

Klar tale med patienten

*implementering og evaluering af SLB's kommunikationsprogram
ved hjælp af RE-AIM modellen*

Med dette studie vil vi fremskaffe ny viden om:

- hvilken betydning det har for patienter, for personale og for organisationen, hvis alt klinisk sundhedspersonale trænes i de kernekompetencer og de tilgrundliggende værdier, der er indeholdt Lægeforeningens kommunikationskursus
- gennemførligheden af at implementerer Sygehus Lillebælts kommunikationsprogram i hele organisationen. Hvad fremmer og hvad hæmmer processen? Hvilke ressourcer og hvilke barrierer kan identificeres?
- hvordan evidensbaseret viden inden for sundhedstjenesteforskning kan implementeres i klinisk praksis i en stor organisation ved hjælp af "The RE-AIM framework"

Succeskriterier:

At 90% af personalet på de kliniske og ikke kliniske afdelinger har deltaget i kommunikationskurset i 2014

At der efter implementering af kurset kan ses:

- et fald i antallet af utilsigtede hændelser
- en stigning i antallet patienter der har en god oplevelse af kommunikationen
- en stigning i andelen af personaler der oplever at de i høj grad magter kommunikationen
- en stigning i andelen af personaler, der oplever høj grad af trivsel

Baggrund

Kommunikation mellem patienten og den sundheds professionelle er en kerneydelse, og god kommunikation er en afgørende forudsætning for, at man hos den enkelte patient kan afdække de symptomer, problemer, og bekymringer, der er grundlaget for en sikker diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering.

Kommunikationen mellem patient og sundhedspersonalet har således vist sig at have væsentlig indflydelse på patienternes oplevelser og udbytte af pleje og behandling (1-8).

Patienter, der oplever at blive lyttet til, som får mulighed for at stille spørgsmål, og som oplever, at der bliver responderet på deres følelser, har generelt større udbytte af pleje og behandling (3;4;9-18). Det gælder eksempelvis i forhold til smerte reduktion, til stabilisering af blodtryk og blodsukker (3;9), reduktion af stress (11) og compliance med behandlingen (4;13;14). Derudover har man kunnet påvise en reduktion i antallet af patientklager (2;9;19).

Tilsvarende har utilstrækkelig og uhensigtsmæssig kommunikation vist sig at være medvirkende til en stor andel af de patientklager, der indberettes (19-21). Ifølge det danske patientklagenævn klager patienterne i mange tilfælde over fejlbehandling, men med manglende information eller lignende som underpunkt i forhold til behandlingsforløbet (20).

De temaer, der går igen i disse klager, er utilstrækkelig information, patienternes følelse af at blive ignoreret, at de oplever, at deres synspunkter og forklaringer blive nedvurderet, og at de ikke føler sig forstået (19;21;22).

En af de hyppigst anvendte metoder til optimering af kommunikationen er træningskurser i kommunikation for de sundhedsprofessionelle. Nogle af kurserne er blevet undersøgt i videnskabelige studier, hvor det i de fleste tilfælde har været muligt at registrere en ændring af den kommunikative adfærd hos klinikerne, medens det har vist sig vanskeligt at påvise signifikante effekter på patienterne (23).

På Kolding Sygehus har effekten af Lægeforeningens Kommunikationskursus været afprøvet i et randomiseret kontrolleret studier i pædiatrisk ambulatorium (24;25). Studiet viste, at lægers og sygeplejerskers self-efficacy, dvs. deres vurdering af, hvordan de magtede kommunikationen med forældrene, var signifikant højere, efter de havde deltaget i kurset (24). Kurset og brush-up kurser blev derefter implementeret i hele børneafdelingen og efterfølgende studier viste, at der umiddelbart efter kurset og 2 år efter kunne måles signifikante forbedringer af patienternes tilfredshed og af deres oplevelse af kommunikationen (26;27).

På trods af de positive resultater og de lovende tendenser i mange af disse studier, så har det ikke været muligt at finde litteratur, der beskriver hvorledes disse eller lignende erfaringer kan overføres i den daglige kliniske praksis i en større organisation.

De fleste interventioner er kendetegnet ved at være små studier, og der efterlyses større studier, med klart definerede interventionsstrategier og med velbeskrevne effektmål evalueret over både en kortere og en længere periode (1;28-30).

Problemer med overførsel af erfaringerne fra forskningsprojekter til klinisk praksis er velkendt, og generelt kan man konstatere, at der eksisterer et meget stort gab mellem den forskningsbaserede viden og implementeringen af denne viden i klinisk praksis (31-33). Dette er bl.a. en følge af, at vilkårene i forskningsstudier kan være meget forskellig fra den kliniske praksis eksempelvis fordi

det gennemføres af et højt motiveret forskerteam med eget budget, og det inkluderer en specifik målgruppe af patienter og personale etc. (33;34).

Studierne på Kolding Sygehus har også været udført på en afdeling, der er kendetegnet ved at være en motiveret afdeling med stor lederopbakning og med værdier, der i øvrigt svarer meget til kerneværdierne i det kommunikationskursus, der blev udbudt.

De interessante spørgsmål er derfor, om det vil være muligt at implementere Lægeforeningens kommunikationskursus og brush-up kurser på alle kliniske afdelinger i hele sygehusorganisationen, og hvilke konsekvenser, det vil få for patienterne og for organisationen.

Formål

Det primære formål er at undersøge:

- hvordan og i hvilket omfang Lægeforeningens kommunikationskursus kan implementeres i alle kliniske afdelinger og kliniske serviceafdelinger i hele organisationen
- om centrale elementer af kurset og dets kerneværdier kan spores i hele organisationen efter at det er blevet implementeret
- hvilke konsekvenser det vil få for patienternes og personalets oplevelser af kommunikationen og for antallet af patientklager og utilsigtede hændelser

Metode

Studiet hører ind under kategorien implementerings forskning (translation research) og vil blive evalueret i forhold til "The RE-AIM framework" (Reach, Efficacy or Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance) (34;35).

Setting

Studiet udføres på Sygehus Lillebælt som inkluderer Kolding, Vejle/Give, Middelfart og Fredericia sygehuse. Sygehus Lillebælt er det femte største hospital i Danmark og det totale antal ansatte er 4800. Der er 18 kliniske afdelinger og 10 kliniske serviceafdelinger

Deltager

Personaler med patientkontakt vil deltage i studiet svarende til omkring 3000 sundhedsprofessionelle. De endelige inklusionskriterier besluttet i samråd med de enkelte afdelinger.

Sygehus Lillebælts kommunikationsprogram

Programmet til implementering af Lægeforeningens kommunikationskursus er udviklet i et samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark og Lægeforeningen. Det tager udgangspunkt i det kursuskoncept, der benævnes Lægeforeningens kommunikationskursus og indebærer, at der bliver uddannet et internt undervisningskorps, som skal varetage undervisningen af det kliniske personale. Samt at der etableres en model for:

- hvorledes alle kliniske afdelinger gennemfører afdelingsbaserede kommunikations kurser over en 3 årig periode
- kontinuerlige brush-up kurser
- supervision af undervisere

- undervisergruppe
- lokale korte kurser for yngre læger som supplement til deres basisuddannelse

Formålet med kurserne er, at deltagerne udvikler deres færdigheder i at kommunikerer med patienter, pårørende og samarbejdspartnere og får forståelse for kommunikationens betydning for de professionelle relationer.

Kurserne, der har en varighed af 2 + 1 dage, foregår afdelingsvis og skræddersys til den enkelte afdeling. Undervisningen foregår som en blanding af teori og rollespil. I perioden mellem de to undervisningsmoduler træner man de færdigheder, der er undervist i på første modul og laver en videoptagelse af en samtale med en patient. Videoptagelsen får deltagerne feedback på i det sidste modul.

Kurserne er inspireret af Peter Maguire' praktiske og videnskabelige erfaringer med træning i kommunikationsfærdigheder (36;37). En metode der tager udgangspunkt i Banduras teori om Social Learning (38) og har til hensigt at træne kompetencer og at øge deltagerens self-efficacy.

Implementering af programmet

Jvf. den foreløbige plan vil der i løbet af en periode på ca. 3 år blive uddannet et internt underviserkorps på ca. 100 undervisere, som skal varetage undervisningen og brush-up af personalet i egen afdeling, fungere som lokale ambassadører i afdelingen og indgå i det centrale underviserkorps.

For at blive underviser skal man have deltaget i et kommunikationskursus (2+1 dag), deltaget i Lægeforeningens underviserkursus (5 dage) og have undervist under supervision.

For de største afdelinger vil uddannelse af undervisere og implementering af kurset komme til at strække sig over knap et år. Brush-up kurser tilbydes efter ca. et år og vil derefter blive etableret som et fast tilbud for afdelingernes personale.

Der er udarbejdet en foreløbig plan for det tempo implementering kan udrulles i på de kliniske afdelinger (se bilag: plan for implementering),

Planen er opdelt i blokke med 2- 4 afdelinger i hver blok (afhængig af størrelse), i hver blok er der:

- 4 kurser til rekruttering af undervisere a 8 deltager (2+1 dag)
- 2 underviserkurser a 8 deltager (5 dage)
- den efterfølgende undervisning af afdelingens personale

De kliniske afdelinger er groft delt op i afdelinger med over 200 personaler (i alt 5 afd.), afdelinger med mellem 100 og 200 personaler (i alt 6 afd.) samt de afdelinger med under 100 personaler (i alt 3 afd.).

På den baggrund vil der i gennemsnit være henholdsvis 25, 15 og 10 hold a 8 deltagere, der skal uddannes på hver afdeling. Da der stiles mod, at der er 2 undervisere på hvert hold, vil det svare til at hver uddannet underviser skal undervise gennemsnitlig 6 gange.

Planen er godkendt af Direktionen på Sygehus Lillebælt, som har valgt at "Klar tale med patienterne" skal være et prioriteret indsatsområde de næste 3 år.

Evaluering i henhold til RE-AIM modellen

RE-AIM er en ramme udviklet til at forbedre implementeringen af effektive og evidensbaserede interventioner, og kan anvendes til planlægning, udførsel, evaluering og afrapportering af implementeringsforskning (34;35).

”The RE-AIM framework” har vist sig at være et brugbart redskab til implementering af nye programmer specielt inden for forebyggelse (39-41), og har vist sig velegnet som et redskab til at evaluere den interne og eksterne validitet (32;42).

RE-AIM står for Reach, Efficacy or Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance.

Reach: refererer til størrelsen og karakteristika af den potentielle og den faktiske målgruppe

Efficacy eller Effectiveness: vedrører effekten af interventionen

Adoption: henviser til de faktorer, der spiller ind på gennemførelsen eks. politisk og kulturel overensstemmelse, tilstedeværelsen af de nødvendige ressourcer og kompetencer.

Implementation: refererer til kvaliteten og konsistensen af implementeringen

Maintenance: refererer til hvordan adfærdsmæssige ændringer kan fastholdes over længere tid og i hvilken grad nye praksiser bliver institutionaliseret.

Indenfor hver dimension er der udviklet en række spørgsmål, som vil være styrende for evalueringen i dette studie (43).

De primære effektmål er:

- Andelen af personale, der har gennemført kurset
- Andelen af utilsigtede hændelser
- Andelen af patienter, der har en positiv oplevelse af pleje og behandling
- Andelen af klinisk personale, der oplever høj trivsel og høj self-efficacy
- Personalets og ledelsens vurdering af betydningen af kurset
- Vurdering af om nøglekomponenter er implementeret og kan spores i organisationen

Disse samt de øvrige variabler fremgår af tabel 1

Table 1. Oversigt over de RE-AIM spørgsmål, der skal besvares i forbindelse med evaluering

Reach	Efficacy/ Effectiveness	Adoption	Implementation	Maintenance
Deltager rate Frafald Barrierer for at deltage Årsager til ikke at deltage Repræsentativitet	Patienternes oplevelser af pleje og behandling Antallet af patientklager Antallet af utilsigtede hændelser Personale trivsel Personalets self-efficacy	Personalets og leders vurdering af afdelingens politiske og kulturelle værdier i forhold til de centrale værdier i kurset Vurdering af tilstedeværelsen af de nødvendige ressourcer og kompetencer. Vurdering af de økonomiske omkostninger	Personalets evne til at implementere nøglekomponenter af kommunikationskurset i den kliniske praksis Konsistensen af hvordan det er gennemført i hele organisationen	Langtids evaluering af patienternes og personalets oplevelser Videreførelse af kursusprogrammet (oplæring af nye, brush up kurser etc. Kan kerneelementerne af kommunikationskurset spores i organisationen (målsætninger, retningslinier, introduktionsprogrammer etc) Er den originale model modificeret?

Dataindsamling

Andelen af personale, der har gennemført kurset

I forhold til underviser kurset, kommunikationskurset og brush up kurset skal følgende data registreres: Inklusions kriterier, antal potentielle deltagere, antal deltagere, frafald, barrierer og årsager til ikke at deltage og for frafald.

Derudover registreres implementeringsperioden og antallet af gennemførte og aflyste kurser.

Andelen af patienter, der har en positiv oplevelse af pleje og behandling

Patienternes oplevelser opgøres ved hjælp af elektroniske spørgeskemaer besvaret på trykfølsomme skærme opstillet i afdelingerne (44). På de afdelinger, der allerede har skærmene, kan det foregå kontinuerligt. På de andre afdelinger kan det foregå ved stikprøver udført ved hjælp af transportable computer skærme, der indkøbes til formålet.

Spørgsmålene tager udgangspunkt i de spørgsmål, der anvendes ved den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (45), samt de spørgsmål om kommunikation, der er udviklet i børneafdelingen (25;26).

Andelen af klinisk personale der oplever høj trivsel og høj self-efficacy

Til vurdering af personalets trivsel anvendes det spørgeskema, der i dag bruges på sygehusene i Region Syddanmark.

Personalets self-efficacy vil blive registreret umiddelbar før kurset, efter kurset og derefter en gang årligt over en periode på 5 år

Personalets og ledelsens vurdering af betydningen af kurset

På hver afdeling vil der umiddelbart efter implementeringen afholdes fokusgruppe interview med henholdsvis ledere og personale. Interviewene har til hensigt at undersøge deltagernes oplevelse af både positive og negative oplevelser i forbindelse med implementering af kurset, deres oplevelser af hvad det har betydet for afdelingen, og deres vurdering af, om det passer ind i afdeling og eventuelle forslag til justeringer.

Der udarbejdes en semistruktureret interviewguide til formålet. Alle interview optages på bånd, transskriberes og analyseres ved hjælp af Kvaless meningskondenserende metode (46)

Interviewene gentages igen (evt. på udvalgte afdelinger) efter 1-2 år.

Vurdering af om nøglekomponenter er implementeret og kan spores i organisationen

Om nøglekomponenter er implementeret i daglig praksis kan undersøges ved hjælp af spørgeskemaer til personalet og evt. ved anvendelse af lydoptagelser af konsultationerne og efterfølgende kodning i henhold til Calgary Cambridge Scale (2).

Organisering

Til justering og videreudvikling af modellen er der nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Sygehus Lillebælt, HR afdelingen i Region Syddanmark og Lægeforeningen.

Kommunikationsafdelingen på SLB bliver den overordnede ansvarlige for vedligeholdelse og videreudvikling af kursustilbudet. HR Uddannelse og Udvikling, Region Syddanmark vil i samarbejde stå for logistikken, dvs. udsendelse af materiale, tilmelding til kurserne, leje af lokale (ved behov) etc.

Effekten af implementering af kommunikationskurset vil blive undersøgt af Enhed for Sundhedstjenesteforskning, Sygehus Lillebælt / IRS Syddansk Universitet. Til varetagelse af henholdsvis de kvantitative og de kvalitative aspekter af implementeringen og effekten ansættes to

ph.d. studerende. Der udarbejdes efterfølgende 2 ph.d. protokoller, der mere specifikt beskriver disse forskningsprojekter.

Tidsplan

Der er udarbejdet en foreløbig plan for implementering af kommunikationskurset på de kliniske afdelinger (bilag 1)

Detailplanlægning af implementering og evalueringen vil foregå i tæt samarbejde med afdelingerne. Evalueringen vil blive planlagt i overensstemmelse med denne plan.

Mulige publikationer.

- Implementing and evaluating a large scale communication program. Translation research by using the RE-AIM framework
- Facilitators and barriers for implementing a large scale communication program in clinical praxis
- The impact of implementing a communication program on patient perception of care and treatment
- Health professionals perception of self-efficacy and working environment after implementation of a communication program
- Adoption and maintenance of a communication program according to the RE-AIM framework

Reference List

- (1) Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors. a systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns* 2004;52:7-16.
- (2) Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 1998.
- (3) Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152(9):1423-33.
- (4) Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine*. Second edition ed. Cornwall: Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
- (5) Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;26(7):657-75.
- (6) Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc sci Med* 1988;27(6):637-44.
- (7) Roter D, Frankel R. Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Soc sci Med* 1992;10:1097-103.
- (8) Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998;15(5):480-92.
- (9) Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician -patient interactions on the outcome of chronic disease. *Med Care* 1989;27(3 suppl):110-27.
- (10) Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med* 1985;102:520-28.
- (11) Roter D, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Cole KA, et al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Arch Intern Med* 1995;155(17):1877-84.
- (12) Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
- (13) Blackwell B. From compliance to alliance A quarter century of research. *The Netherlands Journal of Medicine* 1996;48(4):140-9.
- (14) Nobile C, Drotar D. Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: implications and recommendations. *J Dev Behav Pediatr* 2003 Aug;24(4):279-90.

- (15) Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literatur. *Soc Sci Med* 1995;40(7):903-18.
- (16) Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. The association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003;88(5):658-65.
- (17) Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction litterature. *Soc sci Med* 1988;27(9):935-39.
- (18) Street R.L. Jr, Makoul G., Arora N.K., Epstein R.M. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74(3):295-301.
- (19) Hickson G.B., Clayton E.W., Entman S.S., Miller C.S., Githens P.B., Whetten-Goldstein K., et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994;272(20):1583-7.
- (20) Patientklagenævnet. Om patientklager. Sundhedsstyrelsens årsrapport. København; 2009.
- (21) Huntington B., Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2003;16(2):157-61.
- (22) Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meridith L, Sangster M. Evidence on Patient-Doctor Communication. *Can Prev Control* 1999;3(1):25-30.
- (23) Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S. Communication in health care [In Danish]. *Ugeskr Læger* 2006;168(40):3437-40.
- (24) Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. *Patient Educ Couns* 2007;66(3):270-7.
- (25) Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. The effects of a communication course for clinicians on parents' perception of care - a randomised controlled trial. *Scand J Caring Sci* 2009;(23):506-17.
- (26) Ammentorp J, Laulund LW, Kofoed PE. Parent perception of the care can be improved by training the health staff in communication. An intervention study. *JAN [Epub ahead of print]* 2010.
- (27) Ammentorp J, Kofoed PE. The long term effect of communication course for doctors and nurses. *Comm Med Accepted for publication* 2010.
- (28) Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(4).

- (29) Haywood K, Marshall S, Fitzpatrick R. Patient participation in the consultation process: A structured review of intervention strategies. *Patient Education and Counseling* 2006;63(1-2):12-23.
- (30) Pitkethly M., Macgillivray S., Ryan R. Recordings or summaries of consultations for people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD001539.
- (31) McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J., Keesey J., Hicks J., DeCristofaro A., et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348(26):2635-45.
- (32) Glasgow R.E., Bull S.S., Gillette C., Klesges L.M., Dzewaltowski D.A. Behavior change intervention research in healthcare settings: a review of recent reports with emphasis on external validity. *Am J Prev Med* 2002;23(1):62-9.
- (33) Tunis S.R., Stryer D.B., Clancy C.M. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA* 2003;290(12):1624-32.
- (34) Glasgow R.E., Magid D.J., Beck A., Ritzwoller D., Estabrooks P.A. Practical clinical trials for translating research to practice: design and measurement recommendations. *Med Care* 2005;43(6):551-7.
- (35) Glasgow R.E., Lichtenstein E., Marcus A.C. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health* 2003;93(8):1261-7.
- (36) Maquire P, Booth K, Elliott C, Jones B. Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills - The impact of workshops. *European Journal of Cancer* 1996;32A(9):1486-9.
- (37) Maquire P. *Communication Skills for doctors*. New York: Arnold; 2000.
- (38) Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
- (39) McKee M., Diane Deen Darwin, Maher Stacia, Fletcher Jason, Fornari Alice, Blank Arthur E. Implementation of a pilot primary care lifestyle change intervention for families of pre-school children: Lessons learned. *Patient Education and Counseling* 2010;79(3):299-305.
- (40) Bernstein E., Topp D., Shaw E., Girard C., Pressman K., Woolcock E., et al. A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. *Acad Emerg Med* 2009;16(11):1225-33.
- (41) Reid R.D., Mullen K.A., Slovinec D'Angelo M.E., Aitken D.A., Papadakis S., Haley P.M., et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the "Ottawa Model". *Nicotine Tob Res* 2010;12(1):11-8.

- (42) Glasgow Russell E., McKay H.Garth, Piette John D., Reynolds Kim D. The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management? *Patient Education and Counseling* 2001;44(2):119-27.
- (43) Dzewaltowski D.A., Glasgow R.E., Klesges L.M., Estabrooks P.A., Brock E. RE-AIM: evidence-based standards and a Web resource to improve translation of research into practice. *Ann Behav Med* 2004;28(2):75-80.
- (44) Ammentorp J, Rasmussen AM, Nørgaard B, Kirketerp E, Kofoed PE. Electronic questionnaires for measuring parent satisfaction and as a basis for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2007;19(2):120-4.
- (45) <http://www.patientoplevelser.dk/index.asp?id=219>. Den Landsdækkende Undersøgelse for Patientoplevelser (LUP). Enheden for brugerundersøgelser/. 15-10-2010.
- (46) Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag a/s; 1997.