

# EVALUERING AF PILOTTEST

Projekt **Patientoplevelt kvalitet i speciallægepraksis 2016**  
Kunde **eKVIS**  
Notat nr. **01**  
Dato **2016-09-30**  
Til **Projektgruppen**  
Fra **Rambøll**

## 1. Indledning

eKVIS har i samarbejde med Rambøll gennemført en pilotundersøgelse i 12 speciallægeklinikker forud for den landsdækkende måling af patientoplevelt kvalitet i speciallægeklinikker i Danmark. Formålet med pilotundersøgelsen er at indsamle erfaringer til brug for den endelige undersøgelse i efteråret 2016.

Nærværende notat indeholder en evaluering af den gennemførte pilotundersøgelse med henblik på at udarbejde eventuelle anbefalinger om forbedringer i undersøgelsesdesignet forud for den endelige undersøgelse. Evalueringsnotatet benytter sig af data fra pilotundersøgelsen udfyldt af patienterne, et opsamlingskema/evalueringskema fra den enkelte klinik samt kvalitativ opfølgning via telefon med de deltagende klinikker.

Notatet er disponeret på følgende vis: Indledningsvis præsenteres evalueringsnotatets konklusioner og anbefalinger. I afsnit 2 gives en kort beskrivelse af datakilderne, der anvendes i denne evaluering. I afsnit 3 gennemgås svarprocenter, svarmåder samt sammenligning med svarprocenter fra 2013-undersøgelsen. I afsnit 4 gennemgås repræsentativitet og implikationer af et ikke-repræsentativt datagrundlag. I afsnit 5 følger en gennemgang af respondenter, der har indledt en besvarelse, men ikke afsluttet denne. I afsnit 6 behandles spørgeskemaets kvalitet. I afsnit 7 redegøres der for de deltagende klinikkers kvalitative inputs til pilotundersøgelsen.

### 1.1 Konklusioner og anbefalinger

Konklusionerne og anbefalinger struktureres i følgende tre afsnit: 1.1.1. Ændringer i spørgerammen, 1.1.2. Tiltag for at forbedre repræsentativitet og 1.1.3. Deling af gode erfaringer til alle klinikker forud for den endelige undersøgelse.

Dato 2016-09-30

Rambøll  
Hannemanns Allé 53  
DK-2300 København S

T +45 5161 1000  
F +45 5161 1001  
www.ramboll.dk

### 1.1.1 Ændringer i spørgerammen

Med henblik på at undersøge spørgerammens kvalitet og spørgsmålenes forståelighed hos modtageren, er der foretaget en række analyser af de åbne spørgsmål og af spørgsmålsformuleringer samt tilhørende svarkategorier.

De åbne svarfelter i spørgsmål 16, 21 og 24 formuleret som *"Har du yderligere kommentarer til..."* indeholder store andele af "Nej", hvilket tyder på, at spørgsmålsformuleringerne lægger op til dette svar. Det kan med fordel overvejes, om spørgsmålsformuleringerne skal ændres til følgende:

- Spm. 16: *"Hvis du har yderligere kommentarer til tidsbestilling og kontakt med klinikken, kan du skrive dem her:"*
- Spm. 21: *"Hvis du har yderligere kommentarer til klinikkens undersøgelse og behandling af dig, kan du skrive dem her:"*
- Spm. 24: *"Hvis du har yderligere kommentarer til den information, som du fik fra klinikken, kan du skrive dem her:"*
- I spørgsmål 13: *"Hvordan vurderer du ventetiden på at få en tid i klinikken?"* er der mange, der angiver "Ved ikke/Ikke relevant". Det kan overvejes, om spørgsmålet skal gradueres yderligere med svarkategorien "Hverken/eller" med det formål at nedbringe antallet af "Ved ikke/Ikke relevant"-svar. Alternativt skal den høje andel af Ved ikke/Ikke relevant accepteres, eller spørgsmålet kan udgå helt.
- Det samme billede gør sig gældende i spørgsmål 27: *"Oplever du at nødvendig information fra speciallægen er blevet givet videre til andre der havde behov for den?"*, hvor det ud fra en analyse af spørgsmålets indhold, foreslås, at dele "Ved ikke/Ikke relevant"-kategorien i to kategorier; hhv. "Ved ikke" og "Ikke relevant". Det vil give et klart billede af, hvor mange patienter, der ikke finder spørgsmålet relevant for deres patientoplevede kvalitet.
- Der er foretaget en analyse af spørgsmålsblokken bestående af spørgsmålene 17a-17f: *"Var speciallægen/klinikpersonalet gode til..."*. Analysen viser et relativt stort frafald, når patienten møder blokken. Det kan derfor overvejes, om spørgsmålsblokken skal splittes op over to sider, så den ikke opfattes som uoverskuelig.
- I spørgsmål 15: *"Hvordan sikrede lægen og/eller personalet sig at du var den rigtige patient?"* er der en stor andel af svar i "Andet". En analyse af de åbne kommentarer viser, at der muligvis bør tilføjes flere svarmuligheder til dette spørgsmål. For den nærmere analyse af dette forhold henvises til afsnit 5.2.

### 1.1.2 Manglende repræsentativitet

Notatet afdækker, at der er udfordringer med, at enkelte patientgrupper ikke repræsenteres tilstrækkeligt. Særligt de yngste patienter (hvor det er forældrene, der svarer på vegne af deres barn/børn) og de ældste patienter er underrepræsenterede. Der henvises til afsnit 4 for uddybning af repræsentativitetsudfordringer.

*Anbefaling:*

- Det bør overvejes, om tiltag mod disse grupper kan hæve deres repræsentativitet. Muligheden for at udlevere papirskemaer til den ældste patientgruppe og en speciel folder til småbørnsforældre, kan være mulige løsninger. Folder skal indeholde en kode, der sætter forælderen i stand til at tilmelde sig direkte til tilfredshedsundersøgelsen fra hjemmet. En anden løsning på repræsentativitetsudfordringerne er efterfølgende vejning af datamaterialet for at opnå repræsentativitet i forhold til patientgennemstrømningen.

### 1.1.3 Erfaringsudveksling

Den kvalitative opfølgning viser, at klinikkerne løser opgaven med at registrere og motivere patienterne til deltagelse på forskellige måder. Sammenholdt med data, der viser tendenser til forskelle i deltagelses- og svarprocent på tværs af registrerings- og motivationsmetoder, kan det overvejes, om gode erfaringer fra enkelte klinikker i højere grad skal deles med andre klinikker.

*Anbefaling:*

- Der kan udarbejdes et kort til klinikkerne med "gode råd" baseret på de registrerings- og motivationsmetoder, der har virket i klinikkerne. Nogle af de gode råd er, at i de klinikker, hvor patienten selv registrerer sin ankomst, bør det være speciallægen eller sygeplejersken, der spørger patienten om ønsket deltagelse. Dette sikrer personlig kontakt med alle patienter.
- Kortet kan med fordel ligeledes indeholde små kommentarer om, hvad den enkelte klinik kan italesætte overfor de positive patienter, der ikke vil deltage, netop fordi de er positivt indstillede. Det kan være sætninger som:
  - "Det er netop, fordi du er positiv, at du skal deltage"
  - "Vi vil også gerne vide, hvad vi skal fastholde"
  - "Du har mulighed for at give din mening tilkende"
  - "Resultaterne bruges til denne klinik, og ikke bare på landsplan"
  - "Al kritik er velkommen, både ris og ros".

## 2. Datakilder

Evalueringen benytter sig af data fra selve pilotundersøgelsen. 12 klinikker var inviteret til at deltage, hvoraf 11 indsamlede data i perioden 22. august til 16. september 2016. Med henblik på at undersøge eventuel variation mellem forskellige indsamlingsmetoder, blev klinikkerne opdelt i fire grupper og derefter instrueret i at tilmelde patienter på en af fire forskellige måder: 1) Oprettelse af patienter i Rambøll Results, 2) Registrering i Excel, som herefter blev sendt til Rambøll, 3) Patientregistrering på iPad, Tablet eller PC eller 4) Scanning af QR-kode. I pilotundersøgelsen har det kun været muligt at besvare spørgeskemaet elektronisk.

Efter pilotundersøgelsen fik de deltagende klinikker et opsamlingssskema, som blev brugt som udgangspunkt for en kvalitativ opfølgning via telefon. Opsamlingssskemaet og den kvalitative opfølgning via telefon har givet den enkelte klinik i pilotundersøgelsen mulighed for at kommentere på styrker og svagheder i den nuværende opsætning samt dele gode erfaringer med håndtering og motivation af patienter.

### 3. Svarprocenter

I nærværende afsnit gennemgås pilotundersøgelsens overordnede svarprocenter opgjort ift. gennemstrømning og ønsket deltagelse, svarprocenter opdelt på specialer og indsamlingsmetode samt patientfracfald og eventuelle udfordringer hermed.

#### 3.1 Overordnet overblik over pilotundersøgelsen

Indledningsvis præsenteres et overblik over pilotundersøgelsens overordnede svarprocenter opgjort som andel besvarelser ud af den samlede patientgennemstrømning i perioden og som andel besvarelser blandt patienter, der har tilkendegivet, at de ønsker at deltage i pilotundersøgelsen. Overblikket præsenteres i Tabel 3.1.1.

Tabel 3.1.1. Overblik over indsamlingsmetoder

	Patientgennemstrømning (antal)	Ønsket deltagelse (antal)	Ønsket Deltagelse (pct.)	Svar (antal)	Svarpct. (Alle)	Svarpct. (Ønsket deltagelse)
Total	2.752	1.539	55,9	1.019	37,0	66,2
Results	1.370	463	33,8	266	19,4	57,5
Registrering						
Excel	933	627	67,2	438	46,9	69,9
iPad/ Tablet/PC	-	423	-	292	69,0	69,0
QR-kode	-	26	-	23	88,5	88,5

Note: Der er ikke vist tal for patientgennemstrømning samt andelen af patienter, der har ønsket deltagelse for registreringsmetoderne iPad/Tablet/PC og QR-kode. Dette skyldes, at patienten har registreret sig ved egen hjælp.

Det fremgår af tabellen, at 1.539 patienter har ønsket at deltage i pilotundersøgelsen ud af 2.752 mulige patienter i indsamlingsperioden<sup>1</sup>. Den overordnede deltagelsesprocent kan opgøres til 55,9. Af de 2.752 patienter har 37 pct. besvaret pilotundersøgelsen. Blandt de 1.539 patienter, der har angivet, at de ønsker at deltage, har 1.019 svaret. Svarprocenten kan således opgøres til 66,2, hvilket kan betragtes som tilfredsstillende.

Svarprocenten blandt selvregistrerede patienter (iPad/Tablet/PC/QR-kode) varierer mellem 69,0 (iPad/Tablet/PC) og 88,5 (QR-kode). Svarprocenten blandt patienter registeret i Results eller Excel, der samtidig har udtrykt ønske om at deltage, varierer mellem 57,5 (Results) og 69,9 (Excel).

I tabel 3.1.2. vises svarprocenter fordelt på registreringsmetode opdelt på de enkelte, anonymiserede klinikker. Tabellen kan benyttes til at undersøge, hvorvidt forskellene i registreringsmetoder kan henføres til metoden eller klinikken. Tabellen præsenterer deltagelses- og svarprocenter opdelt på de enkelte registreringsmetoder; hhv. Results-, Excel-, iPad- og QR-kode-registrering. Ved iPad- og QR-kode-registrering har patienterne selv skulle registrere

<sup>1</sup> De 2.752 inkluderer den samlede patientgennemstrømning i Results- og Excel-klinikkerne samt de registrerede i de to andre kliniktyper. Det reelle antal gennemstrømmede patienter ville være højere såfremt alle patienter i iPad/Tablet/PC- og QR-klinikkerne var registrerede.

sig, hvorfor det ikke er meningsfyldt at kigge på forholdet mellem patientgennemstrømning og ønsket deltagelse.

Tabel 3.1.2. Svarprocenter pr. klinik, fordelt på indsamlingsmetode

		Patient- gennem- strømning (antal)	Ønsket deltagelse (antal)	Ønsket Deltagel- se (pct.)	Svarpct. (alle)	Svarpct. (ønsket deltagel- se)	Svar (antal)
Total		2.752	1.539	55,9	37,0	66,2	1.019
Results	Klinik A	854	56	6,6	4,2	64,3	36
	Klinik B	333	247	74,2	49,8	67,2	166
	Klinik C	183	160	87,4	35,0	40,0	64
Excel	Klinik D	257	204	79,4	57,2	72,1	147
	Klinik E	302	178	58,9	41,7	70,8	126
	Klinik F	374	245	65,5	44,1	67,3	165
iPad	Klinik G	-	241	-	63,9	63,9	154
	Klinik H	-	182	-	75,8	75,8	138
QR	Klinik I	-	18	-	88,9	88,9	16
	Klinik J	-	1	-	100,0	100,0	1
	Klinik K	-	7	-	85,7	85,7	6

Note: Der er ikke vist tal for patientgennemstrømning samt andelen af patienter, der har ønsket deltagelse for registreringsmetoderne iPad/Tablet/PC og QR-kode. Dette skyldes, at patienten har registreret sig ved egen hjælp.

Hvad angår Results- og Excel-registrering, viser det sig, at klinikker med Excel-registrering gennemsnitligt har opnået højere deltagelsesprocenter end klinikker med Results-registreringer. Datamaterialet afslører dog, at særligt en enkelt klinik (Klinik A) trækker gennemsnittet ned for Results-registreringer, hvorfor der ikke synes at være generelle og substantielle forskelle mellem Results- og Excel-registrering.

Klinik A har formået at få 56 patienter ud af 854 mulige til at deltage i undersøgelsen, svarende til en deltagelsesprocent på 6,6. Klinik B-F har relativt høje registreringsprocenter (58,9 – 87,4) og endelige svarprocenter mellem 40,0 og 72,1 pct. Den klinik med den højeste registreringsprocent er samtidig den klinik med lavest svarprocent. Årsagen til dette har ikke været mulig at afdække. Variationerne i registrerings- og svarprocenter er markante. Det kan med fordel undersøges, om der er mulighed for at distribuere et kort med forslag til motivering af patienter, således erfaringer fra klinikkerne, der er lykkedes med høje svarprocenter, deles med andre klinikker.

Tabel 3.1.1. såvel som 3.1.2. afslører, at QR-indsamlingsmetoden har vist sig at være ineffektiv. I løbet af hele indsamlingsmetoden har hhv. 18, 1 og 7 patienter registreret sig og dermed ønsket at deltage i undersøgelsen. 23 af de 26 patienter, der har scannet QR-koden, har deltaget i undersøgelsen. De høje svarprocenter kan formentlig henføres til, at når patienten har valgt at registrere sig, har vedkommende også besluttet sig for at deltage. Dette beror på en betragtning om, at det er en større anstrengelse at scanne en QR-kode end det er at aflevere sin e-mailadresse i forbindelse med en samtale med klinikpersonalet. Den lave

deltagelse i klinikker med QR-kode-registrering betyder, at det ikke anbefales at videreføre QR-kode til den fulde undersøgelse.

### 3.2 **Sammenligning af svarprocenter for 2013 og 2016**

I dette afsnit sammenlignes de overordnede svarprocenter for 2013-undersøgelsen og pilotundersøgelsen i 2016. I 2013 foregik undersøgelsen udelukkende ved hjælp af papirskemaer. Hver klinik modtog 130 skemaer til udlevering. I pilotundersøgelsen i 2016 har det udelukkende været muligt at besvare skemaet elektronisk. I tabel 3.2. vises de overordnede svarprocenter for 2013- og 2016-undersøgelserne.

*Tabel 3.2. Svarprocenter 2013 og 2016*

	Ønsket deltagelse	Besvarelser (antal)	Svarpct.
Total 2013 (papirspørgeskema)	95.316	48.782	51,2
Total 2016 (elektronisk)	1.539	1.019	66,2

Note: 2013 tallet for "Ønsket deltagelse" referer til antallet af patienter der aktivt har taget imod et spørgeskema, hvor 2016 tallet referer til andelen af patienter der har leveret en gyldig e-mailadresse.

Tabellen viser, at svarprocenten i pilotundersøgelsen i 2016 er markant højere end i 2013-undersøgelsen. Det vurderes, at det elektroniske spørgeskema har været medvirkende til en højere svarprocent i 2016, da det kan opleves som værende nemmere at tilgå og dermed mere fleksibelt. En anden fordel ved elektroniske besvarelser er, at det er muligt at monitorere antallet af besvarelser undervejs. Det har ydermere været muligt at sende elektroniske påmindelser til de respondenter, der ikke har besvaret skemaet. Monitorering og håndtering af påmindelser er ikke på samme måde en mulighed ved papirskemaer.

En alternativ forklaring på den store forskel i svarprocenter er forskelle i engagement blandt klinikkerne i pilotundersøgelsen i 2016 og undersøgelsen i 2013. Det kendetegner pilotundersøgelsen, at de 11 deltagende klinikker har deltaget frivilligt. Det kan muligvis forklare den højere svarprocent i 2016, da man må formode, at de har været motiverede til at opnå høje svarprocenter. 2013-undersøgelsen inkluderede alle klinikker, hvoraf nogle måske ikke har haft samme engagement til at deltage og motivere patienter.

## 4. **Repræsentativitet i stikprøver ift. gennemstrømning**

I nærværende afsnit undersøges det, hvorvidt patienterne, der har gennemført undersøgelsen, udgør et repræsentativt udsnit af den samlede patientgennemstrømning. Repræsentativitetsanalysen foretages på køn og alder både for pilotundersøgelsen i 2016 og eKVIS-undersøgelsen fra 2013. Data fra begge undersøgelser sammenlignes med data fra patientgennemstrømningen i perioden 2015-16<sup>2</sup>. Rambøll har modtaget den gennemsnitlige patientgennemstrømning med data fra ydelsesregistret fra eKVIS<sup>3</sup>.

I Tabel 4.1. vises resultaterne af repræsentativitetsanalysen.

- En Repræsentativitetsscore (RS) i intervallet 0,85-1,15 udtrykker, at de deltagende patienter kan betragtes som værende repræsentative for patientgennemstrømningen.

<sup>2</sup> Det antages, at patientgennemstrømningen i hhv. 2013 og 2015-2016 er sammenlignelig.

<sup>3</sup> Repræsentativitetsanalysen er foretaget ved at sammenligne fordelingen blandt gennemførte besvarelser i pilotundersøgelse med fordelingen af patienter fra ydelsesregistret i det seneste år.

- En RS under 0,85 udtrykker en underrepræsentation i forhold til patientgennemstrømningen.
- En RS over 1,15 udtrykker en overrepræsentation i forhold til patientgennemstrømning.

RS er udregnet som andelen af gennemførte patientbesvarelser i en bestemt kombination af køn og alder sammenlignet med andelen af gennemstrømmede patienter med samme karakteristika. I lighed med køn og alder er der lavet en repræsentativitetsanalyse for de enkelte specialer opdelt på køn og alder. Datagrundlaget synes dog at være for spinkelt til at konkludere på eventuelle repræsentativitetsudfordringer i specialesplittet.

Der er ligeledes udregnet RS for 2013-undersøgelsen med afsæt i patientgennemstrømningen for 2015-16. Denne måde at udregne RS for 2013 beror på en forudsætning om, at patientgennemstrømningen i 2016 er sammenlignelig med patientgennemstrømningen i 2013.

Tabel 4.1. Patientgruppers repræsentativitet

	Aldersgrupper	Patientgennemstrømning juni 2015-maj 2016 (pct.)	eKVIS 2016 pilotundersøgelse (pct.)	eKVIS 2016 pilotundersøgelse (RS*)	eKVIS 2013 undersøgelse (pct.)	eKVIS 2013 undersøgelse (RS*)
Mænd	0-15 år	9	4	0,52	2	0,27
	16-29 år	4	5	1,01	2	0,47
	30-49 år	7	8	1,14	7	0,90
	50-69 år	13	14	1,07	13	1,16
	70+ år	11	9	0,81	11	1,03
	Sum mænd	44	40	0,90	37	0,84
Kvinder	0-15 år	8	4	0,54	2	0,29
	16-29 år	6	7	1,26	5	0,80
	30-49 år	10	18	1,68	16	1,55
	50-69 år	17	23	1,35	24	1,42
	70+ år	14	8	0,54	15	1,07
	Sum kvinder	56	60	1,08	63	1,13

Note: \*Repræsentativitetsscore (RS) er udregnet som patientgruppens andel i eKVIS pilotundersøgelse delt med patientgruppens andel i registerdata over patientgennemstrømningen. En score i intervallet 0,85-1,15 udtrykker, at de deltagende patienter kan betragtes som værende repræsentative for patientgennemstrømningen. En score under 0,85 udtrykker en underrepræsentation i forhold til patientgennemstrømningen. En score over 1,15 udtrykker en overrepræsentation i forhold til patientgennemstrømning.

Det fremgår af Tabel 4.1., at mænd er marginalt underrepræsenterede i forhold til kvinder. Dette gør sig gældende både for 2013-undersøgelsen og 2016-pilotundersøgelsen. I sidstnævnte undersøgelse, hvor det kun var muligt at deltage elektronisk i undersøgelsen, er de ældre (70+ år) underrepræsenterede (hhv. 0,81 for mænd og 0,54 for kvinder). I 2013-undersøgelsen, hvor det kun var muligt at besvare papirspørgeskemaer, var de ældre (70+

år) marginalt overrepræsenterede, dog stadig indenfor grænseværdierne (hhv. 1,03 for mænd og 1,07 for kvinder). Repræsentativitetsforskellen for den ældste patientgruppe på tværs af 2013 og 2016 kan formentlig henføres til, at flere ældre har svaret i 2013 som følge af muligheden for papirskemaer.

Den yngste patientgruppe har en RS for drenge og piger på hhv. 0,52 og 0,54 i 2016-pilotundersøgelsen, og 0,27 og 0,29 i 2013-undersøgelsen. I denne gruppe vil det formentlig oftest være forældrene, der besvarer spørgeskemaet på vegne af deres barn. En speciallæge kommenterede problemet med repræsentativitet for børn; hvis barnet græder under hele eller dele af konsultationen, kan det være svært at få forældrene til at udvise det overskud, det kræver, at høre om en patienttilfredshedsundersøgelse efter konsultationen, da fokus naturligt ligger et andet sted.

Der redegøres for implikationerne af underrepræsentationen i nedenstående.

Det er undersøgt, hvorvidt de underrepræsenterede patientgrupper svarer signifikant forskelligt fra de resterende patientgrupper. Såfremt der er signifikante forskelle, udgør underrepræsentativiteten en udfordring, idet de rapporterede resultater således ikke vil være repræsentative for den enkelte klinik eller det enkelte speciale.

Det er konkret undersøgt, hvorvidt patientgruppen i aldersgruppen 0-15 svarer signifikant anderledes end de resterende patientgrupper. Det er ligeledes undersøgt, hvorvidt patientgruppen i aldersgruppen 70+ svarer signifikant anderledes end de resterende patientgrupper. Analyserne er både foretaget på 2016- og 2013-data for at styrke konklusionernes robusthed.

Analyserne viser, at patienterne i aldersgruppen 0-15 tenderer til at svare mere positivt end de resterende patientgrupper i pilotundersøgelsen i 2016. I fem tilfælde er forskellene signifikante. Analyserne af 2013-data viser, at patientgruppen i alderen 0-15 i 2013 tenderede til at svare marginalt mere negativt end de resterende patientgrupper. I 2013 var de absolutte forskelle på de tre overordnede tilfredsheds spørgsmål mellem patientgruppen i alderen 0-15 og de resterende patientgrupper 0,01 på en skala fra 1-4. Underrepræsentativiteten af patientgruppen i alderen 0-15 synes ikke at have substantiel betydning for resultaterne.

Analyserne af patientgruppen i aldersgruppen 70+ viser, at de svarer signifikant mere positivt end de resterende patientgrupper på samtlige skalaspørgsmål i 2013, mens forskellene ikke er signifikante i pilotundersøgelsen i 2016. I 2013 var patienterne i aldersgruppen 70+ i gennemsnit 0,05 mere positive på en skala fra 1-4 på de tre overordnede tilfredsheds spørgsmål end resten af patienterne. En eventuel underrepræsentativitet af denne patientgruppe i størrelsesordenen set i pilotundersøgelsen i den samlede kvalitetsmåling i 2016 må formodes at have betydning for de samlede resultater.

Udfordringerne med de ældres repræsentativitet og eventuelle skævvridning af resultaterne kommenteredes ligeledes af et antal speciallæger i den kvalitative opfølgning på pilotundersøgelsen. –Under den kvalitative opfølgning med klinikkerne blev det af flere klinikker nævnt, at det var frustrerende ikke at have mulighed for at udlevere papirskemaer til de ældre patientgrupper, da mange af dem ikke har en e-mailadresse. En speciallæge estimerede



rede, at ca. 20 pct. af patienterne gerne ville deltage, men ikke kunne, da de ikke havde en mail. Dette udsagn underbygges af flere andre speciallæger, der udtrykker bekymring ved, at de ældre patienter ikke bliver hørt. Flertallet af klinikkerne argumenterede derfor for, at der bør være mulighed for at udlevere et antal papirskemaer til relevante patienter.

En mulig løsning på eventuelle repræsentativitetsudfordringer er at korrigere data efter datatindsamlingen med henblik på at gøre datamaterialet repræsentativt for patientgennemstrømningen. Den konkrete løsning, der foreslås, er vejning af data. Vejning af data sikrer, at underrepræsenterede patientgrupper skaleres op med en faktor, der gør, at deres svar udgør den andel i datamaterialet, tilsvarende andelen i patientgennemstrømningen. Ligeledes nedskaleres overrepræsenterede patientgrupper med en faktor, således deres andel i datamaterialet svarer til andelen i patientgennemstrømningen.

Med udgangspunkt i ovenstående observationer og kvalitative inputs fra de deltagende klinikker i pilotundersøgelsen, følger nedenstående anbefalinger til undersøgelsen af patientoplevelset kvalitet i speciallægeklinikker.

Anbefalinger:

- Det bør overvejes, om der skal implementeres papirskemaer i den endelige undersøgelse, således eventuel underrepræsentation af den ældste patientgruppe imødekommes. En mulig løsning er at definere et forudbestemt antal papirskemaer, der uddeles til hver klinik. Klinikkerne skal instrueres i, at papirskemaer kan uddeles til en særlig udvalgt patientgruppe, der af den ene eller anden årsag ikke har mulighed for at deltage elektronisk. Prisen pr. papirskema anslås til ca. DKK 30. Udfordringen ved papirskemaer er at datakvaliteten bliver dårligere da det ikke kan sikres at der svares på alle spørgsmål. Det vil samtidig betyde at svarprocenterne bliver mere usikre da de ikke kan opgøres for papirskemaerne, og tilsvarende kan patienter med papirskema ikke mindes om at svare.
- Det kan overvejes, om der skal være et tiltag rettet mod forældre til småbørn – eksempelvis en folder/flyer med ekstra information, der er mere henvendt til forældrene. På denne folder skal der være mulighed for nemt at tilmelde sig undersøgelsen, hvis man ikke får tilmeldt sig i klinikken. Hvorvidt dette tiltag vil imødekomme udfordringen med underrepræsentativitet af den yngste gruppe, er dog tvivlsomt. På trods af, at forældrene i 2013-undersøgelsen havde mulighed for at besvare papirskemaet hjemme, var den yngste gruppe stadig markant underrepræsenteret. En folder/flyer, kan være et nyttigt supplement til at få flere til at deltage. Første prioritet må dog være, at få flest muligt til at tilmelde sig i klinikken. Såfremt det ønskes at lave en folder/flyer, som beskrevet ovenfor, skal den indeholde den 12-cifrede kode, der sætter forælderen i stand til at tilmelde sig direkte til tilfredsundersøgelsen fra hjemmet. Denne kode er unik for hver klinik, for på den måde at sikre at patienten eller den pårørende bedømmer den korrekte klinik. Prisen for implementering af den 12-cifrede kode er DKK 10.000.

## 5. Frafald i spørgeskemaet

I nærværende afsnit gennemgås patientgruppen bestående af 28 ud af 1.019 patienter placeret i kategorien "Nogen svar", der defineres som patienter, der har indledt besvarelsen af

spørgeskemaet, men ikke har gennemført besvarelsen heraf. Det er således kun 2,7 pct. af den samlede patientgruppe, der frafalder i løbet af skemaet, hvorfor der ikke kan konstateres betydelige udfordringer med løbende frafald. Det har imidlertid stadig relevans at analysere, hvornår de patienter, der stopper besvarelsen i utide, frafalder.

Analysen af patienter, der ikke har fuldført besvarelsen, viser, at der ikke er systematik i, hvem der afbryder besvarelsen efter at have indledt den. Der henvises til Bilag 1 for information om respondenter i "Nogen svar"-kategorien.

I Tabel 5.1. præsenteres en analyse af, hvornår de enkelte patienter frafalder skemaet. Formålet med analysen er at belyse, hvorvidt enkelte spørgsmål kan være medvirkende til, at respondenterne frafalder.

Tabel 5.1. "Nogen svar" fordelt på spørgsmål.

	Gennemført	Frafaldet
	27	1
	24	3
	22	2
	18	4
Spørgsmål	16	2
	7	9
	6	1
	4	2
	0	4

Note: Spørgsmål uden patientfracfald er ikke vist i tabellen. Spørgsmålsformuleringerne til de enkelte spørgsmål er således: 1: "Hvem udfylder skemaet?", 7: "Har du i forbindelse med din nuværende behandling fået foretaget et indgreb?", 9: "Bestilte du selv tid ved speciallægen?", 14: "Var du tryk ved ventetiden på at komme til speciallægen?", 15: "Hvordan sikrede lægen og/eller personalet sig at du var den rigtige patient?", 17: "Var speciallægen/klinikpersonalet gode til...", 18: "Har du i forbindelse med dit/dine besøg hos speciallægen fået taget prøver eller foretaget en billedundersøgelse som du ikke fik svar på med det samme?", 22: "Fik du i forbindelse med dit/dine besøg i klinikken skriftlig information om din sygdom og/eller behandling?", 25: "Har du tillid til at klinikken værner om dine og de øvrige patienters oplysninger?"

Analysen af patienter i "Nogen svar"-kategorien viser, at spørgeskemaets opsætning med fordel kan genovervejes, idet særligt en spørgsmålsblok viser sig at være endestation for en række patienter. I tabellen indgår kun spørgsmål, der er stillet til alle patienter. Tabellen viser, at frafald pr. spørgsmål er jævnt fordelt til og med spørgsmål 15. Hele otte patienter ud af 16 mulige stopper derefter besvarelsen, idet de bliver præsenteret for blokken bestående af skalaspørgsmål (spm. 17a-spm. 17f ("Var speciallægen/klinikpersonalet gode til...")). Det markante frafald i forbindelse med præsentationen af denne blok kan indikere, at respondenterne oplever den som uoverskuelig.<sup>4</sup> Dette argument understøttes af, at hverken de åbne svarfelter eller "Ved ikke"-andelen på blokspørgsmålene indikerer, at respon-

<sup>4</sup> En nærmere analyse af de frafaldne viser at der er tale om tre kvinder og fem mænd, der fordeler sig jævnt i alderen fra 26 til 76 år. Ud fra dette billede kan man ikke tale om, at en gruppe af patienter har større tendens til at frafalde på spørgsmål som det ovenstående end andre.

denter ikke forstår spørgsmålene. Der henvises til afsnit 5.1 for yderligere information om "Ved ikke"-andelen.

Anbefaling:

- *Et muligt tiltag* er derfor at splitte spørgsmålsblokken (spm. 17a-spm. 17f) op, så den præsenteres over to sider med 3 spørgsmål på hver.

## 6. Spørgeskemaets kvalitet

I dette afsnit behandles spørgeskemaets kvalitet, der grundlæggende kan måles på tre parametre; hhv. spørgsmålenes "Ved ikke"-andel, brugen af "Andet"-svar og kommentarer i åbne svarfelter. Foruden disse tre parametre, er det undersøgt, hvorvidt de tre overordnede tilfredshedsspørgsmål kan samles til et tilfredshedsmål.

### 6.1 Spørgsmål med store andele af "Ved ikke/Ikke relevant" svar

Indledningsvist præsenteres en opgørelse af de enkelte spørgsmåls "Ved ikke"-andel af gyldige svar i Tabel 6.1.

Tabel 6.1. Andele af "Ved ikke/Ikke relevant" svar, pr. spørgsmål<sup>5</sup>

		Antal besvarelser	"Ved ikke/Ikke relevant"	Pct.
Spørgsmål	13	610	36	5,9
	14	1019	25	2,5
	17a	1019	32	3,1
	17b	1019	4	0,4
	17c	1019	13	1,3
	17d	1019	24	2,4
	17e	1019	53	5,2
	17f	1019	80	7,9
	20	1019	84	8,2
	23	1019	17	1,7
	25	1019	47	4,6
	26	1019	29	2,8
	27	669	278	41,6
	28	1019	25	2,5
	29	1019	51	5,0
	30	1019	11	1,1

Note: Spørgsmål uden andele af "Ved ikke" er ikke vist i tabellen. Spørgsmålsformuleringerne til de enkelte spørgsmål er således: 13: "Hvordan vurderer du ventetiden på at få en tid i klinikken?", 14: "Var du tryk ved ventetiden på at komme til speciallægen?", 17: "Var speciallægen/klinikpersonalet gode til...", 20: "I hvilken grad oplever du, at dit/dine besøg hos speciallægen har hjulpet dig?", 23: "Var den skriftlige information, som du fik i klinikken dækkende for dit behov?", 25: "Har du tillid til at klinikken værner om dine og de øvrige patienters oplysninger?", 26: "Oplevede du at speciallægen havde sat sig ind i hvad din henvendelse drejede sig om inden du kom?", 27: "Oplever du at nødvendig

<sup>5</sup> Spørgsmål 10 og 13 har kun 610 besvarelser, da der er aktiveringer på disse spørgsmål (vises kun hvis en forudsætning er opfyldt, baseret på svar tidligere i undersøgelsen). Det samme gør sig gældende i spørgsmål 27, der har 669 besvarelser.

*information fra speciallægen er blevet givet videre til andre der havde behov for den?”, 28: “Har du tillid til, at du har fået den rette behandling i klinikken?”, 29: “Vil du anbefale klinikken til andre?”, 30: “Er du alt i alt tilfreds med dit besøg i klinikken?”.*

Som det fremgår af Tabel 6.1., er der fem spørgsmål med en “Ved ikke/Ikke relevant”-andel mellem 5 og 10 pct. Dette er et relativt stort antal patienter, når den samlede patientgennemstrømning tages i betragtning. Andelen af “Ved ikke/Ikke relevant”-svar i 10 af 16 spørgsmål er under 5 pct. Der er således ikke gennemgående udfordringer med, at respondenterne ikke har været i stand til at tage stilling til indholdet i spørgsmålene. Det synes således heller ikke at være udfordringer med at tage stilling til spørgsmålene i spørgsmålsblokken (spm. 17a-spm. 17f), der gør, at enkelte respondenter falder fra på disse spørgsmål.

De enkelte spørgsmål med en “Ved ikke/Ikke relevant”-andel over 5 pct. er analyseret nærmere med henblik på optimering. To spørgsmål synes at have spørgsmålsformuleringer, der kan forklare, hvorfor der er store “Ved ikke/Ikke relevant”-andele. Gennemgang af udfordringer med disse spørgsmål gennemgås nedenfor.

Det spørgsmål, der udgør den primære udfordring, er spørgsmål 27. Hele 41,6 pct. svarer “Ved ikke/Ikke relevant” på spørgsmålet: *“Oplever du at nødvendig information fra speciallægen er blevet givet videre til andre der havde behov for den?”*. Til spørgsmålet hører en fempunkts skala med en “Ved ikke/Ikke relevant”-mulighed. En mulig forklaring på den store “Ved ikke/Ikke relevant”-andel er, at spørgsmålsformuleringen forudsætter, at patienten har en opfattelse af, at der er nødvendig information, der skal gives videre. Såfremt patienten ikke er af den opfattelse, kan “Ved ikke/Ikke relevant”-kategorien benyttes, hvilket kan forklare den betragtelige andel, der har valgt denne mulighed. Spørgsmålet i sig selv kan være svært at svare på, hvorfor mange respondenter kan have valgt “Ved ikke/Ikke relevant” som udvej.

Anbefaling:

- Det bør overvejes, om svarkategorien “Ved ikke/Ikke relevant” skal opdeles i en “Ved ikke”- og “Ikke relevant”-kategori for på den måde at nedbringe antallet af “Ved ikke”-svar. Det vil give information om, hvor mange patienter, der udtrykker, at dette ikke er relevant for dem.

Spørgsmål 13 har “Ved ikke/Ikke relevant”-andel på 5,9 pct. Spørgsmålsformuleringen er: *“Hvordan vurderer du ventetiden på at få en tid i klinikken? (Vurder venligst tiden fra du kontaktede klinikken til dagen for konsultationen)”*. “Ved ikke/Ikke relevant”-andelen er relativt høj i forhold til, at der er to andre udfald og at patienten bliver bedt om at præsentere sin personlige holdning til ventetiden.

Anbefaling:

- Det kan overvejes, om spørgsmål kan gradueres yderligere, således patienterne får mulighed for at svare “Hverken/eller”.

## 6.2 "Andet" svar

Det andet parameter, der undersøges, er brugen af "Andet"-svar. Det eneste spørgsmål, der indeholder en "Andet"-kategori, er spørgsmål 15 (*"Hvordan sikrede lægen og/eller personalet sig at du var den rigtige patient?"*). 34 patienter har svaret "Andet" til spørgsmålet, der omhandler registrering og identifikation af patienten. Af de 34 patienter, der har svaret "Andet", udtrykker syv patienter, at de er kendt i klinikken, hvorfor de blev identificeret ved genkendelse. Dette fremgår af de åbne kommentarfelter i spørgsmålet. Ni patienter har oplyst, at de præsenterede sundhedskortet i receptionen/ved sekretæren.

Anbefaling:

- Det kan med fordel overvejes, om svarmuligheden *"Jeg registrerede mig med sundhedskortet ved ankomst"* skal omformuleres til *"Jeg registrerede mig med/fremviste sundhedskortet ved ankomst"*.
- Det kan ligeledes overvejes, om svarmuligheden *"Jeg er kendt i klinikken/jeg blev genkendt i klinikken"* skal tilføjes, da tilføjelse af denne mulighed kan medvirke til at nedbringe antallet af "Andet" og "Ingen af ovenstående".

## 6.3 Åbne svarfelter

Det tredje parameter, der undersøges, er brugen af åbne svarfelter. Spørgsmål 16, 21, 24 og 31 er formuleret som åbne spørgsmål med tilhørende åbent svarfelt. De åbne svarfelter kan være med til at afdække, om der mangler svarkategorier i nogle af spørgsmålene. De kan også anvendes til at spore andre tendenser i spørgeskemaet, der kræver yderligere overvejelser.

De åbne svarfelter i spørgsmålene 16, 21 og 24 er alle formuleret *"Har du yderligere kommentarer til...?"*. Dette kan opfattes som et ja/nej spørgsmål. At patienterne for manges vedkommende opfatter det således, kommer til udtryk ved, at der i alt er skrevet 839 åbne kommentarer, hvoraf 238, altså 28,4 pct., indeholder ordet "Nej". Oven i det skal lægges en række svar, der udtrykker andre udgaver af "Nej", såsom "Ikke umiddelbart" eller "Ingen kommentarer".

Anbefaling:

- Med udgangspunkt i ovenstående observationer, kan det med fordel overvejes, om spørgsmålene skal formuleres således i stedet for:
  - Spm. 16: *"Hvis du har yderligere kommentarer til tidsbestilling og kontakt med klinikken, kan du skrive dem her:"*
  - Spm. 21: *"Hvis du har yderligere kommentarer til klinikkens undersøgelse og behandling af dig, kan du skrive dem her:"*
  - Spm. 24: *"Hvis du har yderligere kommentarer til den information, som du fik fra klinikken, kan du skrive dem her:"*

Det samme billede er gældende i spørgsmål 31, der indledes med *"Er der noget du synes speciallægen eller personalet på klinikken gjorde særligt godt, eller er der noget du mener de kunne have gjort bedre?"*. Her har 311 patienter kommenteret. 45 af disse kommentarer indeholder ordet "Nej". Forskellen fra de tre andre åbne svarfelter er, at "Nej" i 12 af de 45 tilfælde alligevel bliver fulgt op af en kommentar om, at der enten ikke er noget at bemær-

ke, eller at undersøgelsen har været god. Af den årsag, og for at tvinge patienten til at formulere kritik (positiv som negativ), bør denne formulering fastholdes.

Som en kort opsummering på indholdet af de åbne svarfelter, kan det nævnes, at mange kommentarer udtrykker forskellige gradbøjninger af "alt har fungeret fint", hvilket primært udtrykker en ros til klinikken og ikke et behov for yderligere svarkategorier. Der er i forlængelse af dette ikke kommentarer, der direkte udtrykker utilfredshed med spørgsmål eller skemaet som helhed.

#### 6.4 **Kvaliteten af målet for samlet tilfredshed**

Det er undersøgt, hvorvidt blokken af tilfredshedsspørgsmål; 28: "Har du tillid til, at du har fået den rette behandling i klinikken", 29: "Vil du anbefale klinikken til andre?" og 30: "Er du alt i alt tilfreds med dit besøg i klinikken?" udgør et godt samlet mål for patienternes tilfredshed. De forskellige tests, der er foretaget, afslører, at de tre spørgsmål udgør et stærkt samlet mål for tilfredshed. Analysen viser, at hvis patienten scorer højt på et af de tre spørgsmål, vil respondenter sandsynligvis også score højt på de andre spørgsmål. Der henvises til Bilag 1 for yderligere oplysninger om analyserne.

### 7. **Evaluering fra de deltagende klinikker**

Nærværende afsnit indeholder en gennemgang af relevante kommentarer fra speciallægeklinikkerne givet i evalueringen af pilotundersøgelsen. Gennemgangen er struktureret efter punkterne 7.1 Registrering af patienter, 7.2 Motivering af patienter til deltagelse, 7.3 Patienters anonymitet, 7.4 Rambøll Results-portalen og 7.5. Inklusion af specialer.

#### 7.1 **Registrering af patienter**

Speciallægerne oplever, at registrering af mail giver undersøgelsen en vis styrke, da det derved opleves, at patienterne kan svare på undersøgelsen i sin egen tid. Samtidig nævnes det, at det er vigtigt at få registreret patienter hver dag, så der ikke går to dage før en patient modtager spørgeskemaet.

Anbefaling:

- Det anbefales at indskærpe overfor klinikkerne, at patienterne skal registreres hver dag. Det er ligeledes vigtigt, at Rambøll genererer mails til patienterne hver dag.

En klinik nævnte, at de i indsamlingsperioden i deres påmindelses-sms havde skrevet, at patienten skulle medbringe sin mailadresse. Det var oplevelsen, at dette havde virket på et antal patienter, der på den måde var klar til at udlevere deres mail i klinikken. På nærværende datagrundlag kan effekten ikke underbygges, men for den pågældende klinik har det fungeret.

Anbefaling:

- En mulig anbefaling er således, at brugen af påmindelses-sms indgår i et idékatalog til klinikkerne som en mulighed for de, der benytter påmindelsessystemer.

#### 7.2 **Motivering af patienter til deltagelse**

Under den kvalitative opfølgning blev der spurgt ind til, hvordan den enkelte klinik har fået patienterne til at deltage. Nogle speciallæger eller sygeplejersker har selv spurgt patienterne

i forbindelse med selve undersøgelsen, andre klinikker gjorde brug af det øvrige klinikpersonale såsom receptionister. De klinikker, hvor patienten er blevet spurgt om deltagelse i forlængelse af konsultationen, har en højere andel af registrerede patienter. Oplevelsen er, at tilfredshedsundersøgelsen opleves mere personlig, hvilket formentlig bidrager positivt til deltagelse og svarprocent. De klinikker, hvor patienten kun er i kontakt med speciallægen/sygeplejersken og hvor speciallægen/sygeplejersken ikke direkte opfordrer til deltagelse, opleves lav grad af deltagelse.

Flere klinikker nævner, at mange patienter udtrykker, at de ikke vil deltage, fordi de ikke har noget at klage over, eller at de er ganske godt tilfredse. Dette kan i sidste ende have den konsekvens, at der bliver tegnet et forkert billede af klinikken, hvis det kun er de "utilfredse" patienter, der repræsenteres. Dette punkt fører tilbage til repræsentativitet. Det er ikke alene vigtigt at få repræsenteret det rigtige antal patienter ud fra køn, alder og speciale, men i ligeså høj grad ud fra holdning. Hvorvidt der i udbredt grad er en skæv repræsentativitet hvad angår holdning, kan ikke måles i det nuværende datagrundlag. Klinikkerne kan dog med fordel være opmærksomme på også at få aktiveret de positive patienter, således sandsynligheden for, at resultaterne tegner et retvisende billede af klinikkens patientoplevede kvalitet, øges.

Nogle klinikker var opmærksomme på denne udfordring, mens andre accepterede det som undskyldning for ikke at deltage.

Anbefaling:

- Det anbefales, at der udarbejdes et kort med "talking points" til klinikken til at imødekomme denne type patienter. Nogle af de argumenter, der tilsyneladende har virket for nogle klinikker, er sætninger som:
  - "Det er netop fordi, du er positiv, at du skal deltage"
  - "Vi vil også gerne vide, hvad vi skal fastholde"
  - "Du har mulighed for at give din mening tilkende"
  - "Resultaterne bruges til denne klinik, og ikke bare på landsplan"
  - "Al kritik er velkommen, både ris og ros".

### 7.3 Patienters anonymitet

Flere klinikker nævner, nogle patienter er mistroiske overfor at udlevere deres mails. Nogle speciallæger har indledt opfordringen om deltagelse med at fortælle, at patientens anonymitet er garanteret og at mailadressen ikke bliver videregivet til andre end Rambøll.

Anbefaling:

- Det anbefales, at denne information fastholdes på materialet og at det evt. bliver sagt tydeligt, når personalet udleverer folderen.

### 7.4 Rambøll Results-portalen

Generelt var der god feedback på Results portalen og dens brugerflade. Der blev dog fremstillet et enkelt kritikpunkt i forhold til anvendelsen af portalen. Man kan som klinik kun følge de svarprocenter, der inkluderede de patienter, der *ikke* ønskede at deltage. Det betyder, at klinikkerne fik oplyst lave svarprocenter på trods af, at de havde fået et antal patienter til at tilmelde sig. Dette førte til faldende motivation for at anmode flere om at deltage.

Anbefaling:

- Rambøll undersøger muligheden for at ændre portalen, således at klinikkerne kan se svarprocenter for alle og for den andel, der har indvilliget i at deltage.

## 7.5

### **Inklusion af specialer**

Et par speciallæger henviser til, at øjen- og ørelæger er de eneste specialetyper, der er uden henvisning. Der kan derfor forventes et vidst økosystem for denne type speciallæger, således patienterne kun kommer tilbage til klinikken, hvis de er tilfredse med klinikken. Derfor blev det nævnt, at disse typer klinikker måske ikke bør indgå i samme undersøgelse, som de andre specialer.



## Bilag 1

I Bilag 1 rapporteres en række tabeller, der uddyber analyserne foretaget i forbindelse med nærværende notat. I nedenstående vises enkelte analyser af patienter i kategorien "Nogen svar" fordelt på både speciale og køn.

I Tabel 5.2. vises en opgørelse af, hvorvidt patienter fra bestemte specialer tenderer til at falde fra i løbet af spørgeskemaet. Tabellen viser, at patienterne i "Nogen svar" ikke kan afgrænses til bestemte specialer. Patienterne fordeler sig jævnt over specialer.

Tabel 5.2. Nogen svar fordelt pr. speciale

		Antal	Pct.
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>100,0</b>
Speciale	Anæstesiologi	7	25,0
	Dermato-venerologi	6	21,4
	Ortopædisk kirurgi	3	10,7
	Psykiatri	7	25,0
	Øjenlægehjælp	1	3,6
	Ørelægehjælp	4	14,3

Tabel 5.3. viser, at der ikke er forskelle i "Nogen svar" på tværs af køn. Der er en relativt ligelig fordeling de to køn imellem.

Tabel 5.3. Nogen svar fordelt på køn

		Antal	Pct.
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>100,0</b>
Køn	Mand	12	42,9
	Kvinde	16	57,1

Tabel 6.4.1. viser korrelationen mellem de enkelte overordnede tilfredshedsspørgsmål. Der opnås høje interne bivariante korrelationer, lave usikkerheder og høje Cronbach's Alpha værdier.

Tabel 6.4.1. Korrelationsmatrice, spørgsmål om tilfredshed.

	Spm 28	Spm 29	Spm 30
Spm 28	1	,759***	,777***
Spm 29	,759***	1	,863***
Spm 30	,777***	,863***	1

Note: \* P < 0,05; \*\* P < 0,01; \*\*\* P < 0,001 ved tosidet test. Antallet af gyldige besvarelser på de enkelte spørgsmål varierer mellem 961 og 994. Spørgsmål: 28: "Har du tillid til, at du har fået den rette behandling i klinikken?", 29: "Vil du anbefale klinikken til andre?", 30: "Er du alt i alt tilfreds med dit besøg i klinikken?".

Korrelationsmatricen ovenfor er ligeledes reliabilitetstestet. Cronbach's Alpha = 0,92.