

En styrket brugerinddragelse bør i videst muligt omfang ske på et evidensbaseret grundlag. Behovet for mere forskning på området er åbenbart, idet metoderne bør underlægges samme krav til dokumentation, som gælder i sundhedsvæsenet generelt.

Det anbefales, at der udarbejdes en national strategi, der sikrer en forpligtende brugerinddragelse på alle niveauer. Brugerperspektivet bør ikke begrænses til evalueringen inden for eksisterende rammer.

**KORRESPONDANCE:** Morten Freil, Danske Patienter, Nørre Voldgade 90, DK-1358 København K. E-mail: mf@danskepatienter.dk

**ANTAGET:** 1. februar 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

En fuldstændig referenceliste kan rekvireres hos forfatterne

#### LITTERATUR

1. Mathiesen TP, Freil M, Willaing I et al. Do patients differentiate between the different aspects of health care quality?, *J Health Care Qual* 2007;29:W1-10

2. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions – A review of the evidence. London: The Health Foundation, 2006.
3. Jacobsen CB, Pedersen VH, Albeck K. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2008.
4. Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
5. Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2007.
6. Hove G, Heje H, Olesen F et al. DanPEP – Danske patienter evaluerer almen praksis. Projektaf rapportering december 2002–marts 2006. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis, 2006.
7. Freil M, Knudsen JL. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet – Patienters oplevelser af sygehusenes kvalitet. *Ugeskr Læger* 2004;166:1796.
8. Gregory J. Conceptualising consumer engagement: A review of the literature. Australian Institute of Health Policy Studies, 2007.
9. Heje HN, Gut R, Vedsted P. Patientevaluering af sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger* 2009;171:1666-70.
10. Innovationsrådet, Patientforum, Danske Regioner og Oxford Healt Alliance. Brugernes Sundhedsvæsen – Oplæg til en patientreform. København: Huset Mandag Morgen A/S, 2007.
11. www.sundhedskvalitet.dk

# Patientevaluering af sundhedsvæsenet

Praktiserende læge Hanne N. Heje, cand.scient.soc. Rikke Gut & læge Peter Vedsted

## OVERSIGTSARTIKEL

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, og Region Hovedstaden, Enheden for Brugerundersøgelser

## RESUME

Patientevalueringer (PE) bør indgå i kvalitetsudviklingen (KU) af sundhedsvæsenet. PE er relevante ved vurdering af de aspekter af ydelsen, som for patienter er centrale for kvaliteten, og ved vurdering af forløb. Ønsket om at opnå 100% tilfredshed sættes i forhold til kravet om ydelser, der også opfylder kravene til kvalitet i et sundhedsfagligt og et økonomisk-organisatorisk perspektiv. PE bør indgå i en læringsproces for at sikre KU på den enkelte afdeling og i praksis. Der bør gennemføres diagnosespecifikke PE og PE af forløb og forskes i validerede måleredskaber.

Patienttilfredshedsundersøgelser og -evalueringer anvendes i stigende omfang i den løbende kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet. I Den Danske Kvalitetsmodel [1] indgår de som et redskab til måling af den patientoplevede kvalitet af behandling og pleje. Siden 2000 er der regelmæssigt gennemført landsdækkende undersøgelser af patienters oplevelser (LUP) på landets sygehuse, ligesom der gennemføres regionale undersøgelser. Fra 2007 gennemføres også regelmæssige patientevalueringer i almen praksis (DanPEP).

Det er formålet med denne artikel at gennemgå baggrunden for at inkludere patientevalueringer som et kvalitetsmåleinstrument, at diskutere præmisserne for sådanne målinger samt at beskrive, hvilke mulig-

heder det giver at invitere patientens perspektiv indenfor.

## HVORFOR PATIENTEVALUERINGER I KVALITETSUDVIKLING?

En af sundhedsvæsenets væsentligste opgaver er at skabe patienttilfredshed [2]. Tilfredshed fordi patienten har modtaget effektiv behandling og pleje af en høj faglig standard i et sammenhængende forløb ydet under iagttagelse af effektiv resurseudnyttelse og på en sådan måde, at det indebærer en minimal risiko for patienten, og fordi patienten har haft en sikker oplevelse af, at det var sådan, det forholdt sig [3] (Figur 1). Intet sundhedsvæsen kan altså sige sig fri for, at dets grundlæggende legitimitet er tæt knyttet til patienternes tilfredshed.

En samlet vurdering af kvaliteten foretages ud fra en sundhedsfaglig, en økonomisk-organisatorisk og en patientanskuet dimension. Fagligt anlægges et professionelt perspektiv, og man sammenligner den aktuelle praksis med vedtagne standarder for klinisk praksis. En vurdering af måden, hvorpå de økonomiske, personalemæssige og anlægsmæssige resurser udnyttes, sker i et økonomisk-organisatorisk perspektiv. For at måle patientens oplevelse af kvaliteten, må man skaffe sig information om, i hvor høj grad patienten oplevede ydelsen som tilfredsstillende.

Graden af tilfredshed vil være et udtryk for patientens vurdering af ydelsen sat i forhold til den aktuelle betydning for ham eller hende af det oplevede (dette er den egentlige betydning af ordet evaluering [4]). Hvor tilfreds, patienten er med en sundhedsydelse, er en subjektiv vurdering på baggrund af patientens behov og forventninger, af oplevelsen af ydelsen og af betydningen for patienten. Oplevelsen vil desuden være farvet af patientens eventuelle angstelse og frygt. Da tilfredshed er subjektiv, vil to patienter kunne rapportere meget forskellige grader af tilfredshed med den – objektivt vurderede – samme ydelse. Det er også derfor, at sundhedsprofessionelles formodning om en patients tilfredshed kan være helt fejlagtig [5, 6].

Under et sygdomsforløb vil patienten mange gange være i kontakt med både almen praksis, sygehusafdelinger og ambulatorier og måske med hjemmeplejen eller andre aktører. Det stiller høje krav til koordinering og information, for at patienten kan føle sig tryk ved behandling og pleje og opleve kontinuitet og sammenhæng. Kommunikation og koordinering kan opleves tilfredsstillende af de sundhedsfaglige aktører. Det er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienten har oplevet den forventede sammenhæng i forløbet. Derfor, og fordi patienten er den eneste gennemgående aktør i det samlede forløb, er patienten den, der bedst kan vurdere, om oplevelsen af koordinering og kontinuitet har været tilfredsstillende.

### HVAD SKAL PATIENTEN EVALUERE?

Skal en patienttilfredshedsundersøgelse måle den patientoplevede kvalitet, skal undersøgelsen omfatte de aspekter af ydelsen, som patienten oplever som centrale. Der er foretaget adskillige studier af, hvorledes patienter prioriterer forskellige aspekter af praksis [7]. De aspekter, som patienter gennemgående finder centrale for ydelsens kvalitet, kan sammenfattes under fem overskrifter: kerneydelsen, kommunikation og Kooperation (samarbejde med patient og pårørende), kontinuitet og koordination.

Brugerundersøgelser kan let reduceres til at dreje sig om servicemål (f.eks. mad, parkering og ventetid). I det omfang sådanne servicemål er omfattet af patientens kriterier for kvalitet, er det relevant. Det har imidlertid vist sig, at patienter i vidt omfang nedprioriterer service frem for kvalitet i kerneydelsen. Det er derfor vigtigt at gøre en indsats for at måle det vigtige og relevante, hvilket kræver forskning og udvikling.

### KONTAKT OG FORLØB

En patientevaluering foretaget i almen praksis kan omhandle den enkelte kontakt med læge eller syge-

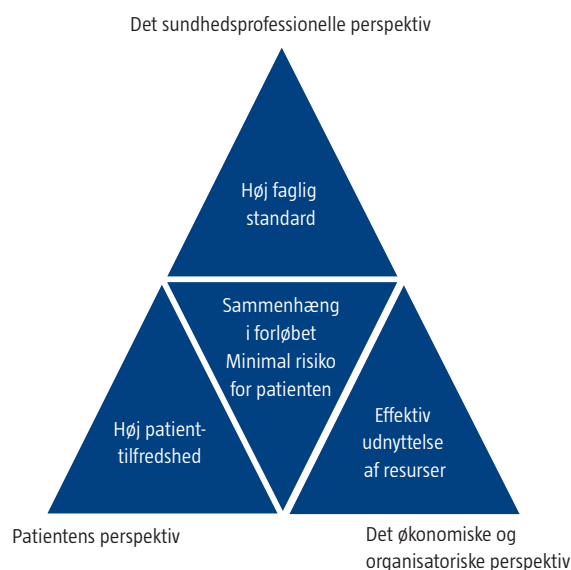
plejerske eller kontakten med praksis over tid. Ved evaluering af den enkelte kontakt vil det være muligt at få patientens vurdering af det faglige indhold af konsultationen, af empati og kommunikation og af graden af medinddragelse. Først når patienten evaluerer hele forløbet, bliver det muligt at få en vurdering af koordinering og kontinuitet – såvel den relationelle som den informationelle [8]. En evaluering af lægen eller praksis over tid vil dog ikke være tilstrækkelig til at belyse oplevelsen af sygdomsforløb, der også omfatter aktører uden for praksis.

En patientevaluering, der er foretaget i sygehusregi, vil derimod typisk omhandle et sygdomsforløb eller en kontakt ud af flere i et sygdomsforløb. Her vil det være muligt for patienten at give sin vurdering både af kerneydelse, kommunikation og Kooperation og af kontinuitet og koordination. For de sidstnævnte vedkommende såvel mellem aktører inden for sygehuset som i forhold til almen praksis, hjemmepleje osv. Som patienttilfredshedsundersøgelserne er tilrettelagt i dag, opnås der dog ikke et samlet billede af hele forløb fra første henvendelse i praksis gennem udredning, indlæggelse, behandling og udskrivelse og til opfølgning ved hjemmepleje eller praksis.

Under en indlæggelse vil patienten typisk være i kontakt med flere personer fra forskellige personalekategorier. Det betyder, at det ved evaluering af sygehusafdelinger er organisationen i sin helhed, der er genstand for vurdering. Spørgsmål vedrørende empati og kommunikation vil derfor typisk blive besvaret i generelle vendinger som f.eks. »Lægerne var meget venlige« eller »Sygeplejerskerne var søde til at

FIGUR 1

World Health Organizations kriterier for god kvalitet i sundhedsvesen set i forhold til de tre perspektiver på kvaliteten.



trøste mig«. En lægepraksis er derimod en lille organisation, hvor den enkelte sundhedsperson vil være i fokus ved patientens evaluering. Det giver mulighed for direkte evaluering af den enkeltes handlemåde og færdigheder.

### HVORDAN SKAL PATIENTEN EVALUERE?

Vurderingen af sundhedsydelser gennemføres typisk som spørgeskemaundersøgelser blandt patienter, der aktuelt eller for nylig har været i kontakt med sundhedsvæsenet. Spørgeskemaundersøgelser er håndterbare ved store undersøgelsespopulationer, men resultaternes kvalitet og anvendelighed afhænger i høj grad af formuleringen af spørgsmålene og svarmulighederne [9]. Derfor er forskning og udvikling inden for dette område af stor betydning for anvendeligheden af patientevalueringer.

En høj grad af gyldighed (validitet) af spørgeskemaet opnås ved at sikre, at de valgte spørgsmål dækker de områder, patienterne oplever som centrale for kvaliteten (indholdsvaliditet). Ønsker man at belyse et underliggende begreb (en latent variabel) ved at stille spørgsmål, der indirekte belyser begrebet, stiller det høje krav til det statistiske forarbejde ved udviklingen af spørgeskemaet (begrebsvaliditet). Hvert spørgsmål og de tilhørende svarmuligheder skal være stillet præcist og formuleret på en sådan måde, at respondenterne forstår spørgsmålet på den tiltænkte måde, og således, at resultaterne bliver præcise og reproducerbare (reliable). Endelig skal man sikre sig, at spørgeskemaet er responsivt, hvis man ønsker at følge en udvikling i kvaliteten.

Formålet med at gennemføre en brugerundersøgelse bør være afgørende for formuleringen af spørgeskemaet. Har man brug for patientens afrapportering af fakta f.eks. ventetider eller begivenheder, eller ønskes patientens subjektive vurdering af aspekter af ydelsen Er undersøgelsen udelukkende en måling af generel tilfredshed, kan man ofte nøjes med et mindre antal strategisk udvalgte spørgsmål. Ønsker man at afdække specifikke kvalitetsbrister, er det derimod nødvendigt at have så detaljerede resultater, at det er muligt umiddelbart at indkredse det problem, der skal løses og efterfølgende måle, om det blev løst.

### EVALUERING AF PATIENTFORLØB

Resultaterne fra de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og fra patientevalueringerne i almen praksis demonstrerer en høj grad af tilfredshed med sygehusene og med de praktiserende læger [10, 11]. Samtidig afdækkes en sådan oplevelse af mangel på sammenhæng i behandlingsforløb og på kommunikation og samarbejde mellem de involverede aktører, at patienterne ofte føler sig fortabt i syste-

met [12]. De landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser omfatter spørgsmål til patienterne vedrørende henvisning og tiden frem mod indlæggelse samt spørgsmål vedrørende udskrivelse og information til den praktiserende læge. Men der er forsat tale om evaluering af et enkelt led i en – for nogle patienters vedkommende – lang kæde. Med henblik på at få beskrevet præcis, hvor i forløbet, der opstår kvalitetsbrister, og hvori disse brister består, er der derfor behov for patienters evaluering af hele forløb involverende overgange mellem afsnit og sektorer – f.eks. mellem almen praksis og sygehusafdelinger, mellem udredende og behandlende afdelinger og mellem sygehusafdelinger og hjemmepleje.

Med udgangspunkt i resultaterne af patienternes oplevelser af overgangene mellem sektorerne har Enheden for Brugerundersøgelser i samarbejde med en tværsektoriel styregruppe gennemført et projekt af Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundærsektor (POPS) [12, 13]. I projektet er der anvendt såvel kvalitative som kvantitative metoder. Patienterne har deltaget i spørgeskemaundersøgelser og brugerpaneler, mens kernen i projektet var dialogmøder, hvor repræsentanter fra primær og sekundær sektor med udgangspunkt i patienternes oplevelser har diskuteret årsager til kvalitetsbrister og fremkommet med løsningsforslag vedrørende samarbejdet i overgange mellem sektorerne. Der er således skabt basis for udarbejdelse af et spørgeskema til rutinemæssig undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i udrednings- og behandlingsforløb.

### STANDARDE FOR PATIENTEVALUERINGER

Det synes umiddelbart indlysende, at 100% patienttilfredshed må være det mål, man bør stræbe efter. Paradokset synes dog at opstå, når man som sundhedsperson oplever patienter, der ikke har været tilfredse, fordi man i sine bestræbelser på at leve op til faglige standarder ikke kunne imødekomme patientens ønsker. Der vil til stadighed være et spændingsforhold mellem de tre perspektiver, der betyder, at søger man at øge kvaliteten inden for det ene perspektiv, kan det betyde, at man bliver nødsaget til at gå på kompromis med kvaliteten inden for et andet. Dette paradoks skal dog ikke foranledige, at man accepterer lav patienttilfredshed, men det skal derimod få os til at søge at sikre den enkelte patients fulde forståelse for de nødvendige valg.

### KVALITETSUDVIKLING MED PATIENTEVALUERINGER

I de få foreliggende internationale studier på området har man ikke kunnet spore en effekt på den patientoplevede kvalitet i almen praksis af at gennemføre patientevalueringer og efterfølgende forsyne lægerne

med evalueringsresultaterne [14-16]. Erfaringer fra DanPEP viser dog en høj grad af oplevet effekt blandt lægerne på såvel opmærksomhed på patientperspektivet som på adfærd, når lægerne fik skriftlig feedback på egne data.

Omsætning af resultaterne af en patientevaluering til ændringer af praksis er en proces, der kræver refleksion. Resultaterne repræsenterer et billede af praksis, der er set fra patientens synsvinkel. Det er derfor nødvendigt at analysere, hvorledes kvaliteten af det evaluerede aspekt af praksis anskuet i det sundhedsfaglige og det økonomisk-organisatoriske perspektiv vil blive påvirket af tiltag, der planlægges gennemført for at optimere den patientoplevede kvalitet.

Refleksioner over og planlægning af kvalitetsudviklingsinitiativer kan med fordel ske i grupper af kolleger, hvor man gør brug af kvalitetsudviklingskonsulenter, der er uddannet til denne funktion. Implementering af resultaterne kan følge trinene i gennembrudsmodellen på lige fod med implementering af nye behandlingsmetoder [17].

Patientevalueringer kan afdække forbedringspotentialer inden for så specifikke områder, at opfølgende aktiviteter bør tilrettelægges individuelt eller med grupper af praksis/afdelinger med de samme behov. Det er vigtigt at tage højde for individuelle forhold i den bestående praksis og for forskelle i de mål for forandring, som den enkelte organisation opstiller, når der planlægges ændringer. Samarbejde med og facilitering ved kolleger samt parallel anvendelse af flere metoder har i flere studier vist sig at have den bedste effekt [18].

### STATUS PÅ PATIENTEVALUERINGER I DANMARK

Siden 2000 har der hvert andet år været gennemført landsdækkende undersøgelser af patienters oplevelser (LUP) blandt indlagte patienter ved samtlige landets sygehusafdelinger i regi af Enheden for Brugerundersøgelser [19]. Spørgeskemaets indhold tilpasses løbende behovet for at få belyst aspekter af sundhedsydelsen. Feedback sker på sygehus- og grundspeciale niveau, hvor resultaterne kan anvendes til at kortlægge den patientoplevede kvalitet af ydelserne. Obligatoriske patientevalueringer afføder ikke nødvendigvis efterfølgende kvalitetsoptimerende tiltag, da sådanne vil være afhængige af motivation og resurser i den evaluerede enhed. Erfaringerne fra LUP viser dog, at andelen af positive svar på landsplan er steget med flere procentpoint på en række spørgsmål siden 2000. Det tyder på, at undersøgelserne øger fokus på arbejdet med den patientoplevede kvalitet.

I perioden 2002-2005 gennemførtes det landsdækkende projekt DanPEP, der bl.a. havde til formål at undersøge, hvorledes patientevalueringer kunne



### FAKTABOKS

Måling af patientens oplevelse af sundhedsvæsenet er en blandt flere metoder, der bør bringes i anvendelse ved vurdering af ydelserne.

Visse aspekter af en sundhedsydelse kan ikke vurderes, såfremt man undlader at inddrage patienternes oplevelser.

Både på sygehusene og i almen praksis gennemføres målinger af patienternes oplevelser (patientevalueringer).

Målingerne danner basis for udvikling af ydelsernes kvalitet.

Fremover bør der sættes fokus på velfunderede metoder til patientevalueringer af udrednings- og behandlingsforløb og af kronisk syge patienters forløb.

indarbejdes i den løbende kvalitetsudvikling af almen praksis [20]. Fra 2007 har DanPEP været en del af Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E). Patientevalueringer er herefter et tilbud til almen praksis om et redskab til udvikling af den patientoplevede kvalitet. I samarbejde med regionernes kvalitets- og efteruddannelsesudvalg for almen praksis arrangeres der lokale aktiviteter med de praktiserende læger med henblik på at omsætte evalueringsresultaterne til kvalitetsudvikling i de enkelte praksis. Hovedformålet er at øge fokus på patienternes perspektiv og stimulere til lokale kvalitetsforbedrende aktiviteter. En samlet resultatopgørelse udarbejdes til de enkelte læger, og der tilbydes opfølgning på resultaterne. Gennemslagskraften for patientevalueringer i almen praksis på den samlede kvalitet af sektorens ydelser er i første omgang afhængig af, i hvilket omfang praktiserende læger tager imod tilbuddet, dernæst i hvilket omfang det lykkes for lægerne at omsætte resultaterne til forandringsmål i praksis – og nå målene.

### PERSPEKTIVER

Patientens perspektiv er nu ved at være indarbejdet i kvalitetsudviklingen i såvel sygehus- som almen praksissektoren. Patientevalueringer og andre kvalitetsmål er ligeværdige i en evaluering af, om sundhedsvæsenet opnår de mål, man har sat sig.

LUP har vist at kunne tilpasses ændrede fokusområder. For DanPEP vil det i de kommende år være en udfordring at øge andelen af deltagende læger samt at styrke de lokale tilbud om facilitering af implementering af evalueringsresultaterne.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med undersøgelsen af kræftpatienters oplevelser taget hul på de diagnosespecifikke patientevalueringer. Med en forsknings- og udviklingsmæssig indsats vil der kunne tilrettelægges evalueringer blandt pa-

tienter med kroniske lidelser, for hvem forløbsevalueringer vil være særligt relevante. Detaljerede undersøgelser af patienternes oplevelse af deres sygdomsforløb vil give værdifulde oplysninger til brug for en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse og gennemførelse af forløbene.

Endelig er det helt essentielt, at man i højere grad end nu begynder at sikre systematisk anvendelse af patienternes evalueringer i kvalitetsudviklingen, og at disse baseres på validerede måleredskaber.

**KORRESPONDANCE:** Hanne Heje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet Forskningsenheden for Almen Praksis, DK-8000, Århus C. E-mail: hh@alm.au.dk

**ANTAGET:** 5. marts 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-206.
3. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. København: WHO, 2002.
4. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Tendenser i evaluering. Odense: Odense Universitetsforlag, 2001.
5. Jung HP, Wensing M, Olesen F et al. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:315-9.
6. Mathiesen TP, Jørgensen T, Freil M et al. Patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser af behandling og pleje – en analyse baseret på patienter behandlet for tyk- og endetarmskræft. Medicinsk Teknologivurdering 2006. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.
7. Wensing M, Jung HP, Mainz J et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.
8. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;314:1870-3.
9. Olesen F, Mainz J. Standardiserede spørgsmål og spørgeskemaer. En overset paramedicinsk undersøgelsesmetode? *Månedsskr Prakt Lægegern* 1994;1155-62, 1367-73 og 1461-8.
10. Enheden for brugerundersøgelser. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.045 indlagte patienter. København: Enheden for brugerundersøgelser, 2007.
11. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I et al. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioners. *BMC Health Serv Res* 2008;8:178.
12. Gut R, Freil M. Patientperspektivet som grundlag for forbedring af det tværsektorielle samarbejde. *Månedsskrift Prakt Lægegern* 2008;86:69-75.
13. Patienters oplevelser i overgange mellem primær og sekundær sektor. København: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, 2007. [www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/POPS\\_rapport.pdf](http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/POPS_rapport.pdf) (28. september 2008).
14. Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Qual Health Care* 2001;10:224-8.
15. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? *Patient Educ Couns* 2003;51:149-53.
16. Cheraghi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008;8:179.
17. Langley GJ, Nolan KM, Normann CL et al. The Improvement Guide: A practical approach to enhancing organizational performance. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
18. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing Guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Brit J Gen Pract* 1998;99:1-7.
19. [www.patientoplevelser.dk](http://www.patientoplevelser.dk) (28. september 2008).
20. Hove G, Heje H, Olesen F et al. DanPEP. Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis. Projektaf rapportering december 2002 – marts 2006. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, 2006. [www.dak-e.dk/files/35/projektaf rapportering\\_december\\_2002\\_marts\\_2006.pdf](http://www.dak-e.dk/files/35/projektaf rapportering_december_2002_marts_2006.pdf) (28. september 2008).

## Offentliggørelse af kvalitetsoplysninger om sundhedsvæsenet til borgerne – status og perspektiver

Overlæge Jan Utzon & overlæge Johan Kærgaard

### STATUSARTIKEL

Bispebjerg Hospital,  
Enhed for Klinisk Kvalitet

Det er blevet en del af sundhedspolitikken i mange lande at gøre kvalitetsoplysninger om sundhedsvæsenets institutioner tilgængelige for offentligheden. Sigtet er at stimulere til kvalitetsforbedring og at sætte forbrugere af sundhedsydelse i stand til at træffe informeret valg af sygehus [1]. Denne artikel har som fokus at give en oversigt over rapporter på internettet, der er målrettet borgere/patienter – her efter kaldet borgere – i Danmark og kort sammenfatte den videnskabelige litteratur om borgernes brug af informationen. Ved borger forstås her en enhver person, der er interesseret i at vælge behandlingssted, uanset om vedkommende selv er patient, er rådgiver for en syg eller blot er en borger, der interesserer sig for sammenligninger af behandlingskvaliteten. Ved-

rørende positive og negative effekter af offentliggørelse henvises til arbejder herom [2-5].

Oplysninger der er målrettet borgere om kvaliteten i sundhedsvæsenet vedrører i Danmark aktuelt kun sygehusvæsenet [2]. De er samlet på Sundhed.dk, der drives af Danske Regioner og på Sundhedskvalitet.dk, der drives af Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

### SUNDHED.DK

Denne hjemmeside baseres på følgende kilder:

### Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser

Der findes aktuelt 31 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser (LKD), som offentliggør hver de-