

# Pasienttilfredshet etter opphold i psykiatrisk døgnpost

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Sammenhengen mellom pasienttilfredshet og kliniske variabler er i begrenset grad undersøkt i psykiatriske populasjoner, og resultater fra tidligere undersøkelser viser stor variasjon.

**Materiale og metode.** Pasienter som var innlagt i en psykiatrisk utredningspost i 2003 og 2004 (N = 87) fylte ut symptommålene SCL-5 og MADRS-S ved innleggelse og utskrivning og et mål for personlighetsdimensjoner, PDQ4+, ved innleggelse. Før utskrivning ble pasientene intervjuet om pasienttilfredshet.

**Resultater.** Den gjennomsnittlige pasienttilfredsheten var høy, og det skjedde en betydelig endring i symptomer i løpet av oppholdet. Det var statistisk signifikante positive korrelasjoner mellom reduksjon i symptommålene SCL-5 og MADRS-S og pasienttilfredsheten. Især var denne sammenhengen sterk for endring av depresjonsmålet MADRS-S ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,01$ ). Det var tilsvarende negative korrelasjoner mellom pasienttilfredshet og personlighetsavvik. Endring i depresjon forklarte 43 % av variansen i pasienttilfredsheten og personlighetsavvik ytterligere 4 %. Liggetid og sosiodemografiske forhold bidro ikke.

**Fortolkning.** Pasienttilfredsheten påvirkes i betydelig grad av symptomendring og i noen grad av personlighetsavvik, mens liggetid og sosiodemografiske forhold hadde liten betydning.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Kjetil Horn**  
kjhorn@online.no  
Psykiatrisk avdeling  
Sykehuset Østfold  
Postboks 584  
1612 Fredrikstad

**Egil W. Martinsen**  
Forskningssinstituttet  
Modum Bad

De sentrale helsemyndigheter legger vekt på brukertilfredshet i helsevesenet, og det er utviklet egne instrumenter for å måle dette (1). Pasienttilfredsheten påvirkes av psykososiale forhold, medisinsk tilstand og behandling, men empiriske undersøkelser er ikke entydige når det gjelder forhold som diagnose eller personlighetsavvik (2–6). Dokumentasjon av sammenhengen mellom brukertilfredshet og kliniske variabler kan være viktig, fordi pasienttilfredshet vektlegges som kvalitetsindikator innen psykisk helsevern.

Vi har kartlagt brukertilfredsheten hos en gruppe pasienter etter innleggelse i en utredningspost. Ønsket var å undersøke sammenhengen mellom brukertilfredshet og sosiodemografiske og kliniske variabler.

## Materiale og metode

Pasientene som inngår i denne undersøkelsen hadde vært innlagt i en utredningspost med 12 døgnplasser og én dagplass. Den ligger i egne lokaler omtrent 3 km utenfor Fredrikstad. I tillegg til miljøpersonale er det ansatt overlege, psykolog, assistentlege og sosionom, samt nevropsykolog på timebasis.

Posten har ansvar for utredning av pasienter med sammensatte kliniske problemer. Pasientene rekrutteres fra egne akuttposter og fem distriktspsykiatriske sentre i Østfold. Det kommer også søknader fra allmennpraktiserende leger i opptaksområdet og fra Østfoldklinikken, som er en fylkesdekkende rusavdeling. Opptaksområdet omfatter 255 000 mennesker.

## Pasienter

Indikasjoner for henvisning til posten er uklar diagnose, terapiresistens og behov for ytterligere stabilisering etter innleggelse i akuttavdeling. Alle pasienter som var innlagt i årene 2003–04 er inkludert i undersøkelsen.

Totalt ble 111 pasienter innlagt i perioden. Av disse skrev 24 (22 %) seg ut eller ble utskrevet uten at vi fikk samlet inn data om dem, derfor ble det slik at 87 pasienter kunne

inkluderes i undersøkelsen (tab 1). Det var 27 kvinner og 60 menn med gjennomsnittsalder 31 år, og de fleste diagnostiske grupper var representert. Gjennomsnittlig liggetid var 78,8 dager (SD = 41,8).

## Metode

Etter innleggelse ble det gjort et bredt anamneseopptak, som inkluderte innhenting av komparentopplysninger fra familie og tidligere kontakter i helsevesenet. Pasientene gjennomgikk somatisk undersøkelse med orienterende nevrologisk status. Blodprøver, bildediagnostikk, nevrofysiologisk og nevropsykologisk undersøkelse ble rekvirert ut fra individuell vurdering. Pasientene ble intervjuet av lege eller psykolog med de diagnostiske instrumentene Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (MINI) (7) og et strukturert klinisk intervju for diagnostikk av personlighetsforstyrrelser etter diagnose-systemet DSM-IV (SCID-II) (8). Intervjuene ble kvalitetssikret ved veiledning og uformelle drøftinger blant terapeutene. Det ble også benyttet videoopptak av kliniske intervjuer for veiledning. For oversiktens skyld er diagnosene av personlighetsforstyrrelser gruppert etter de tre hovedgruppene i DSM-IV, selv om diagnostikken ellers skjedde i henhold til ICD-10 (tab 1).

Pasientene fylte ut følgende instrumenter ved innleggelse:

- Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S), en selvutfyllingsversjon av MADRS som består av ti spørsmål og skåres på en skala fra 0 til 6 (9). Skårene summeres, og sumskåren varierer fra 0 til 60.
- Symptom Checklist 5 (SCL-5) er et generelt symptomsmål som måler angst og depresjon. Spørsmålene er hentet fra SCL-90, skåres på skala fra 0 til 4, og det regnes ut gjennomsnittsskår, der 0 betyr fravær av symptomer og 4 er maksimal symptombelastning (10).

## Hovedbudskap

- Reduksjon av depressive symptomer var viktigst for pasienttilfredsheten etter opphold i en psykiatrisk utredningspost
- Personlighetsavvik hadde en viss betydning for pasienttilfredsheten. Liggetid, alder og kjønn var av liten betydning

– Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ4+) er et spørreskjema for kartlegging av personlighetsavvik. Utsagn om typiske trekk skåres enten 0 («i hovedsak ikke beskrivende for pasienten») eller 1 («i hovedsak beskrivende for pasienten»), og svarene samles i 12 ulike dimensjoner (11). Disse har navn som minner om personlighetsforstyrrelsene i F60-kapitlet i ICD-10, men skåring over terskelen på en dimensjon i PDQ4+ er ikke synonymt med likelydende personlighetsforstyrrelse.

Under innleggelsen ble det startet ettervernsarbeid. Man søkte å tilrettelegge forholdene etter utskrivning best mulig. Det ble opprettet ansvarsgrupper og utarbeidet individuelle planer, og pasientene fikk hjelp med bolig og økonomi.

På slutten av oppholdet fylte pasientene ut MADRS-S- og SCL-5-skjemaet på nytt. To av personalet, som var øvet i dette, gjennomførte et pasienttilfredshetsintervju for å belyse pasientenes erfaringer og observasjoner fra oppholdet. Spørsmålene går i hovedsak på tilstedeværelse eller fravær av konkrete hendelser som man antar indikerer god kvalitet innen det enkelte området som etterspørres. Instrumentet består av 50 spørsmål, og brukererfaringer inndeles i åtte dimensjoner. Alle spørsmål besvares «ja», «delvis» eller «nei». Det regnes ut en skår for hver dimensjon fra 0 til 10, der 0 indikerer minimal tilfredshet og 10 maksimal tilfredshet. En av dimensjonene heter «informasjon til pårørende». Seks av pasientene hadde ikke pårørende og har derfor ikke svart på dette. Gjennomsnittlig pasienttilfredshet er regnet ut på bakgrunn av de besvarte spørsmål.

Intervjuet har sin bakgrunn i Statens helse-tilsyns utredningsserie 5–2001 (12) og 6–2001 (1). Førstnevnte omhandler prosessforbedring i helsevesenet generelt, sistnevnte omhandler pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter og har intervjuet som vedlegg. Anbefalingene som er gitt, har vært brukt til prosessforbedring ved flere psykiatriske og somatiske institusjoner (13).

Undersøkelsen er godkjent av Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Vi har kun undersøkt pasienter som vi selv har hatt til behandling, og undersøkelsen har form av kvalitetssikring av egen praksis. Alle pasienter har gitt muntlig samtykke til å delta. Vi har derfor vurdert det slik at det ikke var nødvendig å søke regional etisk forskningskomité om godkjenning.

#### Statistikk

Data ble analysert i SPSS, versjon 12.0. Vi benyttet uparet t-test for å sammenlikne pasienttilfredsheten hos menn og kvinner og parede t-tester for å undersøke endringer i MADRS-S- og SCL-5-skår. Effekttørrelse er særlig relevant i denne sammenheng. Denne ble regnet ut som Cohens d, ved at endring i skår ble dividert med det gjennomsnittlige standardavvik. Effekttørrelse < 0,2

regnes som ingen effekt, 0,2–0,5 som liten effekt, 0,5–0,8 som middels effekt og > 0,8 som høy effekt (14). Korrelasjoner ble regnet ut som Pearsons r. Multiplere regresjonsanalyse ble brukt for å forklare variasjon i gjennomsnittlig pasienttilfredshet.

#### Resultater

Skårene på de ulike dimensjonene i pasienttilfredshetsintervjuet var gjennomgående høye. Det var høyest skår på dimensjonen «respekt» (skår 9,2), lavest på «planlegging ved utskrivning» (skår 7,1). Spredningen var større for dimensjonene med lave skårer (tab 2).

Gjennomsnittsskår for MADRS-S var 22,9 (SD = 11,5) ved innleggelse og 15,3 (SD = 11,0) ved utskrivning. Tilsvarende for SCL-5 var 2,4 (SD = 1,2) ved innleggelse og 1,6 (SD = 1,1) ved utskrivning. Effekttørrelsen var 0,7 for begge målinger.

Tabell 3 viser statistiske sammenhenger mellom pasienttilfredshet og kjønn, alder og liggetid samt endring i skår på MADRS-S og SCL-5. Det var ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner ( $p > 0,05$  for alle), og kun dimensjonen «respekt» korrelerte signifikant positivt med alder. Dimensjonene «respekt» ( $p < 0,01$ ), «plan for utskrivning» ( $p < 0,05$ ) og gjennomsnittlig pasienttilfredshet for alle dimensjoner ( $p < 0,01$ ) korrelerte signifikant positivt med liggetid. Alle dimensjonene under sosialt miljø i avdelingen var signifikant korrelert med minst ett av endringsmålene. Alle korrelasjoner var høyere med MADRS-S enn med SCL-5, og det var høyest korrelasjon mellom gjennomsnittlig pasienttilfredshet og endring i MADRS-S ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,01$ ).

Sammenhengen mellom personlighetsavvik og pasienttilfredshet er fremstilt i e-tabell 4, og skårene på disse instrumentene var gjennomgående høyt negativt korrelert. Bare «nytte» var ikke signifikant korrelert med noen av dimensjonene eller totalskåren på PDQ4+.

Korrelasjonen mellom totalskår på de to instrumentene var høy ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabell 1** Sosiodemografiske og kliniske karakteristika (n = 87)

Karakteristika	Antall (%)
Kvinner/menn	27/60 (31/69)
<i>Alder (år)</i>	
Gjennomsnitt (SD; spredning)	31,2 (10,0; 18–55)
<i>Sivilstand</i>	
Enslig	57 (65,5)
Gift/samboer	20 (23,0)
Separert/skilt	10 (11,5)
<i>Diagnoser<sup>1</sup></i>	
Rusrelaterte lidelser	36
Schizofreni/paranoide psykoser	20
Bipolar lidelse	5
Depressiv episode/tilbakevendende depresjon	12
Andre affektive lidelser	8
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	18
AD/HD/tics	9
Andre	11
<i>Personlighetsforstyrrelser (etter DSM-IV)</i>	
Klynge A	2
Klynge B	16
Klynge C	9
Andre/blandede	6

<sup>1</sup> Hver pasient kunne få flere diagnoser

Dimensjonene «paranoid», «antisosial», «schizoid» og «narsissistisk» skilte seg ut ved at de var sterkt negativt korrelert med flere dimensjoner av pasienttilfredshet. Skårene på «histrionisk», «obsessiv», «unnvikende» og «avhengig» korrelerte derimot i liten grad med pasienttilfredsheten. I en mellomstilling fant vi dimensjonene «negativistisk», «depressiv», «schizotyp» og «borderline».

**Tabell 2** Gjennomsnittlige verdier av pasienttilfredshet. Hver dimensjon dekkes av 5–10 spørsmål. Totalt er det 50 spørsmål i intervjuet. Svarene gis som «ja», «nei» eller «delvis». Det regnes ut én skår for hver dimensjon, 0 er dårligst og 10 er best

Pasienttilfredshetsdimensjon	Gjennomsnitt (SD)	Antall
Respekt fra personalet	9,2 (1,4)	73
Støtte fra personalet	8,7 (1,8)	73
Sosialt miljø i avdelingen	8,5 (1,5)	73
Medvirkning i egen behandling	8,3 (2,0)	73
Informasjon til pasienten	8,2 (1,7)	73
Planlegging ved utskrivning	7,1 (2,1)	73
Informasjon til pårørende	7,6 (3,0)	67
Opplevd nytte av behandling	8,1 (2,1)	73
Gjennomsnittlig pasienttilfredshet	8,2 (1,3)	73

**Tabell 3** Korrelasjon mellom pasienttilfredshet og kliniske variabler

Pasienttilfredshet	Kjønn T-test Signifikans (2-halet) Antall	Alder Pearsons r Signifikans (2-halet) Antall	Liggetid Pearsons r Signifikans (2-halet) Antall	Endring MADRS Pearsons r Signifikans (2-halet) Antall	Endring SCL-5 Pearsons r Signifikans (2-halet) Antall
Respekt fra personalet	0,55 Ikke signifikant 73	0,26 < 0,05 73	0,32 < 0,01 73	0,55 < 0,01 59	0,34 < 0,01 62
Støtte fra personalet	0,76 Ikke signifikant 73	0,15 Ikke signifikant 73	0,20 Ikke signifikant 73	0,58 < 0,01 59	0,38 < 0,01 62
Sosialt miljø i avdelingen	0,11 Ikke signifikant 73	0,14 Ikke signifikant 73	0,17 Ikke signifikant 73	0,25 Ikke signifikant 59	0,21 Ikke signifikant 62
Medvirkning i egen behandling	1,5 Ikke signifikant 73	0,11 Ikke signifikant 73	0,15 Ikke signifikant 73	0,47 < 0,01 59	0,36 < 0,01 62
Informasjon til pasienten	0,91 Ikke signifikant 73	0,16 Ikke signifikant 73	0,22 Ikke signifikant 73	0,35 < 0,01 59	0,33 < 0,01 62
Planlegging ved utskrivning	0,79 Ikke signifikant 73	0,16 Ikke signifikant 73	0,24 < 0,05 73	0,36 < 0,01 59	0,23 Ikke signifikant 62
Informasjon til pårørende	0,69 Ikke signifikant 73	0,03 Ikke signifikant 67	0,23 Ikke signifikant 67	0,30 < 0,05 54	0,29 < 0,05 57
Opplevd nytte av behandlingen	0,94 Ikke signifikant 73	0,13 Ikke signifikant 73	0,22 Ikke signifikant 73	0,46 < 0,01 59	0,44 < 0,01 62
Gjennomsnittlig pasienttilfredshet	1,4 Ikke signifikant 73	0,22 Ikke signifikant 73	0,32 < 0,01 73	0,59 < 0,01 59	0,45 < 0,01 62

For å forklare variasjonen i gjennomsnittlig pasienttilfredshet benyttet vi lineær regresjon. Vi tok inn forklaringsvariabler ut fra graden av korrelasjon med den avhengige variabelen, og startet med den variabelen som var høyest korrelert. Vi hadde komplette data for 45 pasienter, og hadde derfor ikke anledning til å ta inn mer enn fire forklaringsvariabler i likningen. Ingen av forklaringsvariablene var interkorrelert med  $r > 0,5$ , og alle var tilfredsstillende normalfordelt. MADRS-skår ved innleggelse og utskrivning forklarte 43 % av variansen i pasienttilfredshet. Totalskår på PDQ4+ bidro med ytterligere 4 %, som var nesten signifikant, mens liggetid ikke ga noe i tillegg til dette. Resultatene fra en samlet modell med fire forklaringsvariabler er fremstilt i tab 5.

**Diskusjon**

Våre funn – at pasienttilfredsheten i liten grad samvarierte med kjønn og alder – er i

overensstemmelse med funnene i andre undersøkelser (2–4).

Endring i grad av depresjon forklarte nær halvparten av variansen i pasienttilfredshet. Dette passer også godt med tidligere funn. Det er tidligere vist at opplevd nytte av behandlingen bidrar til høy pasienttilfredshet (6). Den mest naturlige forklaring på dette er at de som får hjelp med sine plager, er mest fornøyd. En alternativ forklaring er selvsagt at depresjon farger opplevelsen av de fleste forhold. Når man er mindre deprimert, fortolkes det meste i et mer positivt lys.

I flere tidligere undersøkelser har man studert sammenhengen mellom pasienttilfredshet og personlighetsavvik. Sørlie og medarbeidere fant at nevrotisisme forklarte 7 % av variansen i global pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling (4). I en annen studie ble det ikke påvist forskjeller i pasienttilfredshet i ulike diagnostiske grup-

per etter opphold i psykiatrisk avdeling (5). Andre har imidlertid funnet slike forskjeller (2). Under utarbeiding av det aktuelle pasienttilfredshetsintervjuet er det lagt vekt på spørsmål som kartlegger erfaringer med konkrete hendelser som antas å indikere god kvalitet på tjenestene. Dette ble gjort for å bedre validiteten ved intervjuet og redusere forskjeller med bakgrunn i personlighetsavvik. Til tross for dette var det i denne undersøkelsen flere signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og personlighetsavvik.

Høy grad av avvikende personlighet var korrelert med lavere pasienttilfredshet og ga et nesten signifikant bidrag til økt forklart varians. Dette kan forklares med at personer med slike personlighetstrekk har et skjevt syn på verden. En annen mulighet er at personalet lar seg styre av sine motoverføringer og behandler disse pasientene dårligere, en tredje er at slike pasienter, som følge av sine omfattende problemer, har et større behov for hjelp. Ut fra en tverrsnittsundersøkelse er det ikke mulig å si noe sikkert om årsaksforhold. Slike funn kan likevel være viktige hvis man ønsker å sammenlikne brukertilfredsheten i ulike avdelinger og institusjoner. På avdelingsnivå kan disse sammenhengene utgjøre store forskjeller, og kunnskap om den enkelte avdeling er nødvendig for å vurdere resultatene av intervjuene. Farer ved slik sammenliknende bruk av pasienttil-

**Tabell 5** Multipl regressionanalyse av forklart varians i pasienttilfredshet (n = 45)

Variabel	Ustandardisert beta	95 % KI for beta	P-verdi
MADRS-skår inn	0,048	0,016–0,079	< 0,01
MADRS-skår ut	-0,069	-0,106–-0,033	< 0,001
PDQ-totalskår	-0,023	-0,047–0,000	0,054
Liggetid	-0,004	-0,006–0,013	0,42

fredshet og andre kvalitetsindikatorer har vært påpekt tidligere (15, 16).

#### Begrensninger

Undersøkelsen har flere metodemessige begrensninger. Utvalget var strengt selektert og kan ikke regnes som representativt for norske sykehuspopulasjoner. Dette ses bl.a. på forholdet mellom menn (69 %) og kvinner (31 %). Den diagnostiske variasjonen er stor og dekker flere kategorier (alle F0-F9, unntatt F7) enn det som er vanlig i psykiatriske døgnposter. Især diagnoser som Aspergers syndrom og AD/HD er overrepresentert. Det er usikkert hvilken betydning dette har for resultatene.

Pasienttilfredsheten var gjennomgående høy. En mulig forklaring er at det var personalet ved posten som gjennomførte intervjuene. Pasienter som av ulike grunner ble skrevet ut uten å ha fullført opplegget, er ikke tatt med i undersøkelsen. Dette er naturligvis en viktig gruppe, og gjennomsnittlig pasienttilfredshet hos disse vil sannsynligvis være lavere. Vi har heller ikke komplette data for alle pasienter. Våre endringsmål, SCL-5 og MADRS-S, registrerer endring i angst og depresjon, og for en del av pasientene ville andre instrumenter ha vært mer egnet til å måle endring. Vi har valgt å kartlegge personlighetsavvik ved et dimensjonalt mål, ikke ved hjelp av diagnoser. Bruk av forskjellige måleinstrumenter gjør det vanske-

lig å sammenlikne resultatene fra ulike undersøkelser.

#### Avslutning

Den globale pasienttilfredshet var først og fremst påvirket av endringer i symptomer, spesielt gjaldt dette depresjon. Personlighetsavvik bidro i noen grad, mens liggetid og sosiodemografiske forhold hadde liten betydning.

*e-tab 4 finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)*

#### Litteratur

1. Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: prosessforbedring i klinisk virksomhet. Statens helse-tilsyns utredningsserie 6–2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/pasientstyrt\\_forbedringsarbeid\\_psykiatriske\\_sengeposter\\_ik-2757.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/pasientstyrt_forbedringsarbeid_psykiatriske_sengeposter_ik-2757.pdf) [2.1.2006].
2. Kelstrup A, Lund K, Lauritsen B et al. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients: relationship to diagnosis and medical treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 374–9.
3. Eklund M, Hansson L. Determinants of satisfaction with community-based psychiatric services: a cross-sectional study among schizophrenia outpatients. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 413–8.
4. Sørli T, Busund R, Sexton HC et al. Pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 756–9.
5. Hansson L, Berglund M, Liljencrantz C et al. Patient attitudes in short time psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72: 193–201.
6. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care, and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Sos Sci Med* 1988; 27: 935–9.
7. Leiknes KA, Leganger S, Malt EA et al. MINI Internasjonalt Neuropsykiatrisk Intervju, 5.0.0. Norsk utgave. Oslo: Psykosomatisk avdeling, Rikshospitalet, 1999.
8. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, 1995.
9. Svanborg P, Åsberg P. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disord* 2001; 64: 203–16.
10. Tamba K, Moum T. How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 364–7.
11. Hyler S. Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV. New York: New York State Psychiatric Institute, 1994.
12. Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter. Statens helsetilsyns utredningsserie 5–2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/prosessforbedring\\_klinisk\\_virksomhet\\_kvalitetsforbedring\\_psykisk\\_helsevern\\_ik-2756.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/prosessforbedring_klinisk_virksomhet_kvalitetsforbedring_psykisk_helsevern_ik-2756.pdf) [2.1.2006].
13. de Vibe M, Kongsmo T. Pasientfokusert forbedringsarbeid i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2005; 1: 45–53.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. utg. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum, 1988.
15. Frich JC, Ramleth Ø. Pasienttilfredshet som mål for kvalitet i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 88.
16. Bretthauer M, Hoff G. Kvalitetsforbedring i norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1150.

*Manuskriptet ble mottatt 13.12. 2005 og godkjent 5.3. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.*