW. Quality improvement measures based on patient data: some psychometric issues. Int J Nurs Pract 2003; 9(5):294-9.
- 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).
- Mordahl T. Som man spør får man svar. Oslo: TANO 1989
- Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire - development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004;16(6):453-63
- Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29(5):212-227.
- Saunes IS, Dahle KA, Bjørngaard JH, Andresen Ø, Garratt A, Ruud T. Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge – Institusjonsvise resultater. Rapport nr. 8-2004, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
- Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. Int J Qual Health Care 1999; 11: 319-28

Sørgaard KW. Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1996; 33:11-25.

Young GJ, Meterko M, Kamal Desai R. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. Med Care 2000; 38(3):325-34

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):371-5.

APPENDIX A – SPØRRESKJEMA

Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten



⊥

--	--

Hva er erfaringene dine som bruker av poliklinikk i psykisk helsevern?

⊥

Hensikten med denne undersøkelsen er at tjenestene skal bli bedre for brukere av poliklinikker i det psykiske helsevernet. Vi vil derfor gjerne høre om *erfaringene dine med den poliklinikken du for tiden går til*.

Sett kun ett kryss på hvert spørsmål. Det er fint om du kan krysse av midt i rutene. Spørreskjemaet sender du tilbake til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Returkonvolutten er ferdig adressert og Kunnskapssenteret betaler porto. Alle svar blir behandlet fortrolig.

VIKTIG: Dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen, er det viktig at du krysser av i ruten under.

JA, jeg samtykker i å delta i undersøkelsen slik den er beskrevet i følgebrevet fra Kunnskapssenteret.

⊥

1. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med tilbudet du har mottatt ved poliklinikken?

Svært misfornøyd

Ganske misfornøyd

Både og

Ganske fornøyd

Svært fornøyd

2. Alt i alt, hvordan er erfaringene dine med tilbudet ved poliklinikken?

Mye dårligere enn forventet

Noe dårligere enn forventet

Som forventet

Noe bedre enn forventet

Mye bedre enn forventet

⊥

Erfaringer med poliklinikken

⌞

3. Måtte du vente for å få tilbud ved poliklinikken?

Nei	Ja, men ikke lenge	Ja, ganske lenge	Ja, altfor lenge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvor lenge har du hatt tilbud ved denne poliklinikken?

Under 1 måned	Fra 1 til 6 måneder	Fra 7 til 12 måneder	Fra 13 måneder til 3 år	Mer enn 3 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvor mange ganger i løpet av de siste 3 månedene har du hatt poliklinikktime? (Svar også hvis du har gått til poliklinikken kortere enn 3 måneder.)

Bare én gang	2-5 ganger	6-12 ganger	Mer enn 12 ganger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hva synes du om antall konsultasjoner du har fått ved poliklinikken?

Passe antall konsultasjoner	Litt for få konsultasjoner	Altfor få konsultasjoner	Har ikke ønsket konsultasjoner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⌞

7. Har det vært vanskelig eller lett å få kontakt med ansatte ved poliklinikken på telefon?

Svært vanskelig	Ganske vanskelig	Både/og	Ganske lett	Svært lett	Har ikke forsøkt å ringe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du blitt møtt med høflighet og respekt ved poliklinikken?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⌞

⌞

⊥

9. Hvilken behandling mener du at du har behov for ved poliklinikken? ⊥
(Du kan sette flere kryss.)

Behandling med medisiner	Samtaler med én behandler	Samtaler i gruppe	Samtaler hvor dine nærmeste deltar	Treningsopplegg for å mestre plagene dine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hvilken behandling har du mottatt ved poliklinikken?
(Du kan sette flere kryss.)

Behandling med medisiner	Samtaler med én behandler	Samtaler i gruppe	Samtaler hvor dine nærmeste deltar	Treningsopplegg for å mestre plagene dine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hvilket utbytte har du hatt av følgende behandlingsformer ved poliklinikken?
(Sett kun ett kryss per linje.)

⊥	Ikke noe utbytte	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Ikke mottatt
Behandling med medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler med én behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler hvor dine nærmeste deltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treningsopplegg for å mestre plagene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen ved poliklinikken?

Ikke noe utbytte	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

1

13. Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før behandlingen startet ved poliklinikken?

Mye bedre

Litt bedre

Verken bedre eller verre

Litt verre

Mye verre

14. Spørsmålene nedenfor gjelder den behandleren du vanligvis går til:
(Sett kun ett kryss per linje.)

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Får du nok tid til samtaler og kontakt med behandleren din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at behandleren din forstår din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at behandlingen din er tilpasset din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følger behandleren din opp tiltak som planlagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

15. Har du fått fortalt behandleren det som er viktig for deg om tilstanden din?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

1

16. I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

17. I hvilken grad har du ønsket innflytelse på valg av behandlingsopplegg?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

1

18. Hvordan har behandleren samarbeidet med dine pårørende?

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

19. Har du hatt den behandleren du ønsker deg?

Ja	Nei		Har ikke noen spesielle ønsker	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	⊥

20. Hva synes du om informasjonen du har fått om de behandlingsmulighetene som finnes for deg?

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

21. Hva synes du om informasjonen du har fått om dine psykiske plager/din diagnose?

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

⊥

22. Har du fått informasjon om klagemuligheter på behandlingen (fylkeslege, kontrollkommisjon og pasientombud)?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Har du fått informasjon om din rett til innsyn i journalen din?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

⊥

┆

┆

24. Har medisinene mot dine psykiske plager blitt skrevet ut av lege på poliklinikken eller av andre leger?

Lege på
poliklinikken

Av andre
leger

Bruker ikke medisiner
mot psykiske plager

25. Har du hatt innflytelse på medisineringen din?

Ikke i det
hele tatt

I liten
grad

I noen
grad

I stor
grad

I svært
stor grad

Bruker ikke medisiner
mot psykiske plager

26. Har du ønsket å ha innflytelse på medisineringen din?

Ikke i det
hele tatt

I liten
grad

I noen
grad

I stor
grad

I svært
stor grad

Bruker ikke medisiner
mot psykiske plager

27. Hva synes du om informasjonen du har fått om bivirkninger av medisiner som du har begynt å bruke på poliklinikken?

Svært
dårlig

Ganske
dårlig

Både/
og

Ganske
bra

Svært
bra

Bruker ikke medisiner
mot psykiske plager

28. Hvordan synes du poliklinikken har samarbeidet med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med dine praktiske problemer (økonomiske problemer, bosted, praktiske løsninger osv.)?

Svært
dårlig

Ganske
dårlig

Både/
og

Ganske
bra

Svært
bra

Vet ikke/
Ikke aktuelt

┆

⌞

29. Har behandlingen ved poliklinikken skjedd frivillig, eller har du følt deg tvunget til å delta?

Helt frivillig

Ganske frivillig

Både/ og

Ganske tvunget

Helt tvunget

30. Har du blitt behandlet nedlatende eller krenkende ved poliklinikken?

Nei, aldri

Ja, én gang

Ja, noen ganger

Ja, ofte

Tidligere erfaringer med helsetjenesten og bakgrunnsspørsmål

31. Har du noen gang vært innlagt på en psykiatrisk døgninstitusjon?

Nei, aldri

Ja, én gang

Ja, mer enn én gang

32. Alt i alt, hva synes du om den hjelpen du har fått fra helsetjenesten med dine psykiske plager?

Svært dårlig

Ganske dårlig

Både/ og

Ganske bra

Svært bra

⌞

33. Stort sett, vil du si din *fysiske* helse er:

Utmerket

Meget god

God

Nokså god

Dårlig

34. Stort sett, vil du si din *psykiske* helse er:

Utmerket

Meget god

God

Nokså god

Dårlig

35. Er du mann eller kvinne?

Kvinne

Mann

⌞

36. Hva er din alder? (Antall år)

37. Er du gift eller samboende?

Ja

Nei

↓

38. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Grunnskole

Videregående
skole

Høyskole eller
universitet inntil 4 år

Høyskole eller
universitet 4 år eller mer

39. Hva er det første språket du lærte?

Norsk

Samisk

Annet
nordisk språk

Annet
europeisk språk

Ikke-europeisk
språk

40. Hvordan er din nåværende bosituasjon? (Sett kryss ved ett eller flere alternativer.)

Bor
alene

Bor
sammen
med barn

Bor sammen
med
ektefelle/
samboer

Bor sammen
med
foreldre/
søsken/andre

Bor i omsorgsbolig,
sykehjem,
bofellesskap
eller lignende

Annet

41. Hva gjør du til daglig? (Sett kun ett kryss.)

Yrkes-
aktiv

Syke-
meldt

Uføre-
trygdet

På attføring/
rehabiliterings-
penger

Under
utdanning

Arbeids-
ledig

Annet

Skriv gjerne ned kommentarer til skjemaet eller utdypninger av dine erfaringer her:

↓

.....

.....

.....

.....

↓

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-021-4

ISSN 1504-3428