

Pasienterfaringer i norske sykehus – endringer over tid?

Sammendrag

Bakgrunn. Pasienterfaringer er en aktuell nasjonal kvalitetsindikator. Vi beskriver utviklingen i perioden 1996–2000 for poster ved sju norske sykehus.

Materiale og metode. I 1996 og 1998 ble et spørreskjema utsendt til pasienter i medisinske og kirurgiske avdelinger ved et stratifisert, tilfeldig utvalg av norske sykehus seks uker etter utskrivning. Samme prosedyre ble gjentatt ved sju av sykehusene i 2000, tre regionsykehus, to sentralsykehus og to lokalsykehus. Mellom 6 000 og 7 000 pasienter ble inkludert i hver runde fra sykehusene som deltok alle tre gangene. Utviklingen for ti indekser for pasienterfaringer er beskrevet ved hjelp av multiplert lineær regresjon.

Resultater. Seks indekser viste ingen endringer i observasjonsperioden: Generell tilfredshet, informasjon om legemidler, informasjon om undersøkelser, sykepleietjenesten, legetjenesten og organisering. Tre indekser viste statistisk signifikant bedring: Kommunikasjon, ivaretagelse av pårørende og informasjon om tiden etter utskrivning. Én indeks, sykehus og utstyr, viste statistisk signifikant fall i skåren i perioden, og denne gjaldt alle typer sykehus. Alle endringer var små.

Fortolkning. Sett med pasientenes øyne har norske sykehus opprettholdt sin standard. Dataene antyder en viss bedring av enkelte sider ved behandlingen av pasienter i perioden, mens pasientenes inntrykk av bygninger og utstyr er gått i negativ retning.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Interessekonflikter: Ingen

Kjell I. Pettersen

kipettersen@heltef.no
Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)
Postboks 55
1474 Nordbyhagen
og
Medisinsk avdeling
Akershus universitetssykehus
Sykehusveien 27
1474 Nordbyhagen

Dag Hofoss

Ingeborg Strømseng Sjetne
Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)

Norske sykehus har de siste årene stått overfor store faglige og organisatoriske utfordringer. Sentrale helsemyndigheter har tatt en rekke initiativ for å sikre og bedre pasientbehandlingen, for eksempel gjennom utredningen *Pasienten først* (1), nye helselover og innføring av fritt sykehusvalg. Samtidig har sykehusene hatt store underskudd som flere steder har ført til endringer i det tilbud pasientene får.

I samme tidsperiode har interessen for å dokumentere kvalitet på sykehustjenester økt både blant klinikere, sykehusadministratorer og helsebyråkrater. Mål på kvalitet kan benyttes både for å vurdere prosesser og resultater, i forbedringsprosesser, som grunnlag for styring og ledelse i sykehus og som overvåking av helsetjenesten (2). Innføring av fritt sykehusvalg kan også føre til økt etterspørsel etter mål på kvalitet som et ledd i markedsføringen av sykehusene.

Mange land, også Norge, har tatt initiativ til å utvikle nasjonale mål på kvalitet i sykehus (3, 4).

Pasienterfaringer er foreslått som et mål på kvalitet i sykehus, i tillegg til mer tradisjonelle mål som sykkelighet og dødelighet (5, 6). Flere land og internasjonale organisasjoner bruker eller planlegger å bruke pasienterfaringer som kvalitetsindikatorer (4). Også i Norge er det bestemt at pasientenes erfaringer skal følges på et nasjonalt nivå (7).

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) har utviklet et spørreskjema og en metode for å registrere pasienters erfaringer med sykehusinnleggelse og har presentert resultater av undersøkelser på pasienterfaringer annethvert år fra 1996 til og med 2000 for et større antall somatiske sykehus (8, 9). I denne artikkelen benytter vi eksisterende data til å studere om pasientenes erfaringer har endret seg i perioden.

Materiale og metode

Prosjektet Resultatforskning og kvalitets-evaluering (RESKVA) er et nasjonalt prosjekt som HELTEF har gjennomført ved 14 norske sykehus på oppdrag av det daværende Sosial- og helsedepartementet. Sykehusene utgjør et tilfeldig utvalg, stratifisert med henblikk på sykehustype og helseregion (tab 1).

Ved hvert av sykehusene ble pasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger inkludert.

Vi innhentet opplysninger om pasientopphold inkludert diagnose, prosedyrer og hvilke poster pasientene hadde ligget ved fra sykehusenes pasientadministrative datasystem. Pasientene ble knyttet til den posten hvor de hadde vært lengst.

RESKVA ble gjennomført som tverrsnittundersøkelser ved de samme 14 sykehusene i 1996 og 1998. Høsten 2000 ble det gjennomført en tredje undersøkelse etter samme mal ved til sammen 20 sykehus. Sju av sykehusene var med i alle tre undersøkelsene (tab 1). Totalt 46 av de 131 postene som var med i RESKVA i 1996 var også med både i 1998 og 2000. Materialet som presenteres her, utgjør de pasienter som var inkludert i prosjektet og som ble knyttet til den kohorten av sykehusposter som deltok alle tre gangene. I 1996 utgjorde det 6 577 pasienter, i 1998 6 912 og i 2000 6 602.

I RESKVA ble det utviklet et selvadministrert spørreskjema for å måle pasienterfaringer. På bakgrunn av eksplorerende faktoranalyse og teoretiske vurderinger, er 24 av spørsmålene kombinert til ti additive indekser (ramme 1). Spørsmålene har tipunkts svarskala. Variasjonsbredde for



Hovedbudskap

- Pasientene i norske sykehus var stort sett fornøyd både i 1996, 1998 og 2000
- Sett med pasientenes øyne har norske sykehus opprettholdt sin standard gjennom perioden
- På tre områder fant vi en liten forbedring: kommunikasjon, ivaretagelse av pårørende og informasjon om tiden etter utskrivning
- På ett felt fant vi en liten forverring: sykehusenes bygningsmasse og utstyr

alle indeksene er 0–100, og høy skåre representerer positive svar.

Pasientene fikk tilsendt spørreskjemaet seks uker etter utreise. De som ikke svarte fikk en purring etter fire uker.

Vi omkodet diagnoser fra 1996 og 1998 til ICD-10. Hoveddiagnose ble gruppert etter hovedkapittel i ICD-10. Kapitlene I, IV, IX, X, XI, XIII, XIV, XVIII og XIX utgjør separate dikotome variabler. Kapittel II og III ble slått sammen til én variabel og de øvrige ti ble samlet til én variabel. Pasienter med ukjent diagnose utgjør også en egen variabel. Kapittel XI, sykdommer i fordøyelsessystemet, var referansekategori i analysene.

Khikvadrattest ble brukt til å teste forskjeller i andeler. Ved kontinuerlige avhengige variabler er t-test eller enveis variansanalyse (ANOVA) med Dunnetts T3-test for multiple sammenlikninger brukt til å teste forskjeller. Lineær regresjon er benyttet i multivariate analyser med alder, kjønn, avdelingstype, sykehustype, hoveddiagnose og om innleggelsen var elektiv som forklaringsvariabler.

Endring over tid ble undersøkt ved at vi la inn år i de multivariate analysene som en kontinuerlig variabel med verdiene 0 for 1996, 2 for 1998 og 4 for 2000. Regresjonskoeffisienten, B, for år viser da beregnet endring i skåre per år, forutsatt at endringen var lineær over tid.

RESKVA-undersøkelsene er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Statens helsetilsyn har gitt dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innsamling av data. Datatilsynet har gitt konsesjon for å opprette de nødvendige personregistre.

Resultater

Skjemaer som ikke var tilstrekkelig fylt ut, ble ekskludert fra de videre analysene, slik at analysene baserer seg på 3 448 svarere i 1996, 3 670 svarere i 1998 og 3 456 svarere i 2000. Tabell 2 viser materialet og svarandeler blant pasienter i den aktuelle kohorten av poster og samlet.

For å undersøke representativiteten i det materialet vi har benyttet i denne undersøkelsen, har vi sammenliknet 1996-svarerne fra den aktuelle kohorten av poster med de øvrige RESKVA-svarerne i 1996. Svarerne

fra den aktuelle kohorten av poster var eldre (60 år mot 58 år, $p = 0,001$), det var større andel øyeblikkelig hjelp-pasienter (68 % mot 65 %, $p = 0,002$), større andel pasienter fra medisinske poster (54 % mot 50 %, $p < 0,001$), større andel pasienter fra region-sykehus og mindre fra sentralsykehus (henholdsvis 56 % mot 31 % og 22 % mot 48 %, $p < 0,001$).

Svarersammensetningen i vårt materiale var ikke helt det samme i 1996, 1998 og 2000. Andel pasienter fra medisinske poster varierte (54 %–57 %–55 %, $p = 0,03$) og andelen pasienter fra regionsykehus økte (56 %–59 %–62 %, $p < 0,001$). Også pasientenes fordeling på diagnoser endret seg noe fra undersøkelse til undersøkelse. Andelen med tilstander i sirkulasjonssystemet (ICD-10, kapittel IX) var størst i 1998 (22 %–26 %–20 %, $p < 0,001$), andel med tilstander i åndedretsorganene (ICD-10, kapittel X) var størst i 1998 (7 %–8 %–6 %, $p = 0,001$) og andel hvor vi manglet diagnose var størst i 2000 (5 %–1 %–10 %, $p < 0,001$).

Gjennomsnittsskåren i 1996 var lavest for indeksene informasjon om tiden etter utskrivning (65,4), organisering (68,6), informasjon om legemidler (76,2) og informasjon om undersøkelser (79,9). Høyest skåre hadde sykepleietjenesten (84,6), sykehus og utstyr (83,1) og ivaretagelse av pårørende (82,9) (tab 3). Variansanalyse av indeksene stratifisert etter undersøkelsesår viste at det var statistisk signifikante forskjeller mellom undersøkelsene med hensyn til indeksene kommunikasjon, informasjon om undersøkelser, sykehus og utstyr og informasjon om tiden etter utskrivning (tab 3). Posthoc-test viste at den statistisk signifikante endringen for informasjon om undersøkelser var mellom 1996 og 1998. For de tre øvrige endrede indeksene var det forskjellene mellom 1996 og 2000 som var statistisk signifikante.

Endringene over tid var relativt små. Størst endring var det for sykehus og utstyr, hvor endringen fra 1996 til 2000 var –3,3 fra 83,1 til 79,8 (tab 3). Beregnet endring i skåre per år for hver av de ti indeksene (regresjonskoeffisienten B), er vist i tabell 4 både for en ujustert og en justert modell. For indeksene kommunikasjon, sykehus og utstyr, ivaretagelse av pårørende og infor-



Ramme 1

Ti additive indekser for pasienterfaringer. Rammen viser navn på indeksene og enkeltspørsmålenes tema

- Generell tilfredshet
Tillit til sykehuset, alt tatt i betraktning
Alt i alt tilfreds med pleie og behandling
- Kommunikasjon
Fikk fortalt om tilstanden min
Legene snakket så jeg forstod dem
Pleiepersonalet snakket så jeg forstod dem
- Informasjon om legemidler
Informasjon om virkning – bivirkning av nye legemidler
Ubesvarte spørsmål om medisiner ved utskrivning
- Informasjon om undersøkelser
Informasjon om hvordan undersøkelser foregår
Informasjon om resultater av undersøkelser
- Sykepleietjenesten
Pleiepersonalets omsorg
Pleiepersonalets kompetanse
Pleiepersonalet hadde tid når jeg trengte det
- Legetjenesten
Legenes omsorg
Legenes kompetanse
- Sykehus og utstyr
Inntrykk av utstyret på sykehuset
Inntrykk av sykehuset for øvrig
- Organisering
Fast gruppe pleiepersonale
Én lege hadde hovedansvaret
Inntrykk av organiseringen av arbeidet
Uforutsett venting
- Ivaretagelse av pårørende
Pårørende tatt vel imot på sykehuset
Nærmeste pårørende fikk informasjon
- Informasjon om tiden etter utskrivning
Informasjon om plager fremover
Informasjon i tilfelle forverring eller annet «ekstra»

Tabell 1 Sykehus som deltok i RESKVA i 1996. Daværende sykehusnavn er gruppert etter daværende helseregioner. Sykehusene i kursiv hadde poster som var med i pasienterfaringundersøkelser både i 1996, 1998 og 2000

	Regionsykehus	Sentralsykehus	Fylkessykehus
Helseregion 1	<i>Ullevål sykehus</i>		Sentralsykehuset i Hedmark, Hamar
Helseregion 2		<i>Buskerud Sentralsykehus</i> <i>Vest-Agder Sentralsykehus</i>	<i>Ringerike sykehus</i>
Helseregion 3	<i>Haukeland Sykehus</i>	Sentralsykehuset i Rogaland	<i>Fylkessykehuset på Stord</i>
Helseregion 4	Regionsykehuset i Trondheim	Sentralsykehuset i Møre og Romsdal	Innherred sykehus
Helseregion 5	<i>Regionsykehuset i Tromsø</i>	Nordland Sentralsykehus	Harstad sykehus

masjon om tiden etter utskrivning finner vi endring som er assosiert med tid når man forutsetter at endringen er lineær med tiden. Resultatene er i prinsippet de samme om man tar hensyn til justeringsvariabler eller ikke (tab 4).

Ved undersøkelse på endring over tid i multivariate modeller for hver av sykehus-typene og for pasienter utskrevet fra henholdsvis medisinske og kirurgiske avdelinger, var sykehus og utstyr den eneste indeksen som viste statistisk signifikant endring for alle undergruppene.

Diskusjon

Sett med pasientenes øyne har norske sykehus gjennom perioden 1996–2000 opprettholdt sin standard. På seks av de ti indeksene var det ikke noen statistisk signifikant endring i perioden, på tre en forbedring og på én en endring i negativ retning.

Alle de observerte statistisk signifikante endringene var små. Vi har benyttet et data-materiale som inneholder mange pasienter. I en slik situasjon vil selv ganske små forskjeller fremstå som statistisk signifikante, også forskjeller som ikke har særlig praktisk betydning eller er klinisk relevante. Betydningen av de observerte endringene vil være styrket om man kan knytte de til endringer i sykehus-tjenesten. Den eneste store reformen i undersøkelsesperioden er innføringen av innsatsstyrt finansiering.

Helsemyndighetene har imidlertid i perioden lagt arbeid i å inspirere sykehusenes eiere og ansatte til å tenke gjennom sine holdninger, arbeidsmåter og organisasjonsmønstre på nytt. Det har blant annet skjedd gjennom debattene om organisasjonsutvikling i sykehus, om pasienten i sentrum og om kvalitetsforbedringsmetodikk. Man skal ikke se bort fra at man dermed har fått i gang avgrensede lokale reformer, som til sammen kan ha hatt slike effekter som vi påviser her.

Underskuddene i sykehusregnskapene har vært til dels meget store gjennom mange år. Vedlikehold og investeringer kan ha blitt forsømt og forklare den negative endringen for indeksen sykehus og utstyr. En annen mulig forklaring er at fallet i skåre er et uttrykk for en generell oppfatning i befolkningen av utviklingen i norske sykehus som ikke avspeiler den faktiske utviklingen. Medieoppslag om mangler, underskudd og innstramminger samt politikernes samstemte tale om behovet for ytterligere satsing, kan ha bidratt til å skape en oppfatning av forfall. Sikre svar på disse spørsmålene kan man imidlertid ikke få uten gjennom undersøkelser som er designet spesielt for det formålet.

En bærende idé i HELTEFs pasienterfæringsundersøkelser har vært at resultatene primært bør meldes tilbake til den instans der resultatet er «hentet fra», for det er den

instans som best er i posisjon til å vurdere hvilke tiltak som eventuelt skal settes i verk. Informasjonen i denne artikkelen lokaliserer imidlertid ikke erfaringene, og fungerer dermed mest som en generell tilbakemelding til de sentrale helsemyndigheter om hvilke erfaringsområder som eventuelt bør gjøres til gjenstand for overordnet helsepolitisk interesse.

Materialet i vår undersøkelse skiller seg fra pasientene ved de postene som ikke var med i alle tre RESKVA-undersøkelsene, og er dermed ikke helt representativt for RESKVA-materialet som helhet eller for populasjonen av norske sykehuspasienter. Materialet kan likevel være egnet for å studere endring over tid. Vi har også vist at sammensetningen av pasienter i materialet vårt har endret seg noe fra første undersøkelse i 1996. En multippel regresjonsanalyse med kjønn, alder, hoveddiagnose, innleggelsesmåte, avdeling eller sykehusstype som kontrollvariabler viste imidlertid at endringene i pasientenes erfaringer ikke kan tilskrives endring i pasient-sammensetningen med hensyn til disse seks bakgrunnsvariablene. Vi kan imidlertid ikke utelukke at noe av de forskjellene vi har observert, skyldes endringer i pasient-utvalget over tid som vi ikke har kontrollert for.

Svarandelen i denne undersøkelsen var 50–60%. HELTEF har tidligere gjort en

Tabell 2 Pasientmaterialet som inngår i kohorten av poster som var med i 1996, 1998 og 2000. Daværende sykehusnavn

	Antall poster	1996		1998		2000	
		Utsendt (N)	Svart (Antall og %)	Utsendt (N)	Svart (Antall og %)	Utsendt (N)	Svart (Antall og %)
Ullevål sykehus	10	1 161	543 47	1 066	579 54	1 250	645 52
Buskerud Sentralsykehus	2	218	109 50	249	125 50	334	160 48
Ringerike sykehus	4	747	402 54	859	489 57	584	343 59
Haukeland Sykehus	17	2 140	1 171 55	2 490	1 449 58	2 443	1 350 55
Fylkessjukehuset på Stord	3	690	373 54	654	402 62	524	275 53
Regionsykehuset i Tromsø	4	495	260 52	463	262 57	467	246 53
Vest-Agder Sentralsykehus	6	1 126	671 60	1 131	546 48	1 000	593 59
Totalt poster som var med tre ganger	46	6 577	3 529 54	6 912	3 852 56	6 602	3 612 55
Totalt i RESKVA	131	17 525	9 589 55	26 795	15 676 59	18 948	10 400 55

Tabell 3 Gjennomsnittsskåre og resultat av variasjonsanalyse for indeksene for pasienterfaringer. N er antall

	1996			1998			2000			P-verdi
	N	Gjennomsnitt	95 % KI	N	Gjennomsnitt	95 % KI	N	Gjennomsnitt	95 % KI	
Generell tilfredshet	3 391	82,5	81,8–83,2	3 602	83,0	82,3–83,6	3 351	82,3	81,2–83,0	0,4
Kommunikasjon	3 363	82,8	82,1–83,5	3 580	83,4	82,7–84,0	3 344	84,0	83,4–84,7	0,04
Informasjon om legemidler	2 283	76,2	74,9–77,4	2 599	74,5	73,3–75,7	2 516	75,4	74,3–76,6	0,2
Informasjon om undersøkelser	3 261	79,9	79,0–80,8	3 490	81,5	80,7–82,3	3 304	80,4	79,6–81,3	0,03
Sykepleietjenesten	3 391	84,6	83,9–85,3	3 611	85,6	85,0–86,2	3 378	84,8	84,2–85,5	0,07
Legetjenesten	3 416	81,9	81,1–82,6	3 632	82,5	81,8–83,2	3 375	81,5	80,8–82,3	0,2
Sykehus og utstyr	3 349	83,1	82,4–83,7	3 549	82,7	82,1–83,3	3 339	79,8	79,1–80,5	< 0,001
Organisering	3 376	68,6	67,8–69,4	3 587	69,4	68,6–70,1	3 404	68,6	67,9–69,4	0,3
Ivaretagelse av pårørende	2 821	82,9	82,0–83,8	2 962	84,1	83,2–84,9	2 827	84,2	83,4–85,0	0,06
Informasjon om tiden etter utskrivning	3 026	65,4	64,1–66,6	3 238	66,3	65,1–67,5	3 102	68,0	66,8–69,2	0,01

Tabell 4 Regresjonskoeffisienten B for endring av skåre over tid på indeksene for pasienterfaringer. B viser endring i skåre per år gitt en lineær endring over tid

	Ujustert modell			Justert modell ¹		
	B	95 % KI for B	P-verdi	B	95 % KI for B	P-verdi
Generell tilfredshet	-0,05	-0,29–0,19	0,7	0,04	-0,20–0,27	0,8
Kommunikasjon	0,32	0,08–0,56	0,01	0,36	0,12–0,60	0,004
Informasjon om legemidler	-0,18	-0,61–0,25	0,4	-0,14	-0,57–0,30	0,5
Informasjon om undersøkelser	0,13	-0,17–0,44	0,4	0,22	-0,08–0,52	0,2
Sykepleietjenesten	0,06	-0,17–0,29	0,6	0,16	-0,07–0,38	0,2
Legetjenesten	-0,08	-0,34–0,18	0,6	-0,02	-0,27–0,23	0,9
Sykehus og utstyr	-0,82	-1,06–-0,58	< 0,001	-0,78	-1,01–-0,55	< 0,001
Organisering	0,01	-0,26–0,28	0,9	0,11	-0,15–0,38	0,4
Ivaretagelse av pårørende	0,33	0,03–0,63	0,03	0,47	0,17–0,77	0,002
Informasjon om tiden etter utskrivning	0,67	0,23–1,11	0,003	0,75	0,31–1,19	0,001

¹ Justert for alder, kjønn, innleggelsestype, avdelingstype, sykehustype og hoveddiagnose

dybdeundersøkelse blant dem som ikke svarer (10). Resultater herfra viste at om lag en tredel av ikke-svarerne var for syke til å svare. Et utvalg av de øvrige ikke-svarerne ble oppringt og intervjuet. De svarte ikke annerledes på spørsmålene enn de som hadde svart på skjemaene. Vi mener derfor at resultatene i HELTEFs pasienterfaringundersøkelser kan generaliseres til de pasienter som er i stand til å svare, men ikke til hele pasientmassen.

Et spørsmål ved få og små observerte endringer er om spørreskjemaet er i stand til å fange opp variasjon og endring.

I rapporter og tilbakemeldinger til sykehuse- sene har HELTEF vist at det er betydelig variasjon i resultater mellom emneområder, sykehus og sykehustyper (8) samt mellom poster ved samme avdeling. En mindre studie fra Sentralsjukehuset i Rogaland har også vist at skjemaet fanger opp endring etter gjennomføring av forbedringsprosjekter (Pettersen KI, Mowinckel P, Vaage S, poster ved the 6th European Forum on Quality Improvement in Health Care, Bologna, 29.–31. mars 2001).

Vi har brukt variansanalyse (ANOVA), enkel og multipel regresjon til å teste om

fordelingene og gjennomsnittsverdiene for de tre årene var forskjellige og om gjennomsnittene forandret seg med antall år siden den første RESKVA-undersøkelsen ble gjort i 1996. Ingen av disse teknikkene er laget med særlig henblikk på å følge utviklingen av en prosess over tid. Valget har fulgt av dataenes karakter. For å kunne benytte statistiske teknikker spesielt laget for å studere endring over tid slik som tids- serieanalyse eller statistisk prosesskontroll, må man planlegge undersøkelser med hyppigere målepunkter.

Konklusjon

Vi har metode og data som kan danne grunnlag for å benytte pasienterfaringer som kvalitetsindikator på nasjonalt nivå. Hovedfunnet i perioden 1996 til 2000 er gode resultater med en overveiende positiv tidstrend – med unntak for pasientenes vurdering av sykehus og utstyr, som har falt i perioden.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.

- Guldvog B. Resultater av helsetjenester. Et redskap for bedre beslutninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 14: 3466–9.
- Rapport fra arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
- Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems. [http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/c5ce8ffa41835d64c125685d005300b0/c125692700623b74c12569e30035b1cc/\\$FILE/00087834.PDF](http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/c5ce8ffa41835d64c125685d005300b0/c125692700623b74c12569e30035b1cc/$FILE/00087834.PDF) (10.8.2001).
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966; 44 (suppl 3): 166–206.
- Tarlov AR, Ware JEJ, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 1989; 262: 925–30.
- St.prp. nr. 1 (2002–03). Statsbudsjettet.
- Pettersen KI, Veenstra M. Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet i norske sykehus – resultater fra en tverrsnittundersøkelse høsten 1996. HELTEF-rapport 3/1999. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 1999.
- Veenstra M, Pettersen KI, Sjetne I. Pasienterfaringer ved 21 norske sykehus – regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. HELTEF-rapport 1/2000. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 2000.
- Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386–91.