

Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentre

Sammendrag

Bakgrunn. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) er blitt en del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. I en landsomfattende studie har vi undersøkt hvordan fastleger vurderer kvaliteten ved 77 sentre.

Materiale og metode. Data ble samlet inn blant alle fastlegene i Norge i perioden november 2005–mars 2006. Vi sendte spørreskjema i posten til alle fastlegene, og fulgte opp med 2–3 purringer. 2 415 av 3 704 fastleger svarte på spørreskjemaet (65 %).

Resultater. Fastlegene ga best vurdering av fagkompetansen ved de distriktpsikiatriske sentrene. Gjennomsnittet var 55 på kompetansedimensjonen (skala 0–100 hvor 100 er best). Fastlegene vurderte veiledningen fra sentrene og bemanningssituasjonen som dårligst, med en gjennomsnittsskår på henholdsvis 30 og 45. Det var stor forskjell i gjennomsnittsskårer mellom de distriktpsikiatriske sentrene på alle dimensjoner. Størst forskjell var det på veiledningsdimensjonen; beste gjennomsnittsskår var 58 og dårligste 8. Det var mange signifikante forskjeller mellom sentrene og landsgjennomsnittet, og på veiledningsdimensjonen var gjennomsnittsskåren til 20 sentre signifikant ulik gjennomsnittet til de andre sentrene.

Fortolkning. Ettersom fastlegene er en viktig bruker av og samarbeidspartner for de distriktpsikiatriske sentrene, er fastlegenes synspunkter viktige. Dialog om resultatene er nødvendig. Flere sentre får gjennomgående gode tilbakemeldinger fra fastlegene. Disse kan ha nyttige erfaringer å formidle til andre sentre.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2826, 2827

Øyvind Andresen Bjertnæs

oyvind.andresen.bjertnes@kunnskapssenteret.no

Sigve Oltedal

Andrew Garratt

Jon Helgeland

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er under utvikling (1). I 2005 ble det besluttet å lansere en ny indikator om primærhelsetjenestens tilfredshet med spesialisthelsetjenesten. Indikatoren er i første omgang avgrenset til fastlegers vurdering av kvaliteten ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS).

Internasjonalt finnes det en del prosjekter hvor allmennleger vurderer andre deler av helsetjenesten. I flere studier gir allmennlegene god tilbakemelding på kvaliteten på mange helsetjenester, men relativt dårlig tilbakemelding på psykiatritjenestene (2–4). I andre internasjonale studier har allmennlegene vurdert henholdsvis én akuttavdeling, kommunale sykepleietjenester og kommunalt helsepersonell innenfor psykisk helsearbeid (5–7). I Norge er det få prosjekter hvor allmennlegene vurderer andre tjenester, selv om vi fant noen enkeltprosjekter med relevans (8–10).

Det er flere metodologiske utfordringer knyttet til å måle fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentre. Vi har verken funnet validerte måleinstrumenter for å kartlegge primærhelsetjenestens vurdering av spesialisthelsetjenesten generelt eller fastlegers vurdering av de distriktpsikiatriske sentrene spesielt. Vi fant to særlig relevante norske prosjekter (8, 10), men instrumentene som ble benyttet, er ikke validert. Videre er leger en vanskelig gruppe å få svar fra i spørreskjemaundersøkelser (11, 12), og virksomme tiltak for å sikre høy svarprosent er avgjørende, men kostbare.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte et utviklingsprosjekt for å imøtekomme disse utfordringene (13). Erfaringene fra utviklingsprosjektet dannet basis for en nasjonal postal spørreskjemaundersøkelse våren 2006 hvor landets fastleger ble bedt om å vurdere kvaliteten ved de distriktpsikiatriske sentrene (14). I denne artikkelen presenteres resultatene fra den nasjonale undersøkelsen. Ettersom institusjonsnivå er hovednivået i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, er den sentrale pro-

blemstillingen i hvilken grad tilbakemeldingene fra fastlegene varierer mellom de 77 sentrene. Vi fokuserer også på de nasjonale resultatene på de fem kvalitetsindikatorene, både for å se hvilke hovedområder fastlegene mener har størst forbedringspotensial, og fordi de nasjonale gjennomsnittresultatene er viktige sammenlikningspunkter for alle de distriktpsikiatriske sentrene.

Materiale og metode

En viktig del av utviklingsprosjektet var en pilotundersøkelse blant fastleger i Aust- og Vest-Agder høsten 2005. I hovedundersøkelsen var populasjonen alle fastleger i landet per januar 2006, unntatt fastlegene som deltok i pilotundersøkelsen. Her har vi slått sammen materialet fra pilot- og hovedundersøkelsen. Kunnskapssenteret sendte spørreskjema i posten til fastlegene, og purret 2–3 ganger på ikke-svarerne. I hovedundersøkelsen forsøkte vi også å gjennomføre telefonintervju blant de fastlegene som ikke svarte på spørreskjemaet etter tre postale purringer.

Fastlegene ble bedt om å vurdere det senteret som har ansvaret for generelle voksenpsykiatriske tjenester i det området hvor legekantoret er plassert. Legene skulle først krysse av for det relevante senteret, dernest svare på alle spørsmålene med utgangspunkt i sine samlede erfaringer med dette senteret. Vi mister dermed vurderingene av andre distriktpsikiatriske sentre som legene har erfaring med, men samtidig har vi sikret oss at vurderingene som gjøres kan knyttes til kun ett senter. Fremskaffing av tall på institusjonsnivå var en av hovedmålsettingene i prosjektet.

Vi fikk overført liste over fastleger i Norge fra Legeforeningen (navn, adresse, spesialisering m.m.). For å få med fastleger som ikke er

! Hovedbudskap

- For første gang har alle landets fastleger blitt bedt om å vurdere kvaliteten på de distriktpsikiatriske sentrene i Norge
- Det er et forbedringspotensial i kvaliteten til alle 77 distriktpsikiatriske sentre som er vurdert, sett fra fastlegenes perspektiv
- Fastlegene mener alle kvalitetsområder ved sentrene kan forbedres, særlig veiledningen

Tabell 1 Fastlegenes vurdering av de distriktspsykiatriske sentrene (DPS). Antall svar (N) og gjennomsnitt (95 % konfidensintervall) i undersøkelsen av hovedområder og underliggende enkeltspørsmål

Hovedområde/utsagn ¹	N	Gjennomsnitt (95 % KI)
Akutte situasjoner	2 372	52 (50,9–53,2)
5 Får du kontakt med DPS-et i akutte situasjoner?	2 363	3,2 (3,2–3,2)
6 Får du hjelp fra DPS-et i akutte situasjoner?	2 343	3,0 (2,9–3,0)
Epikrise	2 405	52 (51,3–53,1)
9 Synes du at epikrisene fra DPS-et er av god kvalitet?	2 398	3,4 (3,4–3,5)
10 Inneholder epikrisene planer for videre oppfølging?	2 404	3,0 (3,0–3,0)
11 Mottar du epikrisene fra DPS-et raskt?	2 399	2,9 (2,8–2,9)
Kompetanse	2 404	55 (54,3–55,9)
12 Har DPS-et god kompetanse til å utrede og behandle pasienter?	2 397	3,4 (3,4–3,5)
13 Får du gode faglige råd fra fagfolkene ved DPS-et?	2 390	3,1 (3,0–3,1)
14 Har pasientene fått nødvendig hjelp ved overføring fra DPS?	2 390	3,2 (3,1–3,2)
15 Samarbeider fagpersoner ved DPS-et godt?	2 323	3,2 (3,1–3,2)
Veiledning	2 404	30 (28,5–30,6)
16 Har du/dere samarbeidsmøter med DPS-et?	2 407	2,2 (2,2–2,2)
17 Tilbyr DPS-et organisert veiledning og fagdager?	2 383	2,0 (1,9–2,0)
18 Får du nødvendig faglig støtte fra DPS-et?	2 383	2,6 (2,5–2,6)
Bemanning	2 270	45 (44,4–46,2)
21 Får DPS-et besatt viktige fagstillinger?	2 206	2,8 (2,8–2,9)
22 God legedekning ved DPS-et?	2 278	2,5 (2,5–2,6)
23 Er det stabilitet i de faglige lederstillingene ved DPS-et?	2 218	3,0 (2,9–3,0)
24 Er det stabilitet i fagstillingene ved DPS-et?	2 210	2,9 (2,9–2,9)

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

medlemmer i Legeforeningen, koblet vi listen mot data om fastleger fra Trygdeetatens nettsider. Fastleger som kun befant seg i Trygdeetatens lister, ble også inkludert i undersøkelsen (n = 258).

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

Spørreskjema og variabler

Spørreskjemaet ble utviklet på basis av en litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med fastleger og samarbeid med en referansegruppe bestående av fastleger og fagpersoner fra de distriktspsykiatriske sentrene. Første versjon av spørreskjemaet ble testet blant fastleger i Aust-Agder og Vest-Agder høsten 2005, og basert på analyse av dette materialet ble det gjort mindre endringer i spørreskjemaet før den nasjonale undersøkelsen (13).

Spørreskjemaet som ble benyttet i den nasjonale undersøkelsen, besto av 22 spørsmål om erfaringer. Basert på faktoranalyse har vi identifisert fem dimensjoner: bemanning (stabilitet i nøkkelposisjoner m.m.), epikriser (kvalitet og epikrisetid), akutte situasjoner (tilgjengelighet og hjelp), veiledning (møter, veiledning og støtte) samt faglig kompetanse. Fire av dimensjonene har egenverdi over 1. Den femte dimensjonen om akutte situasjoner har egenverdi rett under 1, men ble tatt med videre fordi den kom frem

i kvalitative intervjuer med fastleger og i diskusjoner med referansegruppen for prosjektet. Alle fem dimensjonene har Cronbachs alfa-verdier over 0,7, og test-retest-korrelasjon for dimensjonene varierer fra 0,72–0,87. Oppsummert viser analysene at instrumentet har tilfredsstillende reliabilitet og validitet (14).

Listen over fastleger som vi fikk overført fra Legeforeningen, inneholdt nødvendig informasjon for å sende spørreskjema i posten (navn, adresse), men også enkelte andre interessante variabler (bl.a. kjønn, alder og spesialitet).

I denne studien ser vi på resultater for de fem dimensjonene i instrumentet samt for de 16 underliggende enkeltspørsmålene. Hvert spørsmål har en svarskala med fem verdier: «ikke i det hele tatt», «i liten grad», «i noen grad», «i stor grad» og «i svært stor grad».

Analyse

Vi benyttet statistikkprogrammene SPSS og R for å analysere materialet. Vi presenterer deskriptiv statistikk for de fem dimensjonene og de 16 underliggende enkeltspørsmålene; antall svarere (n), gjennomsnitt og 95 % konfidensintervall for gjennomsnittene. Dimensjonsskårene er transformert til en skala 0–100 (der 100 er beste skår), mens enkeltspørsmålene presenteres på en skala 1–5 (der 5 er beste skår).

Det vises også resultater for de 77 distriktspsykiatriske sentrene på de fem dimensjonene i instrumentet. Vi har gjennomført

simultan, parametriske hypotesetesting av dimensjonene på DPS-nivå. For at den totale feilsannsynligheten ikke skal bli urimelig høy, har vi korrigert for multipel testing. Vi har benyttet fremgangsmåten beskrevet av Westfall (15) for hvert hovedområde og Bonferroni-korreksjon på tvers av disse. Resultatene er rapportert som justerte signifikanssannsynligheter, dvs. det minste simultane signifikansnivået som ville ledet til forkasting av den aktuelle hypotesen.

Svarprosent og representativitet

Totalt ble 3 798 fastleger inkludert i utvalget, men av ulike årsaker ble 94 av disse ekskludert (ukjent adresse, permisjon m.m.), slik at korrigert bruttoutvalg var 3 704. Vi mottok svar fra 2 415 fastleger (65 %). Antall svar per DPS varierer fra fire (Bjørkeli) til 75 (Hamar).

I analysene har vi kompensert for frafall ved å behandle materialet som et stratifisert sannsynlighetsutvalg. Stratuminndelingen ble foretatt med sikte på å gjøre svarsannsynligheten mest mulig uniform innen hvert stratum. Det resulterte i følgende strata; pilotundersøkelse, de som har svart på papirskjema i hovedundersøkelsen, kvinner som ikke har besvart papirskjema i hovedundersøkelsen, samt menn som ikke har besvart papirskjema i hovedundersøkelsen (14).

151 av fastlegene som svarte på undersøkelsen, ble intervjuet på telefon. På veiledningsindeksen gir telefonsvarerne noe bedre tilbakemeldinger enn de postale svarerne, men ellers er det ingen tegn på at telefonintervju gir andre verdier enn postalt skjema (14).

Resultater

I tabell 1 ser vi at gjennomsnittsskår på hoveddimensjonene var 45 på bemanning (på en skala 0–100, der 100 er best), 52 på akutte situasjoner, 52 på epikrise, 55 på kompetanse og 30 på veiledning. De enkeltspørsmålene som får best tilbakemelding, gjelder kvaliteten på epikrisene og vurdering av fagkompetansen (begge med gjennomsnittsskår 3,4 på en skala 1–5, der 5 er best). Det enkeltspørsmålet som skårer dårligst, er tilbudet som sentrene har når det gjelder organisert veiledning og fagdager (gjennomsnittsskår 2,0).

I tabell 2 ser vi at gjennomsnittet på bemanningsdimensjonen varierer fra 28 for DPS Vest-Finnmark og Ytre Helgeland psykiatriske senter, til 70 for Nordfjord psykiatriske senter (skala 0–100, der 100 er best). Gjennomsnittet for 14 av de distriktspsykiatriske sentrene skiller seg signifikant fra gjennomsnittet for de andre.

På dimensjonen akutte situasjoner varierer gjennomsnittet fra 31 for DPS Vest-Finnmark, til 66 for Psykiatrisk senter Asker og Jæren DPS (tab 2). Seks av sentrene skiller seg signifikant fra gjennomsnittet for de andre.

Tabell 2 Gjennomsnittsskårer (95 % konfidensintervall)¹ på hovedområder for hvert DPS, skala 0 til 100 hvor 100 er best ²

DPS/område	Bemannning	Akutte situasjoner	Epikrise	Veiledning	Kompetanse
Helse Sør					
Aust-Agder	41 (36,2–45,4)	52 (46,5–58,3)	54 (50,0–57,1)	35 (31,4–39,4)	57 (54,0–60,4)
Drammen	46 (40,6–52,1)	36 (30,5–40,8)---	46 (41,7–50,8)	11 (8,5–14,4)---	52 (46,9–56,1)
Kongsberg	56 (50,2–61,4)	39 (33,7–44,6)--	48 (39,0–56,1)	31 (18,2–44,5)	55 (50,2–59,2)
Lister	38 (28,7–46,6)	40 (32,0–47,2)	51 (43,9–58,8)	22 (12,4–31,3)	53 (46,9–59,4)
Lovisenlund	57 (50,5–63,5)	46 (38,7–53,3)	67 (60,7–72,6)+++	39 (31,0–47,5)---	61 (55,0–67,4)
Notodden	59 (54,3–64,7)+++	63 (55,3–69,7)	55 (48,0–61,3)	52 (44,7–59,0)+++	64 (58,5–69,3)
Nordre Vestfold	39 (32,7–45,3)	56 (47,7–63,8)	58 (45,4–71,4)	20 (11,7–27,7)	56 (46,4–66,3)
Porsgrunn	41 (33,8–48,8)	58 (45,7–70,4)	47 (39,0–54,6)	30 (23,1–37,3)	58 (50,5–64,7)
Ringerike	51 (42,4–59,8)	47 (40,7–52,3)	53 (46,5–59,1)	35 (26,0–44,5)	57 (51,4–63,0)
Skien	46 (40,1–51,7)	57 (48,0–66,4)	46 (37,3–54,5)	28 (18,5–38,4)	52 (43,8–60,5)
Solvang	46 (42,0–50,0)	45 (39,3–50,0)	58 (54,2–62,3)	27 (21,0–33,0)	57 (52,8–61,2)
Søndre-Vestfold	37 (32,9–40,7)---	54 (48,3–59,2)	48 (42,5–52,6)	24 (18,9–29,7)	48 (43,9–52,3)
Tønsberg	42 (36,7–46,9)	58 (52,3–63,4)	51 (43,0–59,4)	21 (15,5–26,3)-	49 (42,9–55,7)
Vestmar	42 (34,4–49,3)	57 (45,6–69,1)	48 (35,7–60,0)	16 (10,0–22,6)---	46 (40,5–52,4)
Helse Øst					
Alna	38 (32,9–43,7)	54 (46,3–61,9)	49 (44,3–54,3)	34 (25,0–42,6)	55 (48,3–62,5)
Asker	55 (45,2–65,4)	66 (59,1–73,1)++	57 (49,4–65,1)	23 (17,8–28,9)	62 (55,4–69,4)
Bærum	53 (47,9–58,3)	58 (51,5–63,8)	51 (45,6–57,0)	23 (18,0–27,8)	56 (51,6–60,2)
Edwin-Ruud	38 (31,8–44,8)	40 (30,2–49,4)	61 (53,2–69,4)	42 (34,2–50,0)	54 (48,6–59,1)
Follo	41 (36,9–45,1)	65 (57,2–72,4)	51 (44,0–57,7)	38 (28,5–46,9)	55 (50,2–60,6)
Fredrikstad	47 (40,8–53,5)	59 (50,6–66,9)	61 (54,5–66,6)	28 (21,7–35,1)	56 (50,9–61,5)
Gjøvik	42 (37,2–47,4)	47 (37,8–57,0)	56 (51,6–59,8)	27 (21,2–32,2)	55 (51,8–59,2)
Grorud	38 (32,8–42,6)	46 (39,3–53,0)	42 (33,9–49,2)	17 (12,3–22,6)---	47 (42,4–51,3)
Halden	31 (25,1–36,9)---	50 (42,7–56,4)	47 (37,9–55,3)	18 (14,2–22,1)---	49 (42,5–56,1)
Hamar	52 (48,3–56,6)	45 (38,8–50,6)	58 (54,6–61,7)	22 (17,0–26,2)--	54 (50,3–58,1)
Jessheim	46 (40,8–51,9)	45 (34,9–55,6)	49 (43,9–54,5)	24 (17,7–29,4)	50 (45,0–54,8)
Josefinegate	52 (47,0–57,8)	59 (50,1–67,6)	50 (43,2–56,5)	15 (9,9–20,5)---	59 (52,6–64,8)
Kongsvinger	45 (38,2–52,5)	43 (33,5–52,0)	56 (51,5–59,5)	39 (29,6–49,2)	51 (43,4–57,8)
Lillehammer	67 (59,8–73,3)+++	–	63 (58,5–68,2)+++	44 (35,6–53,3)	70 (64,7–75,3)+++
Lillestrøm	36 (31,1–41,8)	56 (50,1–62,4)	51 (46,0–55,0)	35 (29,7–36,9)	57 (53,1–60,7)
Lovisenberg	44 (33,9–54,8)	62 (54,7–70,0)	48 (40,2–56,6)	17 (11,1–21,9)---	54 (46,3–61,3)
Moss	50 (41,6–59,2)	62 (51,1–73,0)	53 (48,6–57,7)	33 (26,1–39,1)	60 (53,7–66,0)
Søndre-Oslo	33 (26,1–39,3)--	55 (50,2–60,6)	44 (37,9–49,3)	18 (10,3–26,5)	48 (44,2–51,9)
Tynset	57 (49,8–63,9)	–	67 (56,6–76,7)	50 (42,0–58,8)+++	69 (62,1–76,6)++
Tøyen	35 (30,3–40,7)--	49 (41,3–56,4)	44 (36,0–52,5)	26 (19,1–32,4)	50 (45,1–54,9)
Vinderen	55 (47,9–61,3)	55 (45,9–64,3)	54 (46,7–62,1)	40 (29,3–50,3)	58 (51,6–63,9)
Helse Vest					
Betanien	43 (38,0–47,9)	55 (48,6–61,3)	56 (51,8–60,9)	40 (33,5–47,0)	59 (55,4–63,4)
Bjergvin	44 (38,9–49,5)	46 (37,0–55,7)	54 (49,1–58,2)	30 (23,9–36,6)	54 (49,9–58,3)
Bjørkeli	54 (50,8–57,5)+++	55 (42,1–67,6)	58 (46,4–70,0)	38 (30,4–46,4)	66 (60,7–71,9)++
Dalane	57 (48,2–66,7)	–	53 (41,4–63,7)	32 (25,9–38,0)	56 (51,0–60,6)
Fjell/Årstad	32 (27,3–36,5)---	45 (36,5–54,0)	53 (48,1–58,7)	28 (22,8–33,9)	53 (47,9–59,0)
Folgefonn	41 (33,6–47,5)	58 (45,7–70,7)	44 (32,5–55,8)	30 (18,2–41,8)	49 (42,4–55,1)
Førde	69 (59,5–79,0)+++	–	57 (46,5–68,0)	41 (37,9–43,8)+++	71 (65,1–77,2)+++
Haugaland	41 (36,2–45,6)	44 (35,1–52,6)	43 (35,7–49,8)	12 (6,8–17,1)---	43 (38,3–48,3)---
Indre-Sogn	37 (30,2–43,6)	–	64 (57,9–69,5)++	36 (24,7–47,7)	60 (53,9–65,4)
Jæren	61 (58,1–64,0)+++	66 (58,5–74,1)++	62 (57,8–67,1)+++	42 (36,1–48,1)+	63 (59,5–67,5)++
Karmøy	–	–	–	8 (0–17,6)---	–
Nordfjord	70 (64,5–74,7)+++	61 (48,8–72,8)	70 (62,6–78,3)+++	58 (47,1–68,0)+++	71 (63,7–78,9)++
Ryfylke	30 (20,0–40,7)	36 (23,9–48,3)	47 (40,5–52,6)	14 (1,0–27,5)	51 (45,5–57,3)
Sandnes	50 (42,5–57,7)	61 (48,1–74,6)	59 (52,1–56,7)	–	59 (51,7–66,8)
Sølli	44 (37,7–50,9)	–	51 (41,5–60,3)	–	52 (45,6–58,8)
Stavanger	46 (41,3–50,8)	62 (55,4–69,2)	53 (47,7–58,3)	28 (23,4–33,1)	53 (46,8–58,4)
Stord	42 (35,0–50,0)	53 (40,4–66,0)	64 (55,8–72,5)	40 (33,1–47,1)	62 (54,8–68,3)
Voss	64 (56,5–72,4)+++	60 (51,5–67,7)	60 (53,8–65,5)	38 (30,8–46,1)	61 (52,6–69,5)
Helse Midt-Norge					
Kolvereid	66 (54,0–78,2)	–	72 (65,9–78,1)+++	24 (14,8–33,6)	71 (66,4–74,7)+++
Kristiansund	49 (41,1–57,5)	54 (48,2–60,4)	48 (42,5–54,0)	44 (36,8–51,6)	57 (52,5–61,5)
Leistad	48 (42,8–53,9)	41 (35,0–47,0)	52 (46,1–56,9)	20 (13,5–27,1)	51 (47,2–55,6)
Levanger	59 (53,4–64,7)+++	62 (55,9–68,3)	53 (47,1–58,2)	31 (23,0–39,2)	64 (59,4–69,3)+
Molde	50 (40,1–59,1)	55 (48,0–61,8)	46 (36,0–55,7)	36 (27,1–45,2)	56 (46,7–65,0)
Namsos	41 (34,5–47,1)	–	48 (41,8–54,7)	23 (15,0–31,2)	49 (42,1–56,0)
Orkdal	46 (41,5–51,3)	54 (47,9–59,8)	55 (49,8–60,7)	55 (46,7–62,8)+++	59 (52,8–65,7)
Stjørdal	–	43 (34,2–51,5)	48 (38,2–58,4)	34 (23,6–43,4)	58 (46,5–69,3)
Sunnmøre	51 (45,0–57,5)	58 (50,5–65,4)	60 (54,2–66,1)	36 (26,2–45,0)	59 (54,3–63,5)
Tiller	42 (36,6–47,7)	50 (44,8–55,8)	54 (49,6–58,5)	34 (28,2–39,9)	58 (53,2–62,2)

>>>

beidsrelasjoner og betydningen av ulike organisasjonskulturer. Uansett er det etter vår oppfatning viktig å finne ut hvordan det enkelte distriktpspsykiatriske senteret faktisk oppfattes, uavhengig av årsak. Kunnskapen om at et senter er dårlig vurdert bør i seg selv lede til søking etter forklaringer og mulige forbedringstiltak på prioriterte områder.

Vi takker for viktige bidrag fra alle som har vært involvert i prosjektet i Kunnskapssenteret, de fastlegene som tok seg tid til å delta på de kvalitative intervjuene i utviklingsprosjektet, og de eksterne medlemmene av prosjektets referansegruppe.

Litteratur

1. Sosial og helsedirektoratet. Fritt Sykehusvalg Norge. www.sykehusvalg.no (30.8.2006).
2. Brockway CR, Jones KE. Survey of the opinions of general practitioners about health services in a rural setting. *Public Health* 1993; 107: 45–52.
3. Hicks NR, Baker IA. General practitioners' opinions of health services available to their patients. *BMJ* 1991; 302: 991–3.
4. Hull SA, Dennis N, Loughlin L. GP opinions of available health services. *BMJ* 1991; 302: 1405–6.
5. Choyce MQ, Maitra AK. Satisfaction with the accident and emergency department – a postal survey of general practitioners' views. *J Accid Emerg Med* 1996; 13: 280–2.
6. Hayes CH, Hynes M, O'Herlihy B. Public health nursing in Ireland: the general practitioners' view. *Ir J Med Sci* 1992; 161: 105–7.
7. Thomas RV, Corney RH. Working with community mental health professionals: a survey among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 417–21.
8. Ruud T, Gråve RW, Lilleeng S et al. Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpspsykiatriske sentre fra 2002 til 2005. Rapport nr. STF78A055028. Oslo: SINTEF Helse, 2006.
9. Kværner KJ. Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1016–7.
10. Heskestad S, Horneland M. Primærlegers vurdering av psykiatriske poliklinikker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2402–4.
11. Asch DA, Jedrzejewski KM, Christiakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 1129–36.
12. Field TS, Cadoret CA, Brown ML et al. Surveying physicians: do components of the «Total Design Approach» to optimizing survey response rate apply to physicians? *Med Care* 2002; 40: 596–606.
13. Holte TO, Groven G, Iversen H et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpspsykiatriske sentra i 2006: Utvikling av spørreskjema og innsamlings-opplegg. www.kunnskapssenteret.no/filer/PasOpp_0607_Dokumentasjon_DPS.pdf (30.8.2006).
14. Bjertnæs ØA, Helgeland J, Oltedal S et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpspsykiatriske sentra i 2006: Metodedokumentasjon. www.kunnskapssenteret.no/filer/PasOpp_0608_Metode.pdf (30.8.2006).
15. Westfall P. Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations. *J Am Stat Assoc* 1997; 92: 299–306.
16. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 319–28.
17. Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1–244.
18. McColl E, Jacoby A, Thomas L 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: 1–256.
19. Edwards P, Roberts I, Clarke M et al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ* 2002; 324: 1183–5.
20. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1036–8.
21. Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G et al. Epikrisen som samhandlingsverktøy. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2815–7.

Manuskriptet ble mottatt 20.6. 2006 og godkjent 21.9. 2006. Medisinsk redaktør Erlend Hem.