

Min PROFIL

Systematisk inddragelse af patientrapporterede oplysninger i afklarende og opfølgende sundhedssamtaler i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser

©DEFACTUM, Region Midtjylland, april 2023

Emneord: Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser; Patientrapporterede oplysninger; PRO; Dialogstøtteredskab

Sprog: dansk

Version: 1.0

Udgivet af: DEFACTUM®, april, 2023

Rapporten er sat med: Verdana

Udgave: 1. udgave

ISBN: 978-87-93657-37-3 (pdf/elektronisk version)

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Nielsen BK, Nielsen LA, Mejdahl CT, Terkildsen MD, Nielsen CP.

Min PROFIL. Systematisk inddragelse af patientrapporterede oplysninger i afklarende og opfølgende sundhedssamtaler i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2023.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

MoEva-partnerskabet

MoEva-partnerskabet består af en række jyske kommuner samt forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM i Region Midtjylland. Følgende kommuner er indgået i følgeforskningsprojektet og medvirket i dataindsamling: Frederikshavn, Herning, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Varde og Vejle Kommune.

Partnerskabet er organiseret med en styregruppe, en superbrugergruppe og en ERFA-netværksgruppe. Styregruppen har det overordnede ansvar for udvikling og drift af PRO-systemet, og superbrugergruppen udmønter beslutninger omkring udvikling af systemet. ERFA-netværket er et forum for erfaringsudveksling og videndeling omkring anvendelse, videreudvikling og benchmarking af systemet.

Partnerskabet har udvalgt PRO-skemer og vedtaget fælles principper for forløb. Implementering af PRO-løsningen og beslutning om PRO-praksis forgår lokalt i de enkelte kommuner.



Indholdsfortegnelse

Resumé	7
Forord	10
1 Baggrund.....	11
1.1 Patientrapporterede oplysninger	11
1.2 Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser	12
2 Hvad er Min PROfil	13
2.1 Udvælgelse af PRO-spørgeskemaer	13
2.1.1 Helbredsrelateret livskvalitet	14
2.1.2 Helbredsrelateret egenomsorg	14
2.2 Udvikling og design af Min PROfil	15
2.3 Kompetenceudvikling.....	18
3 Følgeforskningen	19
3.1 Følgegruppe	20
4 Spørgeskemastudiet	21
4.1 Baggrund.....	21
4.1.1 Formål.....	21
4.2 Metode	21
4.2.1 Design.....	21
4.2.2 Deltagere.....	21
4.3 Resultater	22
4.3.1 Deltagerkarakteristika ved baseline.....	22
4.3.2 Helbredsrelateret egenomsorg	24
4.3.3 Øget involvering i sundhedssamtaler og tilfredshed med Min PROfil.....	25
4.4 Opmærksomhedspunkter til fremtidig udvikling og implementering	25
5 Borgerperspektivstudiet.....	26
5.1 Baggrund.....	26
5.1.1 Formål.....	26
5.2 Metode	26
5.3 Deltagere.....	27
5.4 Resultater	27
5.4.1 At udfylde PRO – udfordringer	28
5.4.2 At udfylde PRO – potentialer.....	29

5.4.3	PRO i sundhedssamtaler - udfordringer.....	30
5.4.4	PRO i sundhedssamtaler – potentialer.....	31
5.5	Opmærksomhedspunkter til fremtidig udvikling og implementering	32
6	Organisationsstudiet	34
6.1	Baggrund	34
6.1.1	Formål.....	34
6.2	Metode	34
6.3	Resultater	34
6.3.1	Potentialer	35
6.3.2	Udfordringer.....	36
6.4	Opmærksomhedspunkter til fremtidig udvikling og implementering	38
7	Opsamling på de tre delstudier	39
8	Perspektivering	40
8.1	Udvikling af PRO-løsninger	40
8.2	Implementering af PRO-løsninger.....	40
8.3	PRO i en sundhedspædagogisk praksis.....	40
8.4	Forskning i PRO	41
9	Referencer	42
10	Bilag	44

Ansvarlige for forskning og analyser

Spørgeskemastudiet

Seniorforsker, ph.d. Berit Kjærside Nielsen

Konsulent, cand.scient.pol. Jakob Sevelsted

Konsulent, ph.d. Malene Thygesen

Borgerperspektivstudiet

Seniorprojektleder Lise Arnth Nielsen

Seniorforsker, ph.d. Berit Kjærside Nielsen

Forsker, ph.d. Caroline Trillingsgaard Mejdahl

Organisationsstudiet

Forsker, ph.d. Caroline Trillingsgaard Mejdahl

Seniorforsker, ph.d. Morten Deleuran Terkildsen

Forskningschef, lektor Camilla Palmhøj Nielsen

DEFACTUM

Region Midtjylland

Resumé

I de senere år har der været stigende fokus på at anvende patientrapporterede oplysninger (PRO) i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. PRO baserer sig på oplysninger fra spørgeskemaer og kan betragtes som en førstehåndsinformation rapporteret af patienten/borgeren selv, og som indsamles systematisk vedrørende egen opfattelse af sundhed eller helbredsrelaterede livskvalitet. Det værende fysiske, følelsesmæssige og sociale aspekter af helbred og trivsel. Hvis PRO udvikles i og tilpasses en kommunal sundhedspædagogisk praksis, kan anvendelsen bidrage til en mere helhedsorienteret og personcentreret tilgang i mødet med borgerne og dermed opnås en større mulighed for at tilbyde den rette indsats. Foruden sygdomsspecifikke oplysninger kan PRO give indsigt i borgerens livssituation, sociale forhold, psykiske tilstand og oplevede egenomsorg (generisk PRO), som kan være af stor betydning for en succesfuld rehabilitering. Forskning viser, at inddragelse af PRO kan styrke kommunikationen og samarbejdet mellem borger og sundhedsprofessionel, hvilket kan øge borgerens tilfredshed med indsatsen og øge motivationen og forudsætningerne for at opretholde sunde vaner efter endt rehabilitering.

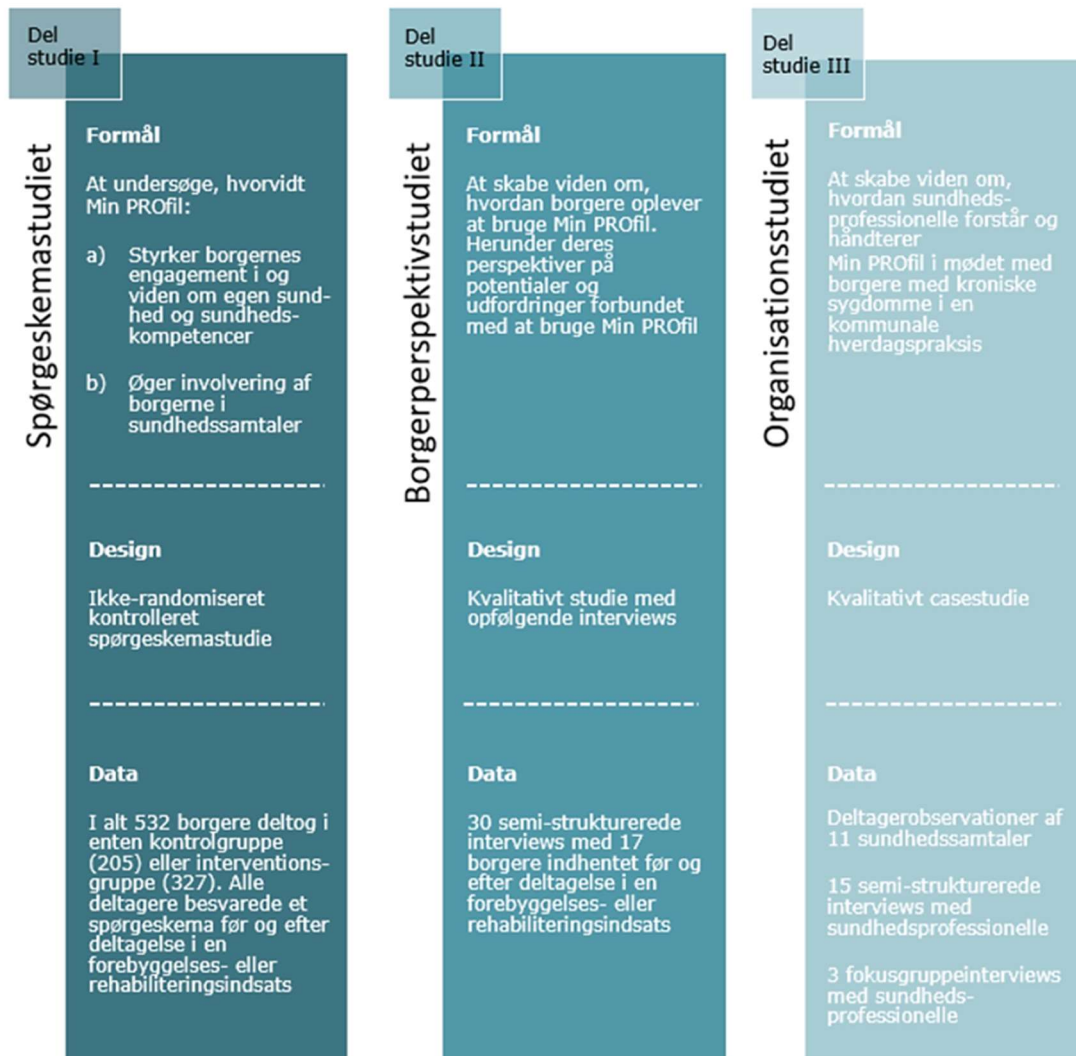
Siden kommunalreformen i 2007 har en række jyske kommuner og DEFACTUM, Region Midtjylland, samarbejdet om at monitorere og evaluere kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ved hjælp af et fælles IT-system (MoEva). I 2017 igangsatte de medvirkende kommuner og DEFACTUM, nu i form af et partnerskab, en forskningsudviklingsproces, som var målrettet videreudvikling af IT-systemet til en MoEva version 2.0. I MoEva 2.0 kan der laves dataudtræk på aggregeret niveau til kvalitetsudvikling, målstyring og benchmarking og på individuelt niveau til dialogstøtte. Foruden person- og sygdomsrelaterede oplysninger registreres også PRO-data i MoEva 2.0, hvor partnerskabet traf beslutning om en fælles kerne af PRO-skemaer på tværs af kommuner og indsatser bestående af helbredsrelateret livskvalitet og egenomsorg.

I 2019 støttede partnerskabet op om igangsættelse af et følgeforskningsprojekt kaldet Min PROfil. Min PROfil er et dialogredskab baseret på PRO, som er udviklet i en samskabelsesproces mellem borgere, ledere og sundhedsprofessionelle fra kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt IT-udviklere, konsulenter og forskere fra DEFACTUM. Formålet med følgeforskningen var at levere viden om betydningen af at indføre PRO-baseret dialog i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Følgeforskningen bestod af tre delstudier: et spørgeskemastudie, et kvalitativt studie og et organisatorisk studie, der tilsammen undersøger borgerrelaterede effekter og oplevelser samt organisatoriske potentialer og udfordringer ved at implementere PRO i sundhedssamtaler.

Som en del af følgeforskningen blev dialogredskabet til Min PROfil udviklet og designet i en brugerudviklingsproces. Endvidere blev der for alle ledere og sundhedsprofessionelle udviklet og gennemført et kompetenceudviklingsforløb i brugen af systemet og til systematisk inddragelse af borgernes PRO. Endelig blev der etableret en følgegruppe bestående af borgere med erfaring fra kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt sundhedsprofessionelle. Gennem drøftelser bidrog følgegruppen med viden og erfaringer for at videreudvikle forskningsspørgsmål, konkretisere relevante tematikker, kommentere på interviewguides og give input til at udbrede viden fra de tre delstudier.

Samlet bidrager de tre delstudier med viden, der kan informere fremtidig implementering og brug af PRO i mødet med borgere med kroniske lidelser, der starter forløb i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Beskrivelse af metode og dataindsamling for de tre delstudier i følgeforskningen til Min PROfil



Der blev ikke påvist en effekt af Min PROfil-interventionen. Resultater fra spørgeskemastudiet viste, at helbredsrelateret egenomsorg ikke blev styrket yderligere hos deltagere i Min PROfil i forhold til kontrolgruppen ved afslutning af en forebyggelses- og rehabiliteringsindsats. Dog blev helbredsrelateret egenomsorg styrket betydeligt for begge grupper ved afslutningen af indsatsen. I tolkningen af resultaterne er det dog vigtigt at tage højde for, at studiet ikke var designet som et lodtrækningsforsøg, og deltagerne derfor ikke var tilfældigt inddelt. Derudover blev dataindsamlingen til interventionsgruppen påvirket af COVID-19-pandemien, og implementeringen af Min PROfil blev midlertidigt sat i stå på grund af restriktionerne.

Overordnet viser resultaterne fra de tre delstudier, at både borgere og sundhedsprofessionelle ser potentialer og udfordringer ved brugen af PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Borgerne finder det meningsfuldt og relevant at udfylde Min PROfil før sundhedssamtaler, da det kan give indsigt i egne ressourcer og eventuelle sundhedsudfordringer. PRO kan sætte tanker i gang hos borgerne og potentielt medvirke til ændringer af sundhedsvaner og personlige forhold. Kommunikationen med sundhedspersonalet opleves også at blive forbedret ifølge flertallet af borgerne. Udfordringerne, som borgerne peger på, synes at være relateret til konteksten, hvori PRO udspiller sig, og god rammesætning er en forudsætning for, at borgerne forstår meningen med og betydningen af PRO. Resultaterne fra organisationsanalysen viser, at de sundhedsprofessionelle har oplevet en betydelig forandring ved at skulle integrere Min PROfil i deres sundhedspædagogiske praksis. Generelt oplever de sundhedsprofessionelle, at inddragelse af PRO i dialogen er udfordrende. Samtidig anerkender de PROs potentiale til at forbedre praksis og støtte et mere fokuseret og nært samarbejde med borgerne.

Min PROfil er et PRO-baseret dialogredskab, der styrker borgeres involvering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Implementering af PRO-løsninger kræver inddragelse af alle relevante parter i udviklingsprocessen og opmærksomhed på implementeringen i praksis. PRO-løsninger bør være fleksible og med mulighed for tilpasning til forskellige målgrupper og kontekster. Involvering af borgere og patienter i udviklingsprocessen kan sikre relevante og brugervenlige løsninger, og ved at tænke udviklingen af PRO ind i den eksisterende sundhedspædagogiske praksis skabes forudsætningerne for en positiv forankring. Fremtidig forskning kan bidrage til at forbedre PRO-indsatsers effektivitet og implementering.

Forord

Et partnerskab mellem en række jyske kommuner og forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM i Region Midtjylland har i perioden 2018-2020 arbejdet med at udvikle et dialogredskab baseret på patientrapporterede oplysninger (PRO) til brug i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. PRO-teknologien kan i tråd med den sundheds-pædagogiske praksis gå i dialog med og undersøge borgerens perspektiv.

Da partnerskabet gik sammen om at udvikle dialogredskabet, var tidligere erfaringer med PRO overvejende baseret på resultater fra hospitalssektoren. De anvendte PRO-skemaer i hospitalssektoren var dog overvejende sygdomsspecifikke, og partnerskabet havde et ønske om at inddrage og indsamle erfaringer med at anvende generiske PRO-skemaer, der kunne anvendes på tværs af sygdomme og sundhedsudfordringer. Dette for at styrke fokus på egenomsorg og hverdagsliv. Med en klar forventning om øget udbredelse af PRO i kommunerne de kommende år blev der truffet beslutning om at koble følgeforskning på implementeringen af dialogredskabet.

Målet med følgeforskningen er at få viden om effekterne ved brugen af et PRO-baseret dialogredskab i mødet med borgere i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Styrker det borgernes engagement i og viden om egen sundhed? Øger det borgernes oplevelse af at blive inddraget i sundhedssamtaler? Hvordan opleves det blandt sundhedsprofessionelle, at der indføres et PRO-baseret dialogredskab i deres eksisterende sundheds-pædagogiske praksis?

Følgeforskningen har til formål at bidrage til beslutningstagning vedrørende eventuel videreførelse af dialogredskabet i de medvirkende kommuner, og resultaterne kan endvidere give input til udvikling af andre PRO-baserede indsatser rettet mod forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser blandt borgere med kronisk sygdom.

I det følgende præsenteres analyseresultater fra følgeforskningen, der har fulgt implementeringen af det PRO-baserede dialogredskab, som har fået navnet Min PROfil. Rapporten er primært målrettet ledere med ansvar for kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, sekundært beslutningstagere og forskere.

Tak

Der skal lyde en stor tak til de mange, der har været involveret i følgeforskningen til Min PROfil.

- Til alle borgerne, der har været involveret i udviklingen af Min PROfil, siddet som medlemmer i følgegruppen eller deltaget ved at besvare spørgeskema og medvirket i interview.
- Til de mange medvirkende sundhedsprofessionelle for værdifulde bidrag i udviklingsfasen, for deltagelse i kompetenceudvikling og for at være udførende af indsatsen under dataindsamlingen.
- Til styregruppen for utrætteligt arbejde med udvikling af PRO-løsningen, modige beslutninger om fælles rammer og strukturer for PRO-flow og PRO-coaching, prioritering af ressourcer til kapacitetsopbygning og insisteren på at muliggøre følgeforskning.
- Til Den Kommunale Kvalitetsudviklingspulje og Folkesundhed i Midten i Region Midtjylland for bevillinger, der har gjort det muligt at gennemføre følgeforskningen.

1 Baggrund

En række jyske kommuner og DEFACTUM har siden kommunalreformen i 2007 samarbejdet om monitorering og evaluering af kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser med et fælles IT-system kaldet MoEva (1). I 2017 beslutter partnerne at videreudvikle systemet og formulere en indsats-teori (se bilag 1). Der indledes en samskabelsesproces i et partnerskab mellem ledere og sundhedsprofessionelle fra kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt IT-udviklere, konsulenter og forskere fra DEFACTUM, et forsknings- og konsulenthus under Region Midtjylland. Dette med henblik på at designe et MoEva 2.0 system med dataudtræk på aggregeret niveau til kvalitetsudvikling, målstyring og benchmarking samt på individuelt niveau til dialogstøtte. De data, der leveres ind i MoEva 2.0, består – ud over demografiske og helbredsrelaterede oplysninger – af generiske (dvs. ikke-sygdomsspecifikke) patientrapporterede oplysninger, fx helbredsrelateret livskvalitet og egenomsorg.

Sideløbende med udviklingen af Min PROfil blev et følgeforskningsprojekt igangsat med det formål at levere viden om betydningen af at indføre PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Følgeforskningen har følgende delelementer: et spørgeskemastudie med en kontrolgruppe og en interventionsgruppe (delstudie I), der undersøger mulige effekter af en PRO-baseret intervention på helbredsrelateret egenomsorg og livskvalitet hos borgere med kroniske lidelser. Et kvalitativt studie, der ved hjælp af semistrukturerede interview, undersøger borgernes oplevelser med en PRO-baseret intervention i sundhedssamtaler (delstudie II). Endelig skal et organisatorisk studie bestående af deltagerobservationer, semistrukturerede enkeltinterview samt fokusgruppeinterview (delstudie III) tilvejebringe viden om ledelsesmæssige og organisatoriske udfordringer i relation til implementering af PRO i sundhedssamtaler. Samlet bidrager de tre delstudier med viden, der kan informere om gevinster og udfordringer i den fremtidige brug af PRO i mødet med borgere med kroniske lidelser, der starter forløb i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

1.1 Patientrapporterede oplysninger

Patientrapporterede oplysninger indeholder viden og erfaringer, der kommer direkte fra patienten uden fortolkning fra nogen andre (2). PRO er således at betragte som en vigtig del af den sundhedsprofessionelles værktøjskasse til vurdering af patientens helbredstilstand og livssituation.

PRO er baseret på spørgeskemaer, der udfyldes af patienten med henblik på at måle dennes oplevede sundhed og livskvalitet. Den enkelte patients PRO-besvarelse transformeres fra subjektive oplevelser til objektive data ved hjælp af validerede spørgeskemaer, hvilket giver en omfattende vurdering af patientens helbredstilstand, herunder fysisk og mental sundhed, livskvalitet, funktionsniveau samt helbredsrelaterede egenomsorg (3). Ud fra dette perspektiv muliggør PRO, at patienter og sundhedsprofessionelle er i stand til at dele og udfolde patienternes oplevelser og bekymringer på en systematisk måde med brug af både sygdomsspecifikke og generiske spørgeskemaer (4, 5).

Forskning har vist, at når PRO aktivt inddrages til at understøtte kommunikationen, kan det have positive indvirkninger hos patienten. Aktiv inddragelse af PRO i dialogen hjælper til at fokusere på den enkeltes bekymringer og behov i et struktureret format, hvilket kan personliggøre patientens plan for behandling og håndtering af sygdom. PRO kan blandt andet

bidrage til, at patienten forstår og bliver opmærksom på symptomer (og dermed sygdomsudvikling) og til at støtte diskussioner omkring patientens oplevelse med og håndtering af hverdagsliv og sundhedsproblemer. Endelig kan PRO forbedre patient-sundhedsprofessionel kommunikation ved at styrke udveksling af information på et personcentreret sprog (6-8).

I et review fra 2022 har forskere gennemgået 84 publicerede studier, der har undersøgt sammenhænge mellem PRO og deltagelse i tilbud rettet mod borgere med kroniske lidelser. I reviewet peger forskerne på at: 1) PRO medvirker til, at borgerne får en bedre forståelse af deres tilstand, behandling og sundhed og deres bevidsthed om psykosociale problemer øges; 2) PRO øger deltagelse under konsultationer på grund af den feedback, der gives, og kan således bidrage til en bedre beslutningstagning; og 3) Anvendelse af PRO kan støtte borgerne i at tilegne sig det nødvendige ordforråd, når der tales om sygdomsrelaterede problemer, og kan opmuntre dem til at italesætte psykosociale problemer, som fx tristhed, angst eller seksuelle vanskeligheder. Endelig fremhæver forskerne manglende viden, sundhedsprofessionelles holdninger og den digitale infrastruktur som de vigtigste barrierer (9). Mens PRO i stigende grad anvendes i hospitalssektoren, findes der imidlertid kun begrænset forskningsbaseret viden om, hvorvidt aktiv brug af PRO i sundhedssamtaler kan skabe borgernær forbedring i den kommunale sundhedssektor.

1.2 Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser

Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i Danmark er veltilrettelagte, tværfaglige programmer og forløb, der er udviklet til at støtte borgere med helbredsproblemer i at forebygge udvikling af sygdom og forbedre deres fysiske og mentale trivsel. Indsatserne kan omfatte fysiske aktivitet og træning, ernæring og kostvejledning, rygestop vejledning, samtaler om alkohol, stresshåndtering, psykologisk støtte og socialt engagement. De kan også omfatte viden om sygdom og rehabilitering efter sygdom. Målet med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser er at hjælpe borgere med at opretholde eller genoprette deres autonomi, handlekraft og livskvalitet.

Som led i implementering af forløbsprogrammer for KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom, blev der i perioden 2010-2012 udrullet et sundhedspædagogisk uddannelsesforløb på tværs af kommune, hospital og almen praksis i Region Midtjylland. Forløbet byggede på sundhedspædagogisk teori med fem centrale begreber: det positive brede sundhedsbegreb, deltagelse og involvering, handlekompetence og empowerment, viden og indsigt og endelig setting og kontekst (10). Den sundhedspædagogiske tilgang er dermed hverken at betragte som "top-down" eller "bottom-up". I stedet kalder tilgangen på en tæt dialog mellem målgruppe og sundhedsprofessionel. Centralt er det, at dialogen skal tage udgangspunkt i målgruppens egne opfattelser, bekymringer og tanker. Parallelt med denne sundhedspædagogiske tilgang blev uddannelseskonceptet Læring og Mestring udbudt i Region Midtjylland. Her var det bærende princip, i tillæg til det sundhedspædagogiske værdigrundlag, at professionel faglig indsigt skal gå hånd i hånd med erfaringsbaseret viden.

PRO har i mange år været en integreret del af den sundhedspædagogiske praksis i MoEva-kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Frem til 2018 har PRO været anvendt dels på aggregeret niveau i forhold til tilrettelæggelse og gennemførelse af forløb, og dels som et redskab til de sundhedsprofessionelle til forberedelse af sundhedssamtaler med borgerne, men uden aktiv involvering af borgeren (1). Med udvikling af IT-systemet på administrativt niveau med et fleksibelt system til valg af PRO-skemaer, og på medarbejder- og borgerniveau med en individuel PROfil, transformeres brugen af PRO og anvendes således aktivt i sundhedssamtaler.

2 Hvad er Min PROfil

Min PROfil er et dialogredskab baseret på PRO og er en måde at møde borgerne på i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Formålet med Min PROfil er:

- 1) at øge borgernes oplevelse af at blive inddraget i sundhedssamtaler gennem systematisk og aktiv anvendelse af PRO
- 2) at styrke borgernes engagement i og viden om egen sundhed og sundhedskompetencer, hvilket forventes at føre til et højere niveau af helbredsrelateret egenomsorg.

Min PROfil varetages af sundhedsprofessionele i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og ses som en tilføjelse, der skal understøtte og ikke erstatte eksisterende praksis. Ændringen i den sundhedspædagogiske praksis sker ved, at de PRO, som borgerne udfylder, ikke kun anvendes på aggregeret niveau, som sundhedsmedarbejderne har kendt til og anvendt i en længere årrække. Nu inddrages den individuelle viden om borgere, der kommer til syne i Min PROfil, systematisk i dialogen med borgerne.

Potentialerne i Min PROfil ligger i at møde borgerne med afsæt i deres helbredsrelaterede egenomsorg og livskvalitet. Med Min PROfil er meningen, at den sundhedsprofessionelle får mulighed for at involvere borgerens egne selvvalgte oplevelser i en PRO-baseret dialog og til i fælles beslutningstagning at forfølge sundhedsmæssige mål.

PRO-spørgeskemaerne i Min PROfil sendes via e-Boks til alle borgere, som tilbydes indsats, og udfyldes elektronisk før deres første sundhedssamtale i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, efter afslutning af forløb og ved en opfølgende samtale ca. 12 måneder efter¹ (bilag 5). PRO-data overføres i realtid til det kommunale sundhedscenter, hvortil borgeren er henvist. Dette sker via MoEva 2.0, og Min PROfil gøres tilgængelig for den sundhedsprofessionelle forud for sundhedssamtalen.

Min PROfil gør det muligt på en systematisk måde at inddrage borgerens PRO-besvarelse aktivt i sundhedssamtaler med henblik på at tilrettelægge og gennemføre indsatser, der støtter den enkelte i at få øje på og udvikle egne styrker i forhold til at få en bedre hverdag med øget helbredsrelateret egenomsorg. Feedback gives ved hjælp af et print af Min PROfil, der under samtalen fungerer som et redskab mellem borger og sundhedsprofessionel med henblik på at åbne for samarbejde og fælles forståelse (se figur 2). Forud for interventionen deltog alle sundhedsprofessionelle i de medvirkende kommuner i et kompetenceudviklingsforløb, dels i patientcentreret kommunikation, der tager afsæt i den enkeltes PRO-besvarelse, og dels i coaching baseret på den enkelte borgers oplevelse af helbredsrelateret egenomsorg. Der er udarbejdet vejledninger i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbene (se afsnit om kompetenceudvikling). I det følgende præsenteres de udvalgte PRO-spørgeskemaer, udvikling og design af PRO-redskabet samt den sundhedsprofessionelles rolle og kompetenceudvikling mere indgående.

2.1 Udvælgelse af PRO-spørgeskemaer

Styregruppen traf beslutning om to kerne-PRO-spørgeskemaer, som udfyldes af alle borgere på tværs af kommuner, der skal starte i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Der var enighed om, at det var relevant for alle, uanset henvisningsdiagnose og forløb, at have viden

¹ Borgere, der ikke har adgang til e-Boks, får tilsendt PRO-spørgeskemaerne i papirformat. Få borgere udfylder dem i sundhedscenteret forud for sundhedssamtalen.

om borgernes oplevede livskvalitet og helbredsrelaterede egenomsorg. Begge de udvalgte PRO-spørgeskemaer er generiske og netop dette var vigtigt for styregruppen, da borgerne, de møder, sjældent kommer med en afgrænset kronisk sygdom eller problemstilling.

2.1.1 Helbredsrelateret livskvalitet

Helbredsrelateret livskvalitet refererer til den måde, helbredet påvirker en persons generelle livstilfredshed og trivsel. Det kan omfatte en række forskellige områder, såsom fysisk og mentalt velbefindende, evnen til at udføre daglige aktiviteter og social interaktion. Helbredsrelateret livskvalitet kan påvirkes af en række faktorer, såsom sygdom, smerter, kroniske tilstande og valg af sunde vaner.

Allerede før etableringen af partnerskabet anvendte kommunerne i MoEva-samarbejdet det PRO-baserede spørgeskema SF-12, der måler en persons selv vurderede helbred, funktions-evne og helbredsrelaterede livskvalitet. I styregruppen var der enighed om, at erfaringen med at anvende redskabet var godt, og der blev truffet beslutning om at lade det indgå som et af de to kerne-PRO. Man kan sige, at SF-12 er en omhyggelig måde at spørge en person: "Hvordan har du det?". SF-12 består af 12 spørgsmål, der spørger ind til personens helbred, som han eller hun selv oplever det, og om helbredet begrænser udførelsen af fysiske aktiviteter og samværet med andre mennesker. SF-12 måler, hvordan den enkelte inden for de seneste fire uger har oplevet sin helbredsrelaterede livskvalitet inden for otte vigtige helbredsområder: 1) Fysisk funktion, 2) Fysisk betingede begrænsninger, 3) Fysisk smerte, 4) Alment helbred, 5) Energi, 6) Social funktion, 7) Psykisk betingede begrænsninger og 8) Psykisk trivsel.

Desuden beregnes en samlet score for fysisk og psykisk helbred. De samlede scorer beregnes på baggrund af svar fra alle 12 spørgsmål. Det vil sige, at til det samlede fysiske helbred indgår også scorer fra spørgsmål om psykisk trivsel. Det samme gør sig gældende for samlet mentalt helbred. På hvert helbredsområde er der en højeste og laveste score (11).

2.1.2 Helbredsrelateret egenomsorg

Helbredsrelateret egenomsorg refererer til handlinger, der foretages af en person for at opretholde eller forbedre ens mentale og fysiske helbred. Det kan omfatte forskellige former for sundhedstiltag som fx at tage medicin, at følge en bestemt diæt, at motionere regelmæssigt, at sove ordentligt og at søge professionel hjælp, når det er nødvendigt. Det omfatter også aktiviteter såsom at lære om eget helbred og egen sundhed, at være opmærksom på symptomer på sygdom og at være proaktiv i forhold til at forebygge sygdom.

På et styregruppemøde i 2018 blev deltagerne præsenteret for det PRO-baserede spørgeskema the Patient Activation Measure (PAM), der afdækker borgerens opfattelse af egen viden, færdigheder og tiltro til egne evner i forhold til at tage vare på sin sundhed og håndtere helbredsrelaterede problemer. Spørgeskemaet består af 13 udsagn og borgeren angiver på en skala fra 1-4, hvor enig vedkommende er i hvert enkelt udsagn. Summen omregnes til en aktiveringsscore (0-100), som gør det muligt at placere borgeren på et ud af fire mulige aktiveringsniveauer, hvor PAM-niveau 1 er det laveste (12, 13).

Det blev besluttet af styregruppen, at PAM skulle indgå som et kerne-PRO i Min PROfil. I samarbejde med professor Helle Maindal Terkildsen ved Aarhus Universitet, som i 2009 stod i spidsen for den danske oversættelse af spørgeskemaet, gennemførte forskerne en række kognitive test af spørgeskemaet med borgere i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt fokusgrupper med sundhedsprofessionelle fra to kommuner. Begge dele med

henblik på at tilpasse spørgeskemaets ordlyd til en kommunal kontekst (14). Der skete kun få justeringer på baggrund af dette arbejde.

Udover de valgte obligatoriske kerne-PRO (SF-12 og PAM), besluttede styregruppen på baggrund af et ønske fra de enkelte kommuner, at det skulle være muligt at tilvælge øvrige PRO-spørgeskemaer, som er relevante i forhold til specifikke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, herunder KRAM-spørgsmål, oplevet søvnkvalitet, depression og ensomhed.

2.2 Udvikling og design af Min PROfil

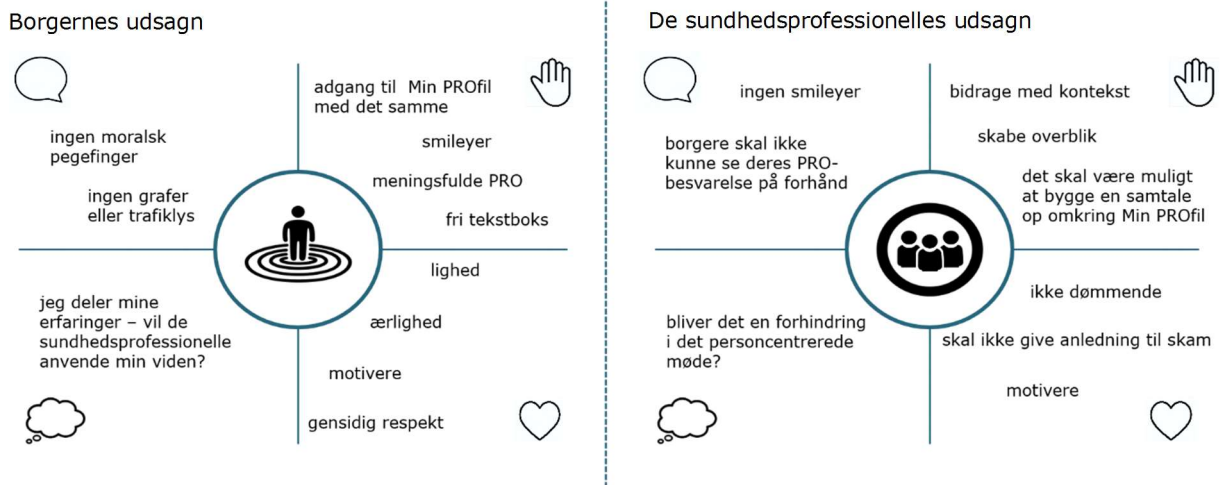
Udviklingen af det grafiske udtryk i Min PROfil til brug i sundhedssamtaler skete i et tæt samarbejde med en user experience-designer, der skulle undersøge, hvordan Min PROfil bedst opfylder brugernes (borgeres og sundhedsprofessionelles) behov. Der blev anvendt empathy mapping i processen, som indebar ti interview med borgere og sundhedsprofessionelle og en efterfølgende workshop med fem borgere. Empathy mapping er en metode, der kan anvendes til at forstå og formidle indsigt i en brugers oplevelser, følelser, ønsker og behov (15).

Med borgerinterviewene blev det tydeligt, at for borgerne er besvarelser af PRO-spørgeskemaer en præsentation af deres her-og-nu-ståsted. Derfor var det vigtigt, at den grafiske visning af deres PRO-besvarelse var let forståelig og overskuelig. Borgerne lagde stor vægt på, at de kunne se en udvikling fra gang til gang, og det skulle være muligt, at selv små skridt blev synlige i PRO-redskabet. Endelig var det vigtigt for borgerne, at deres PRO-besvarelser ikke blev gemt væk for dem, og at de skulle have adgang til at kunne se Min PROfil med det samme, når de havde besvaret PRO-spørgeskemaerne. Samtidig blev det understreget, at borgerne skal kunne forstå måden, PRO formidles på visuelt, da det vil styrke engagement og motivation.

Analysen af interview med de sundhedsprofessionelle viste, at sundhedsprofessionelle kan være usikre på, hvordan de skal bruge PRO-besvarelser og data i deres arbejde og især i mødet med borgeren. Derfor var det afgørende for dem, at det PRO-redskab, der udvikles, er overskueligt og nemt at gå til i samtalen. Det indebærer også, at de ved, hvordan borgerens side ser ud, så man undgår misforståelser, eller at de sundhedsprofessionelle kommer til at tale forbi borgeren, fordi de antager, at borgeren har den samme information, som de har. Hvis PRO-data skal danne grundlag for en samtale med borgeren, blev det fremhævet, at redskabet også skal kunne anvendes som forberedelse for den sundhedsprofessionelle. Det skal være muligt at generere en oversigt af data, hvor den sundhedsprofessionelle kan skabe sig et indtryk af, hvilken borger, de skal ind og tale med, og hvad den pågældende eventuelt har brug for – eller hvilken udvikling, der er sket siden sidst, de talte sammen. Det gør arbejdet med at finde ud af, hvilke udfordringer borgeren kommer med lidt nemmere. Den sundhedsprofessionelle ønskede ikke, at borgerne skulle have adgang til at se deres PRO-besvarelse forud for første sundhedssamtale. Deres oplevelse var, at det kan føre til forvirring og usikkerhed, hvis borgerne ikke forstår, hvad de ser.

Empathy mapping blev anvendt til at opsummere centrale fund fra datamaterialet fra de ti interview, hvor det blev klart, hvor der var enighed blandt borgere og sundhedsprofessionelle, og hvor de to brugergrupper havde forskellige ønsker og behov (se figur 1).

Figur 1. Empathy mapping af borgernes og sundhedsmedarbejderes ønsker til et PRO-baseret redskab



Symbolforklaring: Taleboblen repræsenterer konkrete udsagn, brugerne kom med omkring PRO-redskabet. Tankeboblen repræsenterer centrale bekymringer, brugerne havde omkring redskabet. Hånden repræsenterer konkrete handleanvisninger, mens hjertet repræsenterer ønsker til, hvad redskabet skal kunne indfri.

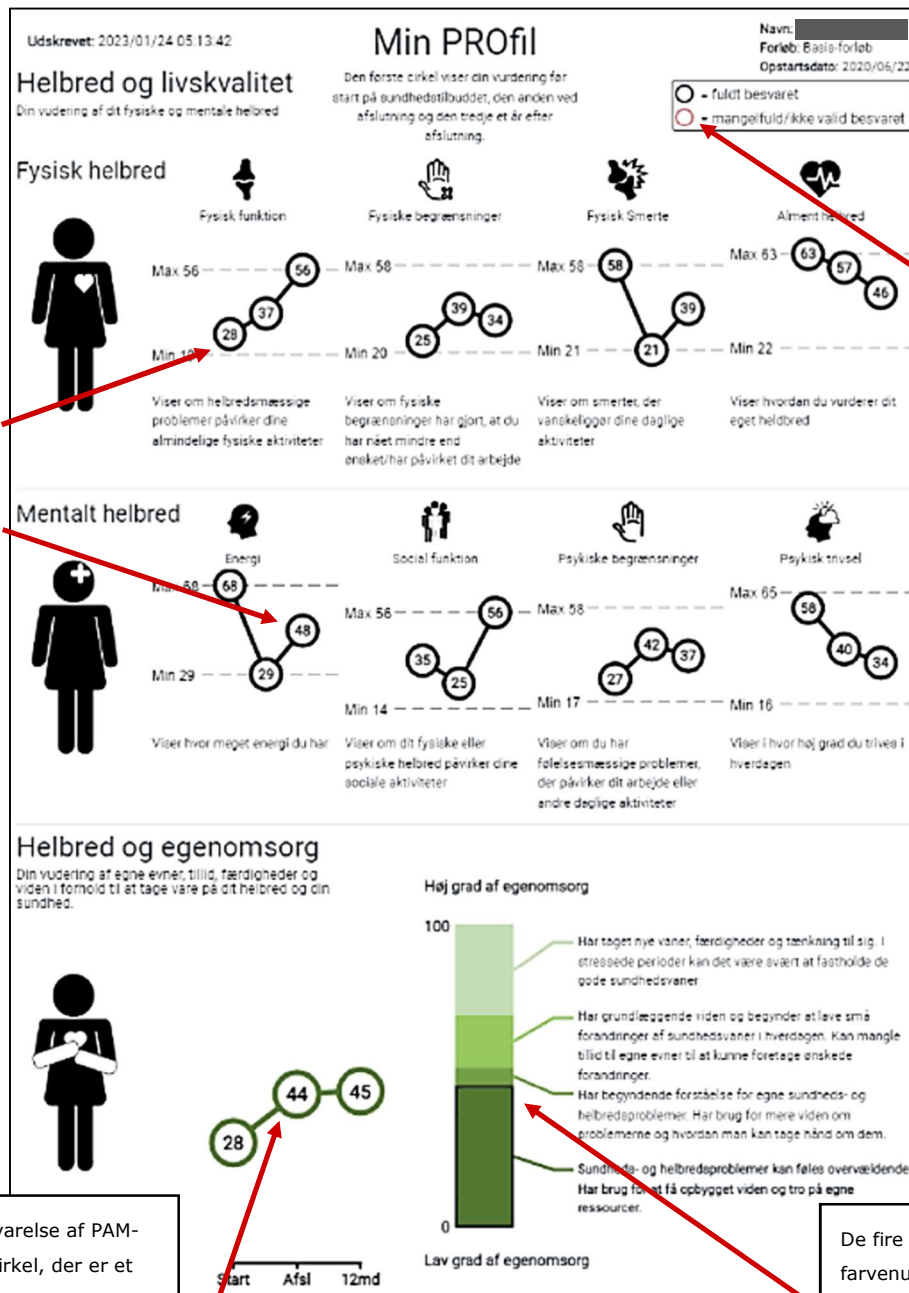
Til workshoppen med borgerne blev de præsenteret for tre fiktive borgere, der alle havde en eller flere kroniske sygdomme, forskellige hverdagsliv og forskellige opfattelser af deres evne til egenomsorg. Disse tre borgere glemte altid, hvad de havde svaret i spørgeskemaer, som de udfyldte i sundhedsvæsenet (de fiktive borgere blev skabt ud fra viden hentet fra de indledende interview med borgerne). Deltagerne blev ligeledes præsenteret for forskellige prototyper af visninger af PRO-besvarelser, som var blevet til på baggrund af interviewene og det opsummerende Empathy map. På workshoppen diskuterede deltagerne, hvordan man kunne vise PRO-besvarelser på en måde, som gjorde besvarelsen meningsfuld, som hjalp borgerne til at genkalde sig deres besvarelser og som kunne virke fremmede for en ligeværdig dialog med den sundhedsprofessionelle om borgerens PRO-besvarelse. Helt centralt for deltagerne på workshoppen var det, at visualiseringen af besvarelser blev taget ned på et hverdagsniveau, hvor alle kan være med, fordi målgruppen ofte har rigtig mange udfordringer.

Billeder fra workshoppen



Sideløbende med udviklingen af det grafiske design af Min PROfil blev styresystemet MoEva 2.0 testet og klargjort til at gå i drift, og der blev arbejdet med forskellige måder at få data fra MoEva 2.0 transformeret til det PRO-baserede redskab. Figur 2 viser den endelige version af Min PROfil.

Figur 2. Min PROfil-visning af PRO-besvarelser over tid



For hver besvarelse af SF-12 vises en cirkel på de otte skalaer og de to samlede scorer. Denne borger har besvaret SF-12 tre gange. Udviklingen vises ved at forbinde de tre cirkler for hver skala. Tallene gør det nemmere at se de små skridt i udviklingen.

Den røde cirkel vises, hvis der mangler besvarelser på mere end halvdelen af spørgsmålene, eller hvis borgeren har svaret enten meget enig eller meget uenig på samtlige spørgsmål.

For hver besvarelse af PAM-13 vises en cirkel, der er et udtryk for borgerens nuværende PAM-score. Denne borger har udfyldt PAM-13 tre gange. Udviklingen vises ved at forbinde de tre cirkler svarende til de tre gange. Tallene gør det nemmere at

De fire grønne farvenuancer der inddeler søjlen, markerer de fire PAM-niveauer

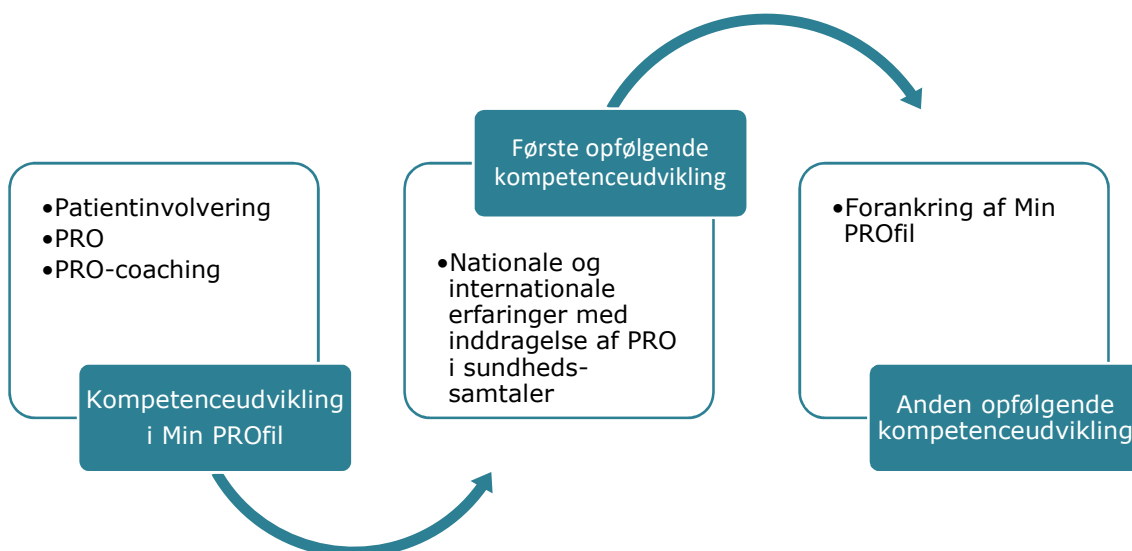
2.3 Kompetenceudvikling

For at opbygge parathed til implementering af Min PROfil som dialogstøtte blev der dels gennemført 'hands-on'-kurser for alle ledere og sundhedsprofessionelle i brug af det nye system, og dels blev der udrullet et kompetenceudviklingsforløb med oplæring i systematisk inddragelse af borgernes PRO-besvarelser i Min PROfil (figur 3). Forskning har vist, at forudsætningen for en succesfuld implementering af PRO er træning i, hvordan man integrerer og anvender PRO i den daglige kliniske praksis (16). I samarbejde med styregruppen udviklede forskere fra DEFACTUM et curriculum for kompetenceudvikling. I bilag 4 ses et samlet overblik over forløbet, som strakte sig fra første kvartal 2019 til første kvartal 2022. Ligeledes blev der udviklet vejledninger til fælles praksis om brug af Min PROfil i sundhedssamtaler. Vejledningerne er udarbejdet med det formål at støtte de sundhedsprofessionelles praksis med PRO bedst muligt. Vejledningerne indeholder information om tolkning af de anvendte PRO-spørgeskemaer, guides og inspiration til PRO-baseret dialog med borgerne (se bilag 2 og 3).

For at sikre en bred kompetenceudvikling, styrke videndeling og udveksle erfaringer blev kurset afviklet fire forskellige steder på tværs af de medvirkende kommuner. Efterfølgende blev der gennemført webinar i mindre grupper, hvor der blev præsenteret cases fra praksis.

For at løfte implementering og forankring af Min PROfil nedsatte styregruppen en arbejdsgruppe, som tilrettelagde et opfølgende kursusforløb. På grund af nationale nedlukninger som følge af COVID-19-pandemien blev undervisningen omlagt til et online-format. Kursusgangene blev optaget på video, med det formål, at undervisningen kan anvendes til løbende kompetenceudvikling i kommunerne.

Figur 3. Oversigt over kompetenceudviklingsforløb



3 Følgeforskningen

Min PROfil blev i perioden 2018-2020 udviklet og implementeret i en række jyske kommuner, der tilbyder forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til borgere med en eller flere kroniske sygdomme.

Følgeforskningen har til formål at bidrage til beslutningstagning vedrørende eventuel videreførelse af Min PROfil i de medvirkende kommuner, og resultaterne kan endvidere give input til videre udvikling af anvendelsen af PRO i kommunerne.

I de følgende afsnit, vil de tre delstudier blive præsenteret. Tidsperioden for dataindsamlingen fremgår af tabel 1.

I delstudie II og III er der udvalgt tre case-kommuner til gennemførelse af dataindsamling til følgeforskningen. De tre case-kommuner er udvalgt på baggrund af forskellige sociogeografiske profiler (11). Kommune a)'s sociogeografiske profil er kendetegnet ved borgere, der bor i ressourcerige områder målt på uddannelse, beskæftigelse og personlig indkomst. Kommune b)'s sociogeografiske profil er kendetegnet ved borgere, der bor i både ressourcerige og mindre ressourcerige områder. Kommune c)'s sociogeografiske profil er kendetegnet ved borgere, der bor i mindre ressourcerige områder.

Tabel 1. Oversigt over tidsperioder for dataindsamling i delstudierne

Delstudie	Aktivitet/data	Periode
I	Spørgeskema kontrolgruppe	4.3.2019 – 23.10.2019
Spørgeskemastudiet	Spørgeskema interventionsgruppe	6.4.2021 – 22.11.2021
II	Interview	11.6.2021 – 20.4.2022
Borgerperspektivstudiet	Opfølgende interview	11.10.2021 – 6.7.2022
III	Individuelle interview	31.5.2021 – 23.6.2021
Organisationsstudiet	Deltagerobservationer	6.10.2021 – 29.11.2021
	Fokusgruppeinterview	21.12.2021 – 13.1.2022

3.1 Følgegruppe

Projektet har i perioden maj 2021 til oktober 2022 haft tilknyttet en følgegruppe. Følgegruppen bestod af fire borgerrepræsentanter, der alle havde erfaring med at bruge Min PROfil i en forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats. Derudover bestod gruppen af en leder af et kommunalt sundhedstilbud, en sundhedskonsulent og to sundhedsprofessionelle fra case-kommunerne samt de forskningsansvarlige fra DEFACTUM. Følgegruppen har mødtes fire gange og diskuteret projektets udvikling og perspektiver. Derudover har gruppens medlemmer bidraget med input på mail og ved telefonmøder ad hoc.

Følgegruppen havde til opgave at kvalificere de tre delstudier, der tilsammen undersøger betydningen og effekten af at inddrage borgernes PRO-besvarelse gennem Min PROfil i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Gennem drøftelser har deltagerne bidraget med viden og erfaringer, blandt andet i forhold til at videreudvikle forskningsspørgsmål, konkretisere de tematikker, der har været relevante og interessante at undersøge, kommenteret på spørgeguides og givet input til at udbrede viden fra projektet.


FREDERIKSHAVN KOMMUNE


Herning
Kommune


Ikast-Brande
Kommune


Lemvig Kommune


Varde
Kommune


norddjurs
kommune


Ringkøbing-Skjern
Kommune


veje
Kommune


Skanderborg
kommune


regionmidtjylland
midt

Rammer for følgegruppen til forskningsprojekter på Min PROfil

Formålet med følgegruppen er at kvalificere de tre forskningsprojekter, der skal undersøge betydningen og effekten af at inddrage borgernes spørgeskemabesvarelser om sundhed og trivsel i kommunale sundhedssamtaler.

Følgegruppen skal rådgive forskningsgruppen og gennem drøftelser bidrage med viden og erfaringer i forhold til at videreudvikle forskningsspørgsmål, konkretisere de tematikker, der er relevante/interessante at undersøge og give input til at udbrede viden fra projektet.

Følgegruppen sammensættes af tre borgerrepræsentanter, der har gennemført et sundhedsforløb og repræsentanter for ledere og sundhedsprofessionelle fra 2-3 kommuner samt de forskningsansvarlige medarbejdere fra DEFACTUM, Region Midtjylland.

Det er planen at følgegruppen mødes i alt tre gange – i starten, midtvejs i forløbet og ved projektafslutning. Alle møder afholdes på video, som man kan logge sig på fra en computer, en smartphone eller tablet.

Modeplan

1. Her skal vi drøfte forskningsspørgsmålene, spørgsmål til interviewpersoner og hvad der særligt skal lægges mærke til i samarbejdet mellem borgere og sundhedsprofessionelle i sundhedsforløb
2. Her skal vi drøfte de første analyser af de indsamlede data
3. Her skal vi drøfte formidlingsaktiviteter
4. Her skal vi drøfte resultater fra følgeforskningsprojekterne og udarbejde anbefalinger til at omsætte ny viden til praksis

Forudsætninger

Det kræver ingen særlige forudsætninger at deltage i følgegruppen, ud over at man har lyst til at bidrage med egne oplevelser, erfaringer og perspektiver.

Deltagelse

Hvis du er interesseret i at høre mere om arbejdet i følgegruppen eller ønsker at deltage, kan du give din kommunale kontaktperson besked om, at vi gerne må kontakte dig. Du er også velkommen til at kontakte os direkte. Se nedenstående kontaktoplysninger.

Der udbetales vederlag for deltagelse.

Mange hilsner
Berit, Lise og Caroline


Berit Kjærside Nielsen
Seniorforsker,
psykolog, ph.d.
Mail: beritnie@rm.dk


Lise Arnth Nielsen
Seniorprojektleder,
sygeplejerske, MSE
Mail: lisnie@rm.dk


Caroline Mejhdahl
Forsker, sygeplejerske,
ph.d.
Mail: carmej@rm.dk

4 Spørgeskemastudiet

4.1 Baggrund

I det følgende afsnit præsenteres de primære fund fra spørgeskemastudiet. Her har vi undersøgt, om Min PROfil-indsatsen har effekt på helbredsrelateret egenomsorg. Ligeledes har vi spurgt deltagerne i interventionsgruppen om deres oplevelser med PRO-spørgeskemaer og Min PROfil. Resultaterne er ikke udtømmende, da sekundære samt subgruppeanalyser udestår.

4.1.1 Formål

Evalueringen skal belyse, hvorvidt systematisk og aktiv brug af borgerens PRO-besvarelse gennem Min PROfil i en forebyggende og rehabiliterende kommunal praksis:

1. Styrker borgernes engagement i og viden om egen sundhed og sundhedskompetencer, hvilket forventes at føre til et højere niveau af helbredsrelateret egenomsorg.
2. Øger involvering af borgerne i sundhedssamtaler.

4.2 Metode

4.2.1 Design

For at undersøge, hvilken betydning Min PROfil har for borgernes helbredsrelaterede egenomsorg, blev der gennemført et evalueringsstudie. For at sikre et stærkt evalueringsgrundlag, anses et randomiseret, kontrolleret studie (RCT), hvor deltagerne fordeles tilfældigt i en kontrol- og interventionsgruppe, som det mest sikre. Dette forsøgsdesign var imidlertid ikke muligt, og evalueringen blev i stedet tilrettelagt som et ikke-randomiseret, kontrolleret spørgeskemastudie. Det betyder, at deltagerne blev rekrutteret til en kontrolgruppe og en interventionsgruppe med en tidsforskydning, således at der først blev inkluderet deltagere i en kontrolgruppe og siden i en interventionsgruppe. Efter endt dataindsamling til kontrolgruppen, modtog de sundhedsprofessionelle i de deltagende kommuner kompetenceudvikling til Min PROfil, og først derefter startede rekrutteringen af borgere til interventionsgruppen².

Studiet blev designet med en række målinger over tid, og omfatter dels udtræk på demografi og sygdomsoplysninger fra MoEva 2.0-databasen, og dels PRO-besvarelser på helbredsrelateret egenomsorg (primært evalueringsmål), helbredsrelateret livskvalitet (sekundært evalueringsmål) og sundhedskompetence (sekundær evalueringsmål). Udvikling af helbredsrelateret egenomsorg, helbredsrelateret livskvalitet og sundhedskompetence følges over tid, og data indsamledes tre gange (baseline, efter tre og 12 måneder). Her formidles kun resultater på helbredsrelateret egenomsorg efter tre måneder.

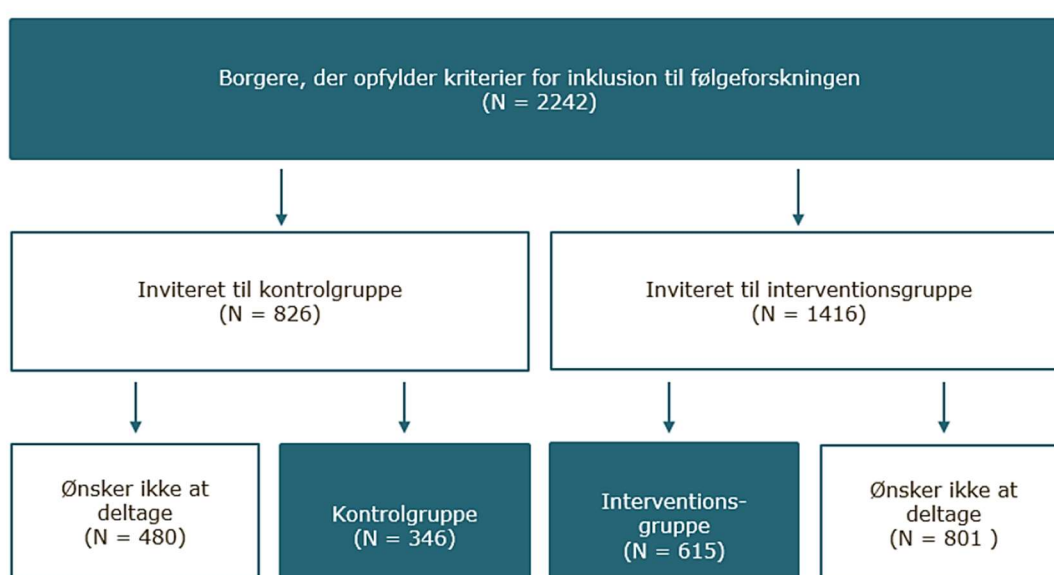
4.2.2 Deltagere

Borgere over 18 år, der vurderedes i stand til at besvare et spørgeskema, og som skulle deltage i en kommunal forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats med et minimum af tre kursusgange, blev inviteret til at deltage. Der var planlagt inklusion af 397 deltagere i henholdsvis kontrolgruppen og interventionsgruppen for at opnå statistisk styrke til at

² På grund af COVID-19 måtte inklusion og dataindsamling til interventionsgruppen skubbes 12 måneder.

undersøge eventuelle forskelle i effekten af Min PROfil på helbredsrelateret egenomsorg. Da deltagerne blev rekrutteret til kontrolgruppen erfarede vi, at en stor del af deltagerne ikke besvarede de opfølgende spørgeskemaer (fx på grund af forglemmelse, de var udgået af den kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsats eller de havde ikke fået tilsendt opfølgende spørgeskema). Derfor inkluderede vi et større antal deltagere til interventionsgruppen ved baseline. I perioden 4. marts 2019 til 22. november 2021 blev i alt 2242 borgere, der levede op til inklusionskriterierne, inviteret til spørgeskemastudiet. Rekrutteringen foregik for kontrolgruppen via et sundhedscenter og via e-boks for interventionsgruppen. I alt 42,9 % af alle borgere, der opfyldte inklusionskriterierne i perioden, sagde ja til at deltage i enten kontrolgruppen (n = 346) eller interventionsgruppen (n = 615) (se figur 4). Dette svarer til andre studier med lignende målgruppe. Svarprocenten på de opfølgende spørgeskemaer ved afslutning af forløb er 55,4 %.

Figur 4. Flowdiagram



4.3 Resultater

4.3.1 Deltagerkarakteristika ved baseline

I alt 961 personer deltog i studiet ved baseline, hvoraf 532 også deltog ved follow-up, som var ved afslutning af en forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats. For at undersøge sammenligneligheden mellem deltagerne i kontrolgruppen og deltagerne i interventionsgruppen blev der lavet analyser af eventuelle forskelle på baggrundsvariablene ved baseline i de to grupper. Analyserne viser, at deltagerne i de to grupper, kontrol- og interventionsgruppe, er meget sammenlignelige. Mænd og kvinder er fordelt ligeligt og gennemsnitsalderen er 58 år. Halvdelen af deltagerne (49,2 %) har en kronisk sygdom, mens 45,5 % har mindst to kroniske sygdomme. Der er en lille, men statistisk signifikant forskel på uddannelsesniveau, hvor der er lidt færre med en kort videregående uddannelse i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Overordnet er der således ikke noget, der tyder på, at den ene gruppe deltagere (kontrolgruppen) er anderledes end den

anden (interventionsgruppen). Tabel 2 viser deltagerkarakteristika for de to grupper og for den samlede studiepopulation.

Tabel 2. Beskrivelse af deltagere i spørgeskemastudiet

	Kontrol	Intervention	N (%)
Inkluderede	205	327	532
Køn			
Kvinde	106 (51,71)	187 (57,19)	293 (55,08)
Mand	99 (48,29)	140 (42,81)	239 (44,92)
I alt	205 (100)	327 (100)	532 (100)
Alder			
Min.-29 år	2 (0,98)	9 (2,75)	11 (2,07)
30-39 år	18 (8,78)	20 (6,12)	38 (7,14)
40-49 år	29(14,15)	37 (11,31)	66 (12,41)
50-59 år	52 (25,37)	76 (23,24)	128 (24,06)
60-69 år	61 (29,76)	114 (34,86)	175 (32,89)
70-79 år	37 (18,05)	64 (19,57)	101 (18,98)
80 år til maks.	6 (2,93)	7 (2,14)	13 (2,44)
I alt	205 (100)	327 (100)	532 (100)
Uddannelse			
Nej	21 (10,24)	22 (6,73)	43 (8,08)
Et eller flere kortere kurser	16 (7,80)	23 (7,03)	39 (7,33)
Faglært indenfor håndværk, handel, kontor mv.	68 (33,17)	87 (26,61)	155 (29,14)
Kort videregående uddannelse, under 3 år	37 (18,05)	53 (16,21)	90 (16,92)
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	35 (17,07)	104 (31,80)	139 (26,13)
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år	8 (3,90)	19(5,81)	27 (5,08)
Anden uddannelse	11 (5,37)	19 (5,81)	30 (5,64)
Ikke oplyst	9(4,39)	0(0,00)	9 (1,69)
I alt	205 (100)	327 (100)	532 (100)
Primære henvisningsdiagnose			
KOL	31 (15,12)	38 (11,62)	69 (12,97)
Type 2-diabetes	30 (14,63)	35 (10,70)	65 (12,22)
Hjerte-kar-sygdom	53 (25,85)	76 (23,24)	129 (24,25)
Muskel-skelet-sygdom	8 (3,90)	9 (2,75)	17 (3,20)
Kræft	19 (9,27)	60 (18,35)	79 (14,85)
Psykisk sygdom	5 (2,44)	1 (0,31)	6 (1,13)
Prædiabetes	0 (0,00)	2 (0,61)	2 (0,38)
Overvægt	30 (14,63)	32 (9,79)	62 (11,65)
Stress	23 (11,22)	38 (11,62)	61 (11,47)
Smerteproblematik	0 (0,00)	7 (2,14)	7 (1,32)
Andet	6 (2,93)	23 (7,03)	29 (5,45)
Osteoporose	0 (0,00)	4 (1,22)	4 (0,75)
Ikke oplyst	0 (0,00)	1 (0,31)	1 (0,19)
I alt	205 (100)	327 (100)	532 (100)
Andre kroniske sygdomme			
Ja	105 (51,22)	137 (41,90)	242 (45,49)
Nej	100 (48,78)	169 (51,68)	269 (50,56)
Ikke oplyst	0 (0,00)	21 (6,42)	21 (3,95)
I alt	205 (100)	327 (100)	532 (100)

4.3.2 Helbredsrelateret egenomsorg

Det primære evalueringsmål for effekten af Min PROfil er helbredsrelateret egenomsorg rapporteret ved afslutning af en forebyggelses- og rehabiliteringsindsats (målt ca. tre måneder efter baseline).

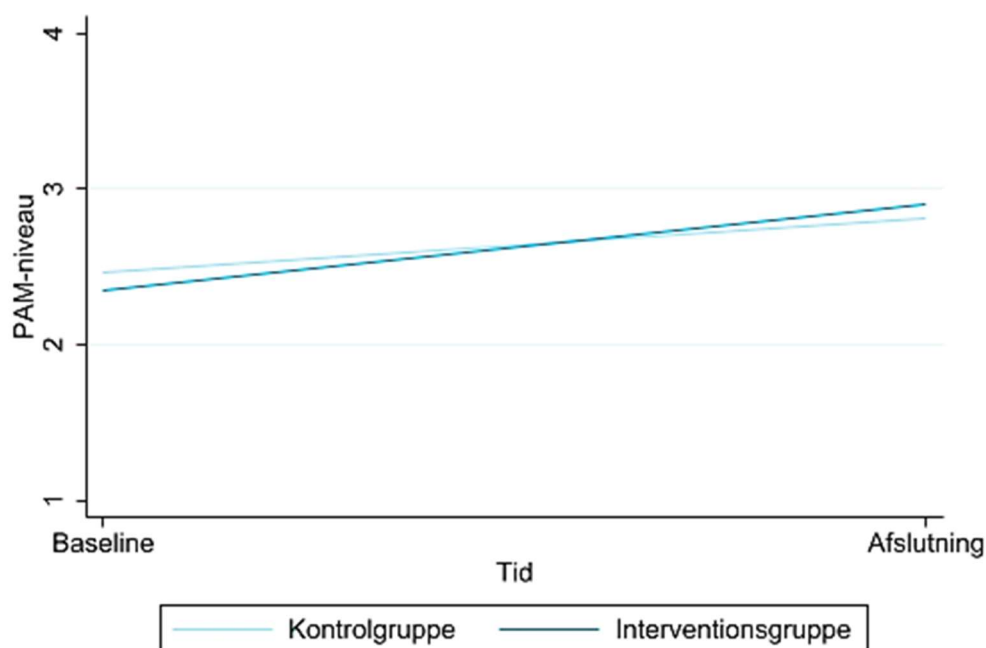
Helbredsrelateret egenomsorg er målt med the Patient Activation Measure (PAM). PAM består af 13 spørgsmål, der tilsammen vurderer en persons viden, færdigheder og tillid til at kunne varetage forskellige aspekter i relation til eget helbred og egen sundhed. Spørgeskemaet opgøres til en enkelt score, der bevæger sig fra 0-100, og en højere score er udtryk for højere helbredsrelateret egenomsorg. Scoren korrelerer med et af fire niveauer af patientaktivering, hvor PAM-niveau 1 og 2 angiver lavere helbredsrelateret egenomsorg, mens PAM-niveau 3 og 4 angiver højere helbredsrelateret egenomsorg.

Ved baseline, før den første afklarende sundhedssamtale, var den gennemsnitlige PAM-score 57,4 for kontrolgruppen og 56,9 for interventionsgruppen. Ved afslutning af forløb og efter den anden sundhedssamtale var PAM-scoren steget i begge grupper til 63,3 for kontrolgruppen og 64,3 for interventionsgruppen. For deltagerne i både kontrolgruppen og interventionsgruppen gælder det, at helbredsrelateret egenomsorg er styrket betydeligt, og der er tale om en statistisk signifikant stigning fra baseline til afslutning.

Selvom interventionsgruppen havde en gennemsnitlig lavere PAM-score ved baseline og højere PAM-score ved afslutning, viser resultater fra panelregressionsanalyser, at der ingen statistisk signifikant forskel er mellem de to grupper. Det betyder således, at Min PROfil ingen effekt har på helbredsrelateret egenomsorg.

Der blev også foretaget en logistisk regression, hvor de fire PAM-niveauer blev analyseret. Resultaterne viser, at sandsynligheden for at score inden for PAM-niveau 4 er højere for interventionsgruppen end for kontrolgruppen ved afslutning, mens sandsynligheden for at score inden for 1, 2 og 3 er lavere. Begge resultater er dog insignifikante. Figur 5 viser, hvor gennemsnittet af deltagerne i kontrol- og interventionsgruppe ligger, opgjort på PAM-niveau ved baseline og afslutning.

Figur 5. PAM-niveau ved baseline og afslutning



Resultaterne fra de statistiske analyser skal tolkes med forsigtighed, da studiet ikke var designet som et lodtrækningsforsøg og deltagerne således ikke var tilfældigt inddelt. Derudover betød COVID-19-pandemien, at dataindsamlingen til interventionsgruppen måtte skubbes 12 måneder, og de medfølgende restriktioner medvirkede til, at den igangværende implementering af Min PROfil midlertidigt blev sat i stå.

4.3.3 Øget involvering i sundhedssamtaler og tilfredshed med Min PROfil

Ved afslutning af forløb, blev deltagerne i interventionsgruppen bedt om at svare på spørgsmål om deres oplevelser med Min PROfil (omfang af PRO-redskabet, oplevelser med at udfylde PRO-spørgeskema, de sundhedsprofessionelles brug af Min PROfil i sundhedssamtalen). Resultaterne viste, at:

- Langt størstedelen af deltagerne (94,5 %) svarer, at omfanget af spørgsmål i Min PROfil var passende.
- 65,4 % er enige, mens 30,2 % er meget enige i, at det var meningsfuldt at udfylde Min PROfil før den afklarende- eller opfølgende sundhedssamtale.
- Flertallet er enige (59,9 %) eller meget enige (24,8 %) i, at kommunikationen med sundhedspersonalet forbedres med PRO.

Ovenstående tilfredshedsspørgsmål skal ses i lyset af, at kun lidt over halvdelen af deltagerne i interventionsgruppen (56,6 %) svarer ja til, at den sundhedsprofessionelle viste dem Min PROfil under sundhedssamtalen, 23,2 % svarer nej, mens 20,3 % svarer, at de ikke husker, om de fik vist Min PROfil.

4.4 Opmærksomhedspunkter til fremtidig udvikling og implementering

- Selvom resultaterne af effektstudiet ikke viser signifikante forskelle på helbredsrelateret egenomsorg mellem kontrol- og interventionsgruppen målt ved afslutning, er udviklingen målt på PAM større for interventionsgruppen, og flere i interventionsgruppen har flyttet sig til PAM-niveau 4. Bevægelsen er således den forventede, men da forskellene mellem grupperne er statistisk insignifikante, kan det skyldes tilfældigheder. Der er således brug for yderligere forskning på området.
- Kun lidt over halvdelen af deltagerne i interventionsgruppen svarer, at de har set Min PROfil i forbindelse med en sundhedssamtale i sundhedscentret. Det tyder således på, at der ikke er sket en fuld implementering af Min PROfil i de medvirkende kommuner. Delstudie III vedrørende de sundhedsprofessionelles oplevelser af Min PROfil belyser denne problemstilling yderligere (kapitel 6).
- Borgerne oplever det som meningsfuldt at besvare PRO-spørgeskemaer før de skal i gang med en forebyggelses- og rehabiliteringsindsats. Samtidig oplever de, at PRO understøtter en dialog, der tager udgangspunkt i den enkeltes oplevede behov. Resultaterne er i overensstemmelse med flere af fundene fra delstudie II, der kvalitativt belyser borgernes oplevelser (kapitel 5). Ved udvikling af PRO-baserede interventioner er det væsentligt, at alle involverede parter (borgere og sundhedsprofessionelle) gøres opmærksomme på 'den andens perspektiv' tidligt i udviklingsfasen.

5 Borgerperspektivstudiet

5.1 Baggrund

Undersøgelser viser, at systematisk brug af PRO potentielt kan styrke kvaliteten af patientforløb, også set fra patienternes perspektiv. Således viser flere nationale og internationale undersøgelser, at processen med at indrapportere og drøfte PRO-data kan give patienter en større viden om og forståelse for deres helbred, forbedre deres livskvalitet og styrke deres tilfredshed med forløbet (6, 7, 17); ligesom undersøgelser har vist, at PRO, set fra patienters perspektiv, kan styrke kommunikationen med og relationen til de sundhedsprofessionelle (18). Undersøgelser viser imidlertid også, at det at implementere PRO i patientforløb kan frembringe negative oplevelser hos patienten, fx i form af uindfrie forventninger, øget bekymring, uønsket indsigt og en oplevelse af at få pålagt et ansvar, man ikke har bedt om (18, 19).

Størstedelen af disse undersøgelser er foretaget inden for hospitalsregi, hvor man, sammenlignet med kommunerne, har en længere tradition for at bruge PRO i patientforløb. Viden om borgeres oplevelse af at bruge PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser er sparsom, men vigtig, da en sådan viden kan bidrage til en bedre forståelse af, hvad der skal til for at skabe en meningsfuld og effektiv brug af PRO i en kommunal kontekst.

5.1.1 Formål

Det overordnede formål med at undersøge borgernes oplevelser har derfor været at skabe viden om, hvordan borgerne oplever at bruge Min PROfil. Herunder deres perspektiver på potentialer og udfordringer forbundet med at bruge PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

5.2 Metode

Datagrundlaget for borgerperspektivstudiet er indhentet via opfølgende interview med 17 borgere fra de tre udvalgte case-kommuner. Formålet med at interviewe borgerne over tid var at få en bedre forståelse af, hvad det betyder for dem at få vist og have en dialog om Min PROfil både før og efter deltagelse i en forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats. Udvælgelsen af deltagere var formålsbestemt, idet vi sigtede efter at inkludere borgere, der repræsenterede spredning i henvisningsdiagnose, PAM-niveau, alder og køn (se tabel 3). På grund af COVID-19-pandemien og tilhørende restriktioner blev ca. halvdelen af interviewene foretaget online eller telefonisk, mens 14 foregik hjemme hos borgerne eller i sundhedscentret. Til støtte for interviewene anvendte vi en semistruktureret interviewguide. Udformningen af interviewguiden var baseret på eksisterende forskningsbaseret viden på PRO-området, input fra følgegruppen samt erfaringer fra MoEva 2.0-kommunerne. Alle interview blev foretaget af en erfaren kvalitativ forsker og blev optaget som lydfiler og ordret transskriberet. Data blev håndteret og analyseret i det kvalitative softwareprogram NVivo. De kvalitative data blev analyseret via tematisk analyse (20). Formålet med den tematiske analyse er at strukturere og meningsgive kvalitative data ved at identificere og kategorisere de temaer, der dukker op i data.

5.3 Deltagere

I alt 17 borgere fra de tre case-kommuner har deltaget i interview om brug af Min PROfil i forbindelse med deltagelse i en forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats. Der blev i alt gennemført 30 semi-strukturerede interview med deltagerne. For syv af de inkluderede borgere blev der ikke gennemført et opfølgende interview, da borgeren enten var blevet syg, ikke var startet på forløb eller ikke lod sig træffe. Endelig blev der gennemført et ekstra opfølgende interview med tre borgere, idet de ikke havde fået udleveret eller gennemgået deres PROfil i forbindelse med afslutning af forløb.

Tabel 3. Beskrivelse af deltagere i interview

	Informanter
Inkluderede	17 (%)
Køn	
Kvinde	6 (35)
Mand	11 (65)
I alt	17 (100)
Alder	
16-39 år	- (0)
40-49 år	1 (6)
50-59 år	3 (18)
60-69 år	8 (47)
70-79 år	3 (18)
80 til maks.	2 (12)
I alt	17 (100)
Primær henvisningsdiagnose	
KOL	2 (12)
Diabetes	3 (18)
Kræft	7 (41)
Andet	5 (29)
I alt	17 (100)
PAM-niveau	
1	3 (18)
2	6 (35)
3	5 (29)
4	3 (18)
I alt	17 (100)

5.4 Resultater

Overordnet viser analysen, at borgerne har positive erfaringer med brugen af PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Trods mange spørgsmål opleves det relevant at bruge tid på at besvare PRO-spørgeskemaerne, da det ses som en forberedelse til sundhedssamtalerne. Samtidig viser analysen, at god rammesætning er en forudsætning for, at borgerne forstår meningen med og betydningen af PRO. I dialogen om PRO oplever borgerne at få mere indsigt i egne ressourcer og eventuelle sundhedsudfordringer i hverdagslivet. Analysen viser endvidere, at PRO i sig selv kan sætte tanker i gang hos borgerne og potentielt medvirke til ændringer af sundhedsvaner og personlige forhold. I materialet ses

også udfordringer forbundet med brugen af PRO. De udfordringer, som borgerne peger på, synes ikke at være relateret til PRO-redskabet i sig selv, men vedrører snarere konteksten, hvori PRO udspiller sig. I analysen identificerede vi to temaer, der belyser aspekter ved brugen af PRO, og som der er af betydning for borgerne, når PRO bruges i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser: 1) at udfylde PRO, 2) dialog og feedback på PRO i sundhedssamtaler. I det følgende beskrives udfordringer og potentialer relateret til de to temaer.

5.4.1 At udfylde PRO – udfordringer

Usikker rammesætning

Analysen peger på, at det af nogle borgere opleves som svært og utrygt at udfylde PRO-spørgeskemaerne. Det udfordrer borgerne, når det ikke er tydeligt, hvad formålet med spørgeskemaerne er. Analysen viser, at det for borgerne ikke er tydeligt, at PRO indgår som en del af deres sundhedstilbud, og at PRO bruges som et fælles redskab til at afdække ressourcer og udfordringer samt til at afklare/fastsætte mål. Borgerne er usikre på, om og hvordan besvarelserne skal bruges i en forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats, eller om det primært er en nødvendighed og en form for adgangsbillet for at få lov til at deltage.

Svært at vurdere, hvor krydset skal sættes

Analysen viser, at mange borgere oplever usikkerhed i forbindelse med udfyldelse af PRO-spørgeskemaet, da de synes, det er svært at vide præcis, hvordan de skal vurdere de enkelte spørgsmål. De er usikre på, hvad de skal fokusere på i besvarelsen - om det er deres aktuelle sygdom/sundhedsproblem eller en mere generel helbredsstatus, de skal tænke på. Nogle spørgsmål opleves kringledede, ligesom det kan være svært at vælge en svar-kategori, der passer med vurderingen af eget funktionsniveau/helbredsstatus, når dags-formen svinger. Borgerne frygter, at mere akutte problematikker kan give misvisende PRO-besvarelser. En 68-årig mand, der er henvist til et vægtstophold, fortæller:



Da jeg skulle udfylde det her spørgeskema, der havde jeg det simpelthen helt ad pommeren til på grund af hånden, fordi jeg kunne ingenting. Min kone måtte nærmest give mig tøj på. Og det påvirkede mit mentale helbred, men det har jo egentlig ikke noget at gøre med, at jeg er fed ... Altså det er jo to forskellige ting. Det er svært at fortælle i et spørgeskema.

Mangel på mulighed for at forklare/uddybe

Borgerne oplever at PRO kan give et forsimplet billede af deres situation. Analysen viser, at borgere finder at PRO i sig selv er mangelfuld i forhold til at forstå, hvilke forhold der påvirker den enkeltes sundhed og trivsel i hverdagslivet. Fx problematiserer flere borgere det forhold, at coronapandemiens negative indflydelse på deres sociale funktionsniveau, ikke afspejles i PRO. Borgerne peger på, at et fritekstfelt, der giver mulighed for at forklare situationen, vil gøre det nemmere at få lavet en meningsfuld PROfil, som man kan se sig selv i, og som bidrager med et klarere billede til den sundhedsprofessionelle.

PRO tager tid

Flere borgere oplever, at det tager forholdsvis lang tid at udfylde PRO-spørgeskemaerne, fordi det ikke bare er noget, man kan løbe hurtigt igennem. Det er spørgsmål, der kræver eftertænkning. Hvis man ikke er forberedt på at skulle bruge god tid på spørgeskemaerne, bliver besvarelsene mere venstrehåndsagtige og noget, der blot skal overstås. Nogle borgere har, qua deres forståelse for spørgeskemateknik, opmærksomhed på, at der skal være en rød tråd gennem hele deres besvarelse, og bruger derfor meget lang tid på at gå tilbage og tjekke, at der er sammenhæng i deres besvarelse.

5.4.2 At udfylde PRO – potentialer

Det er meningsfuldt

Analysen viser, at borgerne oplever det meningsfuldt at udfylde PRO-spørgeskemaerne. Det sætter tanker og refleksioner i gang og tilskynder den enkelte til at mærke efter og være ærlig omkring, hvordan han/hun har det - også i forhold til følsomme emner. Analyserne viser dog også, at det kan være hårdt at besvare PRO-spørgeskemaerne, fordi man bliver tvunget til at reflektere over noget, som er svært/bekymrende. En 57-årig mand fortæller:



Jeg kan ikke lige huske, hvordan spørgsmålene de var, men jeg kom i hvert fald til at reflektere over, at der var sgu for mange aftener, jeg følte mig, og også endnu føler mig, ensom og alene. Og der kan jeg sgu godt mærke, at der bliver jeg sgu rørt engang imellem.

I analysen ses det, at borgerne anerkender nødvendigheden af mange spørgsmål for at komme hele vejen rundt og få en 360 graders-vurdering. Det opleves som en proces, der giver større indsigt i egne sundhedsudfordringer og hjælper borgerne til at skille problemerne ad. Der er en forståelse for, at de sundhedsprofessionelle har brug for at få et nuanceret billede af status i forhold til den enkeltes helbred og trivsel, for at kunne tilrettelægge indsatser baseret på borgernes behov.

At udfylde PRO-spørgeskemaer giver betænkningstid og forbereder borgeren

Analysen viser, at det at udfylde PRO-spørgeskemaer giver borgerne en oplevelse af at få betænkningstid. Det opleves som positivt at blive stillet spørgsmålene på forhånd, så de har tid til at overveje deres svar. Modsat, hvis de blot blev stillet spørgsmålene under samtalen, har de i forbindelse med udfyldelse af PRO-skemaet bedre mulighed for at overveje deres svar. Ifølge analysen betyder det, at flere borgere føler sig bedre klædt på til samtalen og oplever således PRO som en relevant forberedelse til sundhedssamtalen, både for dem selv og for de sundhedsprofessionelle. På denne måde bidrager PRO til øget aktivering/involvering af borgerne i deres forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats.

Sætter forventninger i gang

I analysen fremhæves det, at det at udfylde PRO-spørgeskemaer for mange borgere afstedkommer en række positive forventninger til sundhedssamtalen/-forløbet. Borgerne forventer, at de sundhedsprofessionelle har sat sig ind i deres besvarelse og dannet sig et overblik over deres situation. De forventer, at PRO-besvarelsen bliver inddraget i samtalen,

og at de får mulighed for at uddybe deres PRO-besvarelse. Borgerne ser frem til samtalen, og glæder sig til at få feedback på deres PRO-besvarelse. Flere borgere forventer også, at der bliver taget hånd om de problemer, der fremgår af PRO-besvarelsen. Det, at PRO sætter specifikke forventninger i gang hos borgerne, betyder, at de får bedre forudsætninger for at efterspørge ting i samtalen.

PRO som facilitator for forandring

At udfylde PRO-spørgeskemaerne og vide, at man skal deltage i sundhedsforløb, giver for nogle borgere anledning til, at de påbegynder små forandringer i deres hverdag, fx spise lidt anderledes, forholde sig til noget i hjemmet, der påvirker ens mentale trivsel eller gå ture i al slags vejr. PRO-besvarelser opleves som en støtte i forhold til at forholde sig til sin situation, hvilket styrker den enkeltes motivation for at lave forandringer. På den måde synes det at udfylde PRO, at styrke borgernes aktive involvering/empowerment.

PRO kan ikke stå alene. Analysen viser, at det at udfylde PRO-spørgeskemaerne kan give indsigt og motivation, men skal følges op med konkret hjælp eller initiativer, hvis potentialet skal udfoldes.

5.4.3 PRO i sundhedssamtaler - udfordringer

Alle borgere udtrykker ønske om, at PRO følges op med dialog. Ingen af de borgere, der har oplevet, at deres PRO-besvarelser er blevet inddraget i sundhedssamtalen, kan pege på udfordringer i relation til dette. De udfordringer, der er i forhold til PRO i samtalen, synes at knytte sig til fravær af inddragelse af PRO og manglende adgang til egen besvarelse inden samtalen.

Manglende adgang til egen besvarelse

En gennemgående udfordring er borgernes manglende adgang til deres egen PROfil, når først de har indsendt besvarelsen. Mange borgere udtrykker ønske om at kunne tilgå deres PROfil inden samtalen. Dette ville ifølge borgerne give dem mulighed for endnu bedre at kunne forberede sig, da det ville give dem mulighed for inden samtalen at overveje, hvad de måtte have brug for at få uddybet eller forklaret.

Manglende eller minimal inddragelse af PRO i samtalen

Analyserne viser, at borgerne oplever, at PRO ikke fylder meget i sundhedssamtalen, og at besvarelser kun i mindre grad er blevet brugt. Borgerne synes, det er ærgerligt, at der ikke er mere dialog om deres besvarelser, både fordi de ønsker at få lov til at uddybe og nuancere deres svar for at blive klogere på deres helbredsproblemer og fordi de har brug for at forstå, hvor de ligger i forhold til baggrundsbefolkningen. Mere dialog om borgerens PRO kan ifølge borgerne betyde, at det ønske, de har, for at være med til at sætte dagsordenen for samtalen styrkes og der skabes automatisk fokus på særlige områder, hvor de oplever at være belastet/udfordret. Mange borgere mangler feedback og forklaring på udviklingen af deres PROfil over tid, såvel ved fremgang som ved tilbagegang. De har ønske om at forstå mekanismerne bag, så de kan få indsigt i, hvad de selv kan arbejde videre med på sigt. En mand forklarer:



Hvis jeg går ind og kigger på den fra første gang og den fra sidste gang, så kan jeg jo godt se selv, hvor jeg har flyttet mig, men der, de ved måske nogle ting, som jeg ikke ved, hvad er det for nogle mekanismer, der er gået i gang her, og hvorfor har det ændret sig på den måde? Det kunne jeg måske godt have tænkt mig, og hvad er det jeg skal arbejde videre med? Her kan jeg godt se, jamen, her er det gået lidt nedad, hvordan fanden kommer jeg så op igen, fx ikke, at man ikke selv skal finde ud af det. Det ville have været dejligt.

5.4.4 PRO i sundhedssamtaler – potentialer

Borgerne oplever deres PRO-besvarelser som den overordnede fortælling om deres sundhed og trivsel, der så bliver udfoldet gennem sundhedssamtalen.

PRO kvalificerer sundhedssamtaler

Analysen viser, at PRO sætter borgerne i stand til at gennemføre sundhedssamtalen på et reflekteret niveau, fordi de har været igennem spørgsmål om deres sundhed og trivsel, og dermed har haft tid til at tænke over og forholdtesig til det. Det giver tryghed for borgerne, at den sundhedsprofessionelle kender lidt til dem via PRO, og bedre kan fokusere samtalen til den enkeltes situation. En kvinde forklarer:



Det har stor betydning at de egentlig kender mig inden jeg kommer. De har sat sig ind i, hvem jeg er. De har nogle forventninger til, hvad problemet på det her er, altså hvad er årsagen til det her.

Analysen viser også, at PRO bidrager til et fælles videns- og refleksionsrum. Når PRO inddrages i samtalen, oplever borgerne, at deres vurderinger og perspektiver understøtter og indgår sammen med den sundhedsfaglige viden. Herved hjælper Min PROfil med at bestemme udgangspunktet for samtalen og støtter dialogen om sundhedsmæssige mål i forhold til at få en bedre hverdag med øget egenomsorg og en højere livskvalitet.

Mange borgere oplever PRO som en god samtale-åbner. Ifølge borgerne kan PRO-besvarelsen fungere som en slags dagsorden, som sikrer, at der bliver sat lys på relevante emner og fokuseret på de steder, hvor der er problemer. *Det gør den samtale man skal have lettere og det gør den faktisk også kortere, fordi man kan gå til stålet med det samme*, forklarer en 80-årig mand i et kræftrehabiliteringsforløb.

PRO-dialog giver indsigt og tryghed

I analysen ses det, at de sundhedsprofessionelles oversættelse og forklaring af borgerens PRO giver borgerne en større forståelse for deres helbredssituation. Det giver tryghed for borgerne, når de sundhedsprofessionelle sætter den enkeltes PRO-besvarelse i perspektiv og fx forklarer, at et nedsat funktionsniveau vil være forventeligt med de aktuelle helbredsproblemer. I dialogen med den sundhedsprofessionelle bliver borgerens udgangspunkt tydelig og anerkendt, og det kan opleves som en hånd i ryggen i forhold til at lave forandringer.

PRO som facilitator for forandring

Analysen viser, at dialog om PRO-besvarelsen ved den afklarende sundhedssamtale hjælper borgerne til at få større indsigt i egne ressourcer og udfordringer og øger motivationen for forandringer. Borgerne oplever, at dialogen om deres PRO-besvarelse giver et mere nuanceret billede af, hvad man kan gå i gang med at ændre i dagligdagen under hensyntagen til helbredsmæssige begrænsninger.

I opfølgende sundhedssamtaler oplever borgerne det meget positivt at se på udviklingen i deres PRO-besvarelse over tid. Det ses som en anledning til at stoppe op og reflektere over forandringer, både i forhold til fremgang og eventuel tilbagegang. Gentagen feedback på PRO-besvarelser medvirker til at støtte ønsker om at fastholde en udvikling. En kvinde forklarer:



Hvis jeg bliver målt igen, som vi gør om tre måneder, så kan jeg sige: Nåede jeg så de mål, jeg gerne ville? De forventninger jeg havde, blev de indfriet. Eller hvor smuttede det for mig? Det der, at man bliver målt igen om tre måneder og om et år, jamen så får man noget man kan bruge ... det kan være, man skal gøre det hvert andet år for at fastholde.

5.5 Opmærksomhedspunkter til fremtidig udvikling og implementering

Med afsæt i de empiriske analyser har forskergruppen udledt følgende opmærksomhedspunkter i forhold til at understøtte involvering og empowerment af borgerne i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser med aktiv brug af PRO.

Information og vejledning

- Tydelig rammesætning af PRO-løsningen er afgørende for, at det af borgerne opleves meningsfuldt at anvende PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.
- Giv en grundig vejledning i, hvordan skemaet udfyldes. Forklar hvorfor de enkelte PRO-spørgsmål er valgt, så borgeren kan forstå, hvordan det hænger sammen med den forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats borgeren skal påbegynde.
- Læg vægt på, at det er borgerenes egne vurderinger, der skal ligge til grund for besvarelserne, og forbered dem på, at det nogle gange kan være vanskeligt at vurdere ens helbredsstatus, når dagsformen svinger.

Forventningsafstemning

- Informer borgerne om, hvorfor PRO-løsningen indgår i forløbet og tydeliggør, hvordan besvarelserne vil blive anvendt.
- Forbered borgerne på, hvor lang tid, de kan forvente, at det tager at udfylde PRO-skemaerne.

- Forbered borgerne på, at det at udfylde PRO-spørgeskemaer kan sætte tanker i gang om svære eller bekymrende ting, og lad dem vide, at der i mødet med de sundhedsprofessionelle vil være mulighed for at drøfte sådanne oplevelser. Anbefal evt. borgerne at drøfte spørgsmålene med deres pårørende/nærmeste.

PRO-løsningen og IT-systemet

- Indfør et fritekstfelt, så borgerne har mulighed for at forklare eller tilføje kommentarer til deres PRO-besvarelse. Opsæt IT-systemet, så borgerne automatisk får feedback på, at deres besvarelse er modtaget af sundhedscentret. Giv borgerne adgang til egne PRO-data, så de kan se deres samlede besvarelser og evt. bruge dem som forberedelse til sundhedssamtalen.

PRO-dialog

- Giv altid borgerne feedback på PRO-besvarelsen, hvis de ønsker det. Tag gerne afsæt i et sted med ressourcer og potentialer i samtalen omkring PRO-besvarelsen. Efterspørg borgerens forklaringer på PRO-besvarelsne. Vær opmærksom på at åbne for dialog om alle PRO-spørgsmål, også områder uden problematikker, set fra et sundhedsfagligt perspektiv, så borgerne får mulighed for at drøfte de emner, som de måtte have brug for.

6 Organisationsstudiet

6.1 Baggrund

PRO tilskrives en række forventede positive effekter på både borger- og organisatorisk niveau. Dog peger flere studier på, at PRO ikke er en selvvirkende mekanisme, der fungerer passivt af sig selv og automatisk styrker kvaliteten af sundhedsydelser (17). Hvis potentialet ved PRO skal realiseres, er det afgørende, at ideen om PRO vinder indpas blandt relevante aktører i organisationen. Vi ved fra institutionel teori, at nye tiltag ikke automatisk og ukritisk optages og integreres i organisationer (21). De nye tiltag oversættes, formes og ændres under implementeringsprocessen (22). I Min PROfil er det frontlinje sundhedsprofessionelle i de kommunale sundhedstilbud, der er ansvarlige for den daglige anvendelse af PRO i sundhedssamtaler med borgere, der deltager i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Det er desuden anerkendt i litteraturen, at professionelle er centrale drivere af forandringsprocesser (23, 24). Det er derfor centralt at udforske netop deres perspektiver på og brug af borgernes PRO med henblik på at identificere potentialer og udfordringer.

6.1.1 Formål

Det overordnede formål med den organisatoriske undersøgelse har derfor været at skabe viden om, hvordan sundhedsprofessionelle forstår og håndterer Min PROfil i mødet med borgere med kroniske sygdomme i en kommunal hverdagspraksis.

6.2 Metode

Datagrundlaget for den organisatoriske undersøgelse er indhentet via observationer, fokusgruppinterview og enkeltmands-interview i de tre midtjyske case-kommuner. Data består af 11 deltagerobservationer under sundhedssamtaler mellem borgere og sundhedsprofessionelle, tre fokusgruppinterview med sundhedsprofessionelle samt 15 individuelle, semistrukturerede interview med sundhedsprofessionelle. Hovedprofessionerne blandt de inkluderede sundhedsprofessionelle var sygeplejersker, fysioterapeuter og kliniske diætister.

En styrke ved dataindsamlingen er det triangulerende design, hvor data er blevet indhentet og belyst via flere metoder (25). Ved at sammenligne, hvordan frontpersonalet bruger Min PROfil i konkret praksis med deltagende borgere, har det været muligt at skabe en bredere analytisk og konceptuel forståelse af hvordan en hverdagspraksis med Min PROfil forstås og håndteres, både i det enkelte møde med borgeren og i det arbejde, der ligger rundt om borgeren i de kommunale sundhedscentre. Data er analyseret ved hjælp af tematisk analyse (se uddybende beskrivelse af tematisk analyse i kapitlet om borgeroplevelser) og alle interview er samlet og kodet i softwareprogrammet NVivo 12.

6.3 Resultater

Overordnet viser analysen, at de sundhedsprofessionelle har oplevet det som en stor omvæltning at skulle integrere Min PROfil i den sundhedspædagogiske praksis. I analysen ses det, at de sundhedsprofessionelle både peger på potentialer og udfordringer forbundet med brugen af Min PROfil.

6.3.1 Potentialer

I dette afsnit præsenteres de potentialer, som personalet har identificeret i forbindelse med at bruge Min PROfil i deres sundhedspædagogiske praksis. Som nævnt i ovenstående afsnit er det vigtigt at bemærke, at skønt der her omtales potentialer i forhold til brug af PROfilen, skal disse potentialer fortsat ses i lyset af, at personalet i analysen overvejende betoner det som et udfordrende arbejde at anvende PRO som en del af deres praksis omkring borgeren og i det konkrete møde med borgeren.

PRO som facilitator for svære emner

I analysen fremhæves Min PROfils faciliterende evne som et væsentligt potentiale blandt de sundhedsprofessionelle. Facilitering skal her forstås som evnen til at kunne levere relevante informationer om intime og svære emner, som ellers kunne være svære at rejse for de sundhedsprofessionelle. I materialet betones det, at Min PROfil har potentialet til at agere som en dåseåbner for samtalen og sikre, at det, der er nødvendigt at få drøftet i samtalen, også bliver italesat og håndteret. I analysen fremhæves Min PROfil eksempelvis som givende muligheden for at tale om et muligt følsomt ensomhedsproblem, hvilket ellers ville kunne opleves som grænseoverskridende at bringe på bane som sundhedsprofessionel.



Min PROfil gør, at der kan være nogle følsomme emner, der ellers kan være svære at komme ind på, nu er lidt nemmere at snakke om, fordi man ligesom er klædt lidt på inden. Så det synes jeg så absolut er en god styrke ved at indhente noget data inden en samtale. (...) Min PROfil har hjulpet mig til at blive bedre til det der med de følsomme emner.

Faglighed: oplyser og legitimator (blinde vikler og formodninger)

Det understreges også i materialet, at Min PROfil opleves som et brugbart værktøj til at afdække særlige problemstillinger, som ellers ville kunne blive overset. Blandt de sundhedsprofessionelle opleves en stærk faglighed som en væsentlig komponent i det gode møde med borgeren. Men det betones i interview, at det at besidde en stærk faglighed ikke garanterer, at man som sundhedsprofessionel er fri for blinde vinkler i sit samspil med borgeren. Her kan Min PROfil være med til at yde støtte, så problemstillinger ikke overses.

Det understreges desuden som et potentiale ved Min PROfil, at den kan støtte og underbygge den professionelle vurdering i mødet med borgeren ved at tilbyde videnskabelighed, så vurderingen ikke opleves som en formodning.



Selvom vi siger, at vi har borgerne i centrum, og vi tager udgangspunkt i de behov, som de nu måtte have, så står man alligevel som sundhedsfaglig måske med nogle blinde vinkler og får ikke afdækket alt. Og der tænker jeg, at spørgeskemaet er et supplement til at sætte lys på problemstillinger, som borgerne har.

Forberedelsesværktøj

I forbindelse med forberedelsen til mødet med borgeren oplever nogle sundhedsprofessionelle Min PROfil som havende særlige potentialer. Materialet understreger her, at Min PROfil blandt nogle gør forberedelsen mere overskuelig, fordi den samler oplysningerne et centralt sted, hvilket kan smidiggøre forberedelsesprocessen. Det betones ydermere blandt nogle sundhedsprofessionelle, at Min PROfil kan være med til at sikre, at man opnår et generelt større kendskab til problematikker hos borgeren og derfor kan sikre, at forberedelsen stemmer overens med disse. Dette kan ifølge nogle af de sundhedsprofessionelle sikre, at samtalen bliver mere fokuseret og dermed tættere i tråd med borgerens udfordringer og behov.



Så ud fra den (Min PROfil) har jeg lidt mere idé om, hvilken retning samtalen måske går i, og hvilke spørgsmål jeg skal stille for at finde ud af, hvordan er det, jeg hjælper den borger bedst, og hvad er det de har brug for. Og der kan jeg godt lide den udvikling, at jamen vi indhenter noget data, så vi er bedre klædt på til mødet med borgeren.

Visuel markør

Flere sundhedsprofessionelle i undersøgelsen understreger, at Min PROfils potentialer i høj grad knytter sig til dens visuelle udformning. Det betones, at brugen af bobler m.m. i fremstillingen af resultater tydeliggør udvikling, både af positiv og negativ karakter, og at dette opleves som understøttende for borgernes erkendelsesproces. I interview italesættes Min PROfils evne til at visualisere succes som et særligt potentiale i forhold til borgernes forløb. Det understreges, at borgere, der gennemgår et forløb, periodevis kan overse de væsentlige fremskridt, som de måtte gøre sig. Her opleves den Min PROfils visuelle præsentation af resultater som en stærk hjælper til at erkende succes.

Kontekstuel sammenligning

Det understreges i interview med de sundhedsprofessionelle, at Min PROfils potentialer i borgerens erkendelsesproces i høj grad opleves som knyttet til kontekst. Hvor Min PROfil blandt flere sundhedsprofessionelle italesættes som værende abstrakt at forholde sig til ved det indledende møde med borgeren, da betoner de også, hvordan det at bruge Min PROfil efter et gennemført forløb opleves som særligt gunstigt og understøttende for borgerens erkendelsesproces. Dette fordi forløbet opleves som givende borgeren en kontekst, der mere konkret kan tydeliggøre, hvor der praktisk er opnået ressourcer, og hvor der stadig er udfordringer at arbejde med.

6.3.2 Udfordringer

I dette afsnit præsenteres de mest fremtrædende udfordringer, som de sundhedsprofessionelle har identificeret i forbindelse med at integrere Min PROfil i den kommunale sundhedspraksis. I analysen ses det, at de sundhedsprofessionelle peger på en række forskelligartede udfordringer. Materialet afslører, at de sundhedsprofessionelle generelt oplever det som vanskeligt at integrere PRO, både i relation til at bruge PRO i arbejdet rundt om borgerne, men særligt synes der at være udtalte udfordringer forbundet med at bruge PRO i det konkrete møde med borgerne.

Bekymring på borgernes vegne

I analysen ses det, at størstedelen af de sundhedsprofessionelle frygter, at det af borgerne opleves som en stor belastning at udfylde PRO-spørgeskemaerne. Materialet understreger, at de sundhedsprofessionelle anser PRO-spørgeskemaerne, der ligger til grund for Min PROfil, som værende komplekse og omfangsrige. Flere sundhedsprofessionelle udtrykker endvidere tvivl om, hvorvidt man (som sundhedscenter) kan tillade sig at bebyrde borgerne med disse skemaer. Særligt spørgsmål omkring helbredsrelateret egenomsorg opfatter de sundhedsprofessionelle som værende for svære for borgerne at svare på.

Min PROfil kan spænde ben for en ligeværdig relation og en god dialog

Som en af de mest fremtrædende udfordringer ved at bruge Min PROfil fremhæves risikoen for at redskabet forringer relationen og kommunikationen mellem borger og sundhedsprofessionel. De sundhedsprofessionelle oplever, at det at inddrage Min PROfil i sundhedssamtalerne til tider kan skabe en afstand mellem dem og borgerne. Flere sundhedsprofessionelle oplever den printede profil som et kunstigt fælles tredje, der med sine tal, grafer og kasser, spolerer den umiddelbare og direkte relation mellem dem og borgerne. Analysen viser, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for, at et for stort fokus på PROfilen kan give borgerne en følelse af, at de sundhedsprofessionelle er mere optaget af at referere til PROfilen end af at lytte til borgerens oplevelser og bekymringer. I forlængelse heraf viser materialet, at mange sundhedsprofessionelle oplever Min PROfil som forstyrrende for samtalen. De sundhedsprofessionelle peger på, at borgerne skal have plads og rum til at udfolde sig, og at borgerne skal mødes med åbenhed og nysgerrighed, hvilket det standardiserede PRO-redskab besværliggør.



Man bliver hurtigt farvet af besvarelsen, og så møder man ikke borgeren åbent. Og det synes jeg simpelthen er vores fornemmeste opgave: at få de briller taget af og møde dem med respekt og se dem helt åbent og så bare lytte til det, de kommer med.

Med PRO følger fokus på problemer og udvikling

I analysen bliver Min PROfils fokus på problemer og helbredsstatus fremhævet som en betydelig udfordring. På tværs af interview betones det, at profilens indlejrede fokus på problemer, helbredsstatus og udvikling kan opfattes som modstridende i forhold til de værdier, man arbejder ud fra i den sundhedspædagogiske praksis. Materialet påpeger, at profilen opleves ikke at passe ind i den sundhedsfremmende kommunale praksis, hvor målet er at opbygge/skabe trivsel og sundhed med udgangspunkt i borgerenes ressourcer. På tværs af interview italesættes bekymringer for, at PROfilens fokus på udvikling kan virke demotiverende på borgerne. Flere sundhedsprofessionelle udtrykker således bekymring for, at Min PROfil ikke opfanger og afspejler de små skridt, borgerne har taget i retning af bedre trivsel/sundhed. De frygter, at de små men betydningsfulde forbedringer, borgeren har gjort, ikke fanges af PROfilen. De sundhedsprofessionelle fremhæver, at PROfilens indlejrede fokus på status og udvikling fjerner fokus fra borgerens ressourcer og små sejre.



På en måde synes jeg, at der ligger en form for bedømmelse eller vurdering i Min PROfil. Altså de får jo et tal og det er jo klart. Jamen det er da bedre at ligge på 68, end det er at ligge på 29, så man får sådan en vurdering af jamen, hvor er du egentlig henne. Og det synes jeg går sådan lidt imod det, vi egentlig ellers arbejder med, fordi vi ønsker faktisk ikke at vurdere dem.

Min PROfil som et påtvunget ikke-efterspurgt redskab

I materialet fremgår det, at aspekter af Min PROfil af mange sundhedsprofessionelle opfattes som et både påtvunget og ikke-efterspurgt redskab. Analysen viser, at særligt i relation til Min PROFils dialogstøttende aspekter oplever de sundhedsprofessionelle at være blevet pålagt et redskab, de ikke følte, de manglende. Analysen viser, at flere sundhedsprofessionelle problematiserer, at der implementeres et redskab, hvis formål blandt andet er at styrke kommunikationen ind i sundhedssamtaler, hvor de i forvejen vurderede kommunikationen som værende af høj kvalitet. Materialet afslører, at implementering af dette ikke-efterspurgte redskab for flere sundhedsprofessionelle synes at give anledning til frustration og en følelse af/bekymring for, at man måske ikke gjorde det godt nok i forvejen.



Jeg tror, noget af det svære, det ligger i, at vi har sådan generelt rigtig mange års erfaringer med de her samtaler, så vi har ligesom udviklet den spørgeteknik eller den lytteteknik, som vi bruger over lang tid. Så det her med, at der pludselig kommer noget, som vi skal gøre. Vores måde at møde borgeren på, synes vi jo er meget bred, hvor spørgeskemaet gør det smallere. Og det tror jeg, vi føler begrænsende.

6.4 Opmærksomhedspunkter til fremtidig udvikling og implementering

- Vær opmærksom på at inddrage frontpersonale tidligt i udviklings- og implementeringsprocessen med henblik på at styrke ejerskab og opbakning til PRO-redskabet.
- Afdæk eksisterende kommunale værdier, metoder og arbejdsgange med henblik på at samstemme dem med brugen af PRO. Gennem en forståelse af, hvilke eksisterende værdier, metoder og arbejdsgange man står på, og som PRO-løsningen derfor skal implementeres ind i, bliver det muligt at samstemme dem og dermed skabe en PRO-praksis, der opleves at passe ind i organisationens arbejde.
- Vær opmærksom på systematisk at afdække borgernes oplevelser af at udfylde og bruge PRO. Sørg for løbende at give feedbacken tilbage til frontpersonalet, så disse har indsigt i, hvordan borgeren oplever at bruge PRO-redskabet.
- Det er essentielt, at der afsættes tilstrækkelig tid og ressourcer til at understøtte de sundhedsprofessionelles forberedelse med PRO.

7 Opsamling på de tre delstudier

De tre delstudier i følgeforskningen, der er gennemført i tilknytning til udvikling og implementering af Min PROfil, giver tilsammen viden om virkningen og betydningen af aktiv brug af PRO i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser vurderet af sundhedsfaglige medarbejdere og borgere fra en række jyske kommuner.

Spørgeskemastudiet viser, at der ikke er nogen statistisk signifikant forskel i helbredsrelateret egenomsorg mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen ved afslutning af indsatsen. Begge grupper oplever en signifikant stigning i PAM-score fra baseline til afslutning. Resultatet skal dog ses i lyset af, at kun lidt over halvdelen af borgerne i interventionsgruppen har set Min PROfil i forbindelse med en sundhedssamtale. Halvdelen af borgerne har således ikke fået interventionen, hvilket tyder på, at implementering og forankring af ny praksis stadig er i proces. Borgere, der har deltaget i interventionen, oplever det som meningsfuldt at besvare PRO-spørgeskemaer før sundhedssamtaler, og de har erfaring for, at dialogen med de sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i det, de kommer med.

Overordnet viser borgerperspektivet, at PRO hjælper borgerne med at få mere indsigt i egne ressourcer og sundhedsudfordringer og potentielt kan medvirke til ændringer i sundhedsvaner og personlige forhold. Det er dog vigtigt med en god rammesætning for at borgerne forstår meningen med og betydningen af PRO i den konkrete kontekst. Borgerne oplever, at PRO i sig selv kan give et forsimplet billede af deres situation. Først når PRO bruges som et fælles udgangspunkt i sundhedssamtaler, hvor erfaringsbaseret viden og ekspertviden lægges sammen, forløses potentialet, og der bliver mulighed for at fastsætte mål og forstå udviklingen over tid. Det blev i forbindelse med udviklingen af Min PROfil besluttet, at borgerne ikke skulle have adgang til deres egen PROfil hjemmefra. Undersøgelsen peger imidlertid på, at hvis Min PROfil skal være et fælles dialogredskab, der skal understøtte samarbejdet mellem borgere og sundhedsprofessionelle, så skal det også være tilgængeligt for borgerne.

Organisationsanalysen viser, at de sundhedsprofessionelle har oplevet det som en stor forandring at skulle integrere Min PROfil i deres sundhedspædagogiske praksis. Mens de sundhedsprofessionelle generelt oplever, at brugen af Min PROfil er udfordrende, anerkender de samtidig dens potentialer for at forbedre praksis og støtte til at sikre et mere fokuseret og tættere samarbejde med borgerne. Blandt andet peges på, at Min PROfil kan fungere som facilitator for svære eller følsomme emner, og som et værktøj til at afdække særlige problemstillinger. De betoner også, at Min PROfil kan støtte og underbygge den sundhedsprofessionelles vurdering i mødet med borgeren og fungere som et forberedelsesværktøj.

En af de mest fremtrædende udfordringer ved at bruge Min PROfil, set fra de sundhedsprofessionelles perspektiv, er risikoen for at dialogredskabet forringer relationen og kommunikationen i mødet, da det kan skabe en afstand mellem dem og borgerne. PROfilens visning af helbredsstatus ses som en problemfokuseret tilgang, der clasher med de sundhedspædagogiske værdier, man arbejder ud fra, og som tager udgangspunkt i borgerenes ressourcer.

På baggrund af fund og resultater fra de tre delstudier er der udarbejdet en række opmærksomhedspunkter, der kan tænkes med ind i det pågående arbejde med udvikling og implementering af kommunalt PRO.

8 Perspektivering

Min PROfil er et dialogredskab baseret på patientrapporterede oplysninger (PRO), der kan styrke borgernes aktive involvering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Følgforskningen har fulgt implementeringen af Min PROfil i en række jyske kommuner og kan bidrage med viden ind i fremtidig udvikling og igangsættelse af nye PRO-løsninger i det nære sundhedsvæsen. Resultaterne fra følgforskningen peger på væsentlige perspektiver, der kan overvejes.

8.1 Udvikling af PRO-løsninger

Udviklingen af PRO-løsninger kræver en bred inddragelse af alle relevante parter i alle faser af udviklingen. Det er vigtigt at involvere både borgere/patienter, ledere af sundhedstilbud, sundhedsprofessionelle, forskere og systemudviklere i udviklingsprocessen for at sikre, at løsningen i videst mulig udstrækning opfylder interessenternes behov og ønsker. At inddrage alle interessenter i udviklingen af PRO-løsninger kan hjælpe med at afværge misforståelser og barrierer i implementeringsprocessen og bidrage til styrket ejerskab og motivation i forhold til at skabe forandringer i praksis. En inddragende dialog kan bidrage til at afklare forventninger og bekymringer, så alle parter er klar over, hvad de kan forvente af løsningen, og hvordan den vil påvirke det sundhedspædagogiske arbejde. I en kommunal sundhedssektor er det endvidere relevant at have fokus på, at PRO-løsninger tager højde for, hvad der er relevante og vigtige aspekter i borgernes hverdagsliv som fx håndtering af egen sundhed og hverdag med sygdom. PRO-løsninger bør derfor være fleksible og til dels generiske, så de kan tilpasses forskellige målgrupper og kliniske kontekster. Et væsentligt element i udviklingen af en PRO-løsning er systemudviklingen. Det er af afgørende betydning at involvere udviklere og lokale superbrugere, der i fællesskab kan oversætte de sundhedsfaglige behov til konkrete løsninger, som understøtter implementeringen.

8.2 Implementering af PRO-løsninger

Følgforskningen viser, at der er brug for langt større opmærksomhed på implementeringen af PRO-løsninger for at sikre, at de anvendes i praksis. Det er et langt sejt træk at implementere en PRO-løsning og kræver opmærksomhed hos såvel ledelse som sundhedsprofessionelle. Implementering af PRO-løsninger kan understøttes af forskellige strategier, herunder kompetenceudvikling og træning af sundhedsprofessionelle, involvering af målgruppen i implementeringsprocessen samt ændring af organisatoriske strukturer og systemer. Ligeledes er det væsentligt løbende at fastholde fokus på, at anvendelse af PRO kræver en transformation af den sundhedsprofessionelle rolle, herunder samspillet med borgeren. Derudover kan borgernes feedback på PRO-besvarelser bidrage til at informere og forbedre sundhedsprofessionelles implementeringsindsats og sikre en mere personcentreret tilgang til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

8.3 PRO i en sundhedspædagogisk praksis

Sundhedsvæsenet står over for en vigtig opgave i både at forebygge og behandle kronisk sygdom og multisygdom. I kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser arbejdes der ud fra det positive brede sundhedsbegreb, deltagelse og involvering, handlekompetence og empowerment, viden og indsigt og endelig kontekst. For at sikre, at PRO bydes velkommen i den kommunale sundhedssektor, er det vigtigt, at PRO-løsninger tænkes ind i den

eksisterende praksis, der dels fokuserer på borgernes ressourcer og dels har sigte på at styrke borgernes sygdomshåndtering i hverdagsliv. At nå hertil kræver imidlertid en dybere forståelse af de underliggende logikker, som knytter sig til det at arbejde sundhedsprofessionelt i en kommunal kontekst. Logikker der ligger til grund for og som former forståelsen af det gode sundhedsprofessionelle arbejde med borgeren. Hvis PRO skal spille en aktiv rolle i en videreudvikling af den sundhedspædagogiske praksis er det derfor afgørende at sikre et løbende fokus på de logikker, der udgør det sundhedsprofessionelle værdigrundlag. Herunder fokus på at sikre fremadrettet aflæring og indlæring af elementer i den sundhedsprofessionelle praksis.

8.4 Forskning i PRO

Selvom resultaterne fra spørgeskemastudiet ikke viste signifikante forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppen, kan projektet stadig bidrage til at fremme fremtidig forskning på området. Ved at identificere og beskrive de faktorer, der påvirker PRO-indsatsers effektivitet og implementering, kan fremtidige studier undersøge disse faktorer mere systematisk og potentielt identificere nye måder at forbedre PRO-indsatser på.

9 Referencer

1. MoEva 2.0 - Monitorering og evaluering af kommunale og regionale sundhedstilbud: Defactum; [Available from: <https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>].
2. FDA. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:79.
3. Skovlund PC, Vind Thaysen H, Schmidt H, Alsner J, Hjollund NH, Lomborg K, et al. Effect of patient-reported outcomes as a dialogue-based tool in cancer consultations on patient self-management and health-related quality of life: a clinical, controlled trial. *Acta Oncologica*. 2021;60(12):1668-77.
4. Girgis A, Durcinoska I, Arnold A, Delaney GP. Interpreting and Acting on the PRO Scores From the Patient-reported Outcomes for Personalized Treatment and Care (PROMPT-Care) eHealth System. *Med Care*. 2019;57 Suppl 5 Suppl 1(Suppl 1):S85-S91.
5. Williams K Sansoni J, Morris D, Grootemaat P and Thompson C. Patient-reported outcome measures. Literature review. Sydney: ACSQHC; 2016.
6. Kotronoulas G, Kearney N, Maguire R, Harrow A, Di Domenico D, Croy S, MacGillivray S. What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. *J Clin Oncol*. 2014;32(14):1480-501.
7. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):211.
8. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-3.
9. Eriksen J, Bygholm A, Bertelsen P. The association between patient-reported (PROs) and patient participation in chronic care: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2022;105(7):1852-64.
10. Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012. Aarhus, Region Midtjylland: CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Kvalitetsudvikling Sundhed; 2013.
11. Larsen FB, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus, Region Midtjylland: DEFACTUM; 2018.
12. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res*. 2005;40(6p1):1918-30.
13. Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD. Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient Educ Couns*. 2017;100(7):1268-75.
14. Maindal HT, Sokolowski I, Vedsted P. Translation, adaptation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13) in a Danish version. *BMC Public Health*. 2009;9(1):209.
15. Norman DA. The design of everyday things. Revised and expanded edition. New York, NY: Basic Books; 2013.
16. Skovlund PC, Ravn S, Seibaek L, Thaysen HV, Lomborg K, Nielsen BK. The development of PROmunication: a training-tool for clinicians using patient-reported outcomes to promote patient-centred communication in clinical cancer settings. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4(1):10-.

17. Greenhalgh J, Dalkin S, Gooding K, Gibbons E, Wright J, Meads D, et al. Functionality and feedback: a realist synthesis of the collation, interpretation and utilisation of patient-reported outcome measures data to improve patient care. *Health Serv Deliv Res.* 2017;5(2).
18. Mejdahl C, Schougaard LMV, Hjøllund NHI, Riiskjær E, Thorne S, Lomborg K. PRO-based follow-up as a means of self-management support : an interpretive description of the patient perspective. *J Patient Rep Outcomes.* 2018;2(38).
19. Grove BE, Valen Schougaard LM, Ivarsen P, Hjøllund NH, de Thurah A, Mejdahl CT. Remote follow-up based on patient-reported outcomes in patients with chronic kidney disease: A qualitative study of patient perspectives. *PLoS One.* 2023;18(2):e0281393-e.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3(2):77-101.
21. Oliver C. Strategic responses to institutional processes. *Acad Manage Rev.* 1991; 16(1):145-79.
22. Sahlin K, Wedlin L. Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing. In: Greenwood R, Oliver C, Suddaby R, Sahlin K, editors. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism.* London: SAGE Publications Ltd; 2008.
23. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf).* 2015;37(4):716-27.
24. Burau V, Carstensen K, Lou S, Kuhlmann E. Professional groups driving change toward patient-centred care: interprofessional working in stroke rehabilitation in Denmark. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):662.
25. Wolcott HF. *The art of fieldwork.* 2. ed. Walnut Creek, CA: AltaMira Press; 2005.

10 Bilag

Bilag 1: Indsatsteori

Bilag 2: Vejledning til spørgeskemaet SF-12 om helbredsrelateret livskvalitet

Bilag 3: Vejledning til spørgeskemaet PAM-13 om helbred og egenomsorg

Bilag 4: Kompetenceudvikling

Bilag 5: PRO-flow i MoEva-kommunerne

Bilag 1. Indsatsteori

Aktører	Indikatorer	Aktiviteter	Umiddelbare Resultater	Mål
Voksne borgere med en kronisk sygdom eller et sundhedsproblem (der kan udvikle sig til en sygdom)	<ul style="list-style-type: none"> Den individuelle profil (kernedel + tilvalg efter behov) 	<ul style="list-style-type: none"> Individuelle samtaler med udgangspunkt i den individuelle profil (ved opstart, afslutning og ved et-års opfølgning) Patientuddannelsesforløb/ sundheds-tilbud Individuelt forløb Fysisk træning Digitalt forløb 	<ul style="list-style-type: none"> Refleksion over egen situation før opstart Bevidsthed omkring egne ressourcer Motivation for ændring af sundhedsvaner Viden om sygdom og sammenhæng til sundhedsadfærd Bedre sammenhæng mellem holdning til sundhedsvaner og egne handlinger Kan se egen udvikling 	<ul style="list-style-type: none"> Få det bedre i hverdagen/bedre livskvalitet (individuelle mål) Håndtere sygdom/sundhedsproblem(er) bedst muligt Mestre sundhedsudfordringer, også i belastede perioder
Sundhedsprofessionelle ansat på kommunale sundhedscentre.	<ul style="list-style-type: none"> Effekt på individ-, hold- og populationsniveau Evaluering af tilbud Baggrundsoplysninger Indsatsstyper 	<ul style="list-style-type: none"> Undervisning (faglighed og metode) Vejledning Samtaler Tværfagligt fokus 	<ul style="list-style-type: none"> Borgernes udfordringer, ressourcer, muligheder og motivation afdækkes Målinger understøtter dialogen med borgeren Ændringer/forbedringer synliggøres Faglighed/kvalitet understøttes Målstyring på individ- og holdniveau 	<ul style="list-style-type: none"> Bedre håndtering af sundhed og sygdom Borgerne skal finde aktiviteter, der giver mening for dem at fortsætte med Kvalitetsudvikling af praksis Flere henvisninger
Ledere, planlæggere og politikere	<ul style="list-style-type: none"> Baggrundsoplysninger Indsatsoplysninger Effekt på populationsniveau Population koblet op på HHDD 	<ul style="list-style-type: none"> Standardrapporter Årsopgørelse Nøgletal 	<ul style="list-style-type: none"> Rekrutteringsanalyse/De rette tilbud til de rette borgere 	<ul style="list-style-type: none"> Forbedre folkesundheden og sikre handlekompeterencer Mere sundhed for pengene Sekundær forebyggelse - forebygge udvikling af yderligere sygdomme Grundlag for udvikling/kvalitetssikring Målstyring Prioritering af ressourcer Benchmarking

Bilag 2. Vejledning til spørgeskemaet SF-12 om helbredsrelateret livskvalitet

Spørgeskemaet SF-12 om helbredsrelateret livskvalitet¹

Hvad er SF-12?

SF-12 er et redskab, der måler en persons selv vurderede helbred, funktionsevne og helbredsrelaterede livskvalitet. Man kan sige, at SF-12 er en omhyggelig måde at spørge en person: Hvordan har du det? SF-12 består af 12 spørgsmål, der fortæller noget om personens helbred, som han eller hun selv oplever det, og om helbredet begrænser udførelsen af fysiske aktiviteter og/eller samværet med andre mennesker.

SF-12 måler, hvordan den enkelte inden for de sidste fire uger har oplevet sin helbredsrelaterede livskvalitet inden for otte vigtige helbredsområder: 1) Fysisk funktion, 2) Fysisk betingede begrænsninger, 3) Fysisk smerte, 4) Alment helbred, 5) Energi, 6) Social funktion, 7) Psykisk betingede begrænsninger og 8) Psykisk trivsel. På hvert helbredsområde er der en højeste og laveste score. Den lavest mulige score for eksempelvis Fysisk funktion er 19 og betyder, at man er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, mens den højest mulige score, som er 56, betyder, at man ikke er begrænset i udførelse af almindelige fysiske aktiviteter. Den maksimale og minimale score varierer fra domæne til domæne. Se mere om betydningen af højeste og laveste score på SF12-skalaerne sidst i dokumentet.

Hvad kan SF-12 bruges til?

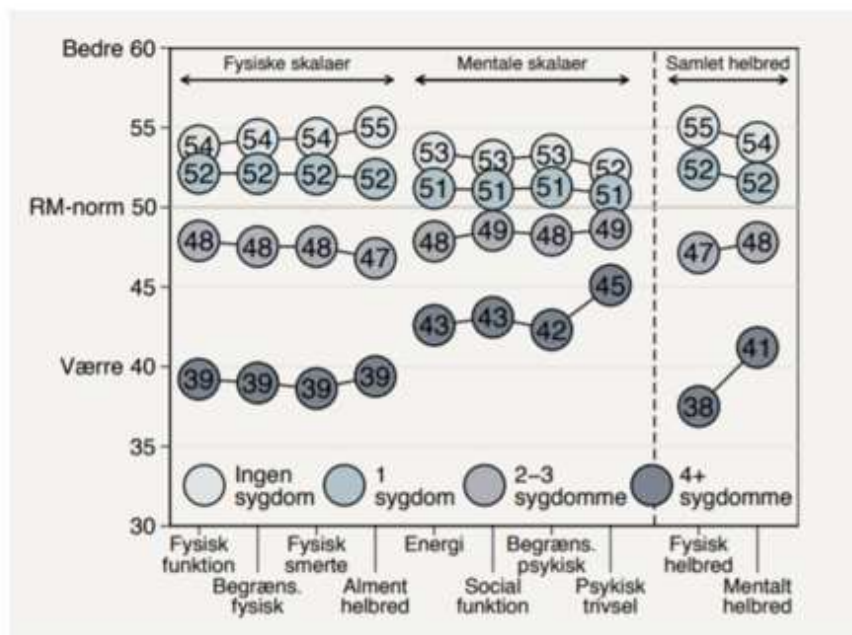
SF-12 kan bruges til flere forskellige formål og kan anvendes både på befolknings-, gruppe- og individniveau. På befolknings- og gruppeniveau anvendes SF-12 til monitorering, reference-data, evaluering og effektmåling (se tolkningsdokument). På individniveau kan SF-12 bruges som dialogredskab i mødet mellem borger og sundhedsprofessionel, hvor bruges SF-12 som PRO-data (patientrapporterede oplysninger). Borgeren kan bruge besvarelsen til at reflektere over sin egen situation. Den sundhedsprofessionelle kan bruge borgerens besvarelser til systematisk at få viden om borgerens oplevelse af sit helbred og sin trivsel. Desuden kan borgeren og den sundhedsprofessionelle i fællesskab bruge besvarelsen som udgangspunkt for en samtale og fremme en fælles forståelse af borgerens situation med henblik på prioritering af indsatser ud fra borgerens præferencer. Endelig kan besvarelsen give både borgeren og den sundhedsprofessionelle mulighed for at følge udviklingen over tid.

Hvordan kan resultaterne tolkes?

I Min PROfil anvendes normbaserede skalaer, og gennemsnittet for befolkningen som helhed er 50 uanset skala. Ofte ses det, at personer uden kronisk sygdom eller med én kronisk sygdom scorer højere på alle SF-12-skalaer sammenlignet med gennemsnittet i befolkningen. Multisyge personer med to eller flere kroniske sygdomme scorer lavere end normen. Den helbredsrelaterede livskvalitet, både i forhold til fysisk og mentalt helbred, bliver dårligere i takt med antallet af kroniske sygdomme. Se figur 1.

¹ Larsen FB et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Århus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018-

Figur 1. SF-12 opgjort på antal sygdomme.



Ved vurdering af effektstørrelsen for SF-12 er der erfaring for, at¹:

- En forskel på 5 point eller mere er en 'klinisk og socialt relevant' forskel. Det vil sige en forskel, der har betydning for personens hverdag og oplevelse af begrænsninger.
- Forandringer under 5 point er en 'lille' forskel
- 5-7,9 point er en 'moderat' forskel
- 8 point eller mere er en 'stor' forskel.

Bemærk: Der er tale om tommelfingerregler – det er vigtigt at gøre sig sine egne erfaringer.

Forslag til tilbagemelding til den enkelte

Man kan i tilbagemeldingen til borgeren vælge at inddrage besvarelsen på forskellige måder, alt efter hvad der giver mest mening i mødet med den enkelte borger. Man kan vælge at indlede med at forklare borgeren, hvad man som sundhedsprofessionel har bemærket ved besvarelsen. Derefter kan man spørge ind til styrker og ressourcer med fokus på områder, hvor det lykkes for borgeren at klare udfordringer med helbred og trivsel i hverdagen. Endelig kan man spørge ind til de områder, hvor der er udfordringer, og evt. bede borgeren om at uddybe sin besvarelse. Eksempelvis: 'Når jeg kigger på din PROFIL, giver du udtryk for, at du har det godt mentalt og socialt, og at du har smerter, der vanskeliggør udførelsen af nogle af dine hverdagsaktiviteter, og at du er begrænset rent fysisk i dine daglige gøremål. Er det også sådan, at du opfatter det?' 'Hvad tænker du selv om din PROFIL?'

Tabel 10 Betydningen af højeste og laveste score på SF12-skalaerne

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
Fysisk funktion	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.	Er ikke begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.
Fysiske begrænsninger	Har hele tiden svært ved at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred.	Har på intet tidspunkt svært ved at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred.
Fysisk smerte	Har smerter, som vanskeliggør daglige gøremål virkelig meget.	Er slet ikke begrænset af smerter i daglige gøremål.
Alment helbred	Vurderer sit eget helbred som dårligt.	Vurderer sit eget helbred som fremragende.
Energi	Er på intet tidspunkt fuld af energi.	Er hele tiden fuld af energi.
Social funktion	Har hele tiden svært ved at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.	Har på intet tidspunkt svært ved at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.
Psykiske begrænsninger	Har hele tiden svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer.	Har på intet tidspunkt svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer.
Psykisk trivsel	Føler sig hele tiden nervøs og trist til mode.	Føler sig på intet tidspunkt nervøs og trist til mode.

Larsen FB et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus, Region Midtjylland: DEFACTUM; 2018.

Bilag 3. Vejledning til spørgeskemaet PAM-13 om helbredsrelateret egenomsorg

Spørgeskemaet PAM-13 om helbred og egenomsorg¹

Hvad er PAM?

The Patient Activation Measure (PAM) er at afdække, i hvilken grad en person føler sig handlekraftig i forhold til eget helbred. Dette gøres ved at få personen til at vurdere egen viden, færdigheder og tro på egne ressourcer og evne til at håndtere kronisk sygdom og sundhedsudfordringer.²

PAM fokuserer på den enkeltes vurdering af og tiltro til egen handlekraft, og ikke om og i hvor høj grad den enkelte rent faktisk handler. Omgivende levevilkår og forhold i den enkeltes hverdag påvirker mulighederne for at ændre sundhedsvaner til trods for at personen både har viden, færdigheder og tro på egne ressourcer og evner. Den enkeltes vurdering af egen handlekraft sammenholdt med fremmende og hæmmende faktorer i hverdagen kan være et opmærksomhedspunkt i sundhedssamtalen.

Spørgeskemaet PAM-13 består af 13 udsagn, og borgerne angiver på en skala fra 1-4, hvor enige de er i hvert enkelt udsagn:

- Udsagn 1 og 2 handler om holdning til egen indflydelse i forhold til helbredsproblemer
- Udsagn 3-9 handler om vurdering af egen viden og tiltro til egen handlekraft
- Udsagn 10-11 handler om vurdering af egne færdigheder
- Udsagn 12-13 handler om troen på at kunne fastholde sundhedsvaner over tid.

PAM-13 bygger på en såkaldt Guttman-skala, som betyder, at de 13 udsagn er rangordnede og afspejler stigende kompleksitet. De første udsagn fokuserer således på borgerens tro på overhovedet at have indflydelse på egen sundhed og helbred, mens de sidste udsagn afspejler tiltro til at kunne handle, selv i pressede situationer.

Hvad kan PAM bruges til?

Borgeren kan bruge besvarelsen til at reflektere over sin egen situation. Den sundhedsprofessionelle kan bruge borgerens besvarelser til systematisk at få viden om borgerens helbredsrelaterede egenomsorg. Desuden kan borgeren og den sundhedsprofessionelle i fællesskab bruge besvarelsen som udgangspunkt for en samtale. Endelig kan besvarelserne give både borgeren og den sundhedsprofessionelle mulighed for at følge udviklingen over tid.

Hvordan udregnes resultatet?

Pointtallet beregnes ved, at hver svarkategori lægges sammen til en sum og divideres med antal besvarede spørgsmål. Dette giver en rå-score mellem 13-52. Summen af borgerens

¹ Insignia Health - The Patient Activation Measures (PAM) Available from: <https://www.insigniahealth.com/>

² Maindal HT et al. Oversættelse og kulturel tilpasning af den danske version af „The Patient Activation Measure“. Klinisk Sygepleje. 2014;25(01):7-17.

score omregnes til en PAM-score (0-100), som omregnes til et PAM-niveau, hvor niveau 1 er det laveste og niveau 4 det højeste.

Hvordan tolkes resultatet?

Amerikanske og britiske studier³ viser, at i gennemsnit befinder 10-15 % af en population⁴ sig på PAM-niveau 1, 25-35 % på niveau 2, 35-40 % på niveau 3, mens 20-25 % befinder sig på niveau 4⁵.

- Personer på niveau 1 (≤ 47) har svært ved at forstå og omsætte egne ressourcer og evner i forhold til eget helbred og trivsel. De kan derfor have svært ved at identificere og formulere ønsker og mål for fremtiden.
- Personer på niveau 2 (47,1-53,2) mangler selvtillid og forståelse for deres helbred og trivsel, og/eller hvad der kan forbedre det. De kan derfor have vanskeligt ved at formulere grundlæggende mål.
- Personer på niveau 3 (53,2-70,2) har den grundlæggende viden om egne sundheds- og helbredsproblemer og begynder at lave små forandringer af sundhedsvaner. De kan ofte mangle tiltro til egne evner i forhold til at kunne foretage forandringer som ønsket.
- Personer på niveau 4 (70,2-100) har taget nye vaner, færdigheder og tænkning til sig og kan have svært ved at fastholde sundhedsvaner over tid.

Borgere, der befinder sig på niveau 1 og 2, har brug for mere støtte og vejledning i forhold til at træffe beslutning om egne mål, ligesom de har brug for mere støtte i at opbygge tro på, at de med egen handlekraft kan påvirke helbreds- og sundhedsproblemer

Forbedring i PAM-score på bare et enkelt point er meningsfuldt og er udtryk for højere grad af helbredsrelateret selvomsorg hos den enkelte. Forskning har påvist en klar sammenhæng mellem PAM-score, sundhedsvaner og kliniske parametre, således at højere PAM-score korrelerer positivt med bedre sundhedsvaner og positiv udvikling i kliniske parametre, eksempelvis HbA1C⁶. Derudover er en fremgang i PAM-niveauer en signifikant prædikator for mindre forbrug af sundhedsydelser som følge af en styrket evne til selv at håndtere eventuelle nye helbredsrelaterede problemer og sundhedsudfordringer⁷

Når PAM-scoren falder

³ Der findes endnu ingen danske populationsstudier.

⁴ Størstedelen (ca. 72 %) af den undersøgte amerikanske og britiske population havde én eller flere kroniske sygdomme.

⁵ Ellins J, Coulter A. How engaged are people in their health care? Findings of a national telephone survey Picker Institute Europe, 2005

⁶ Remmers C et al. Is patient activation associated with future health outcomes and healthcare utilization among patients with diabetes? The Journal of ambulatory care management. 2009;32(4):320-7.

⁷ Lindsay A et al. Patient activation changes as a potential signal for changes in health care costs: cohort study of US high-cost patients. Journal of general internal medicine. 2018;33(12):2106-12.

Udvikling i en nedadgående retning på borgerens PAM-score i Min PROfil betyder ikke nødvendigvis, at der er tale om en negativ udvikling for borgeren. I nogle situationer kan en nedadgående PAM-score forklares ved, at borgeren har rykket sig fra at være ubevidst inkompetent til at være bevidst inkompetent. Processen består af 4 trin, som kan illustreres sådan:

	Ubevidst	Bevidst
Inkompetent	Du kan ikke, men du ved ikke, at du ikke kan	Du ved at du ikke kan
Kompetent	Du mestrer det uden at tænke over det (det 'sidder på ryggraden')	Du ved du kan, men det kræver al din koncentration

Et eksempel på at blive bevidst inkompetent kan også komme til udtryk på andre områder, som her en case om alkohol:

En borger er blevet bevidst om, hvad en genstand er og giver derfor udtryk for at drikke dobbelt så meget i sin opfølgende besvarelse af KRAM spørgsmålene sammenlignet med, hvad borgeren rapporterede i starten af forløbet. Det skyldes, at borgeren har fået viden om, hvor meget én genstand er. Borgeren har således ikke øget sit alkoholindtag, men har tidligere troet, at der skulle mere til at udgøre en genstand

Forslag til tilbagemelding til den enkelte

Man kan i tilbagemeldingen til borgeren vælge at inddrage besvarelsen på forskellige måder, alt efter hvad der giver mest mening i mødet med den enkelte borger. Dels kan man inddrage besvarelsen på et overordnet niveau, så borgeren får mulighed for at udfolde de områder, der fylder mest for vedkommende, dels kan man kigge på de tre temaer i spørgeskemaet (viden, færdigheder og tiltro til egne evner) og endelig kan man vælge, at inddrage de enkelte PAM-spørgsmål.

Hvis de enkelte PAM-spørgsmål inddrages, er det vigtigt at starte med de spørgsmål, hvor borgeren har svaret 'enig' (ikke 'meget enig'). Ved at vælge udsagn, hvor borgeren er "enig" og ikke "meget enig", åbnes der for dialog om både succeser og udfordringer i relation til det enkelte udsagn⁸.

Feedbacken til den enkelte afhænger af, hvilket PAM-niveau borgeren aktuelt befinder sig på:

⁸ Insignia Health - The Patient Activation Measures (PAM) Available from: <https://www.insigniahealth.com/>

Niveau 1: Udvikle grundlæggende viden og styrke tro på egne evner

Samarbejdet kan rettes mod:

- At støtte borgeren i at reflektere over egen sundhed og eget helbred.
- At styrke borgeren forståelse for sygdom- og sundhedsproblemer.
- At øge borgerens viden om sammenhæng mellem sundhedsvaner, helbred og trivsel.
- At styrke borgerens tiltro til og opmærksomhed på eget helbred og selvomsorg.
- At have opmærksomhed på ændringer af sundhedsvaner, der påvirker helbred og trivsel positivt her og nu.
- At støtte borgeren i at reflektere over samarbejdet med sundhedsprofessionelle generelt.

Niveau 2: Øge viden og udvikle færdigheder/handlekompetence

Samarbejdet kan rettes mod:

- At afdække videnshuller og styrke den enkelte i at udbygge sin viden om egne sygdoms- og sundhedsproblemer.
- At styrke den enkeltes forståelse for sammenhæng mellem sundhedsvaner og tegn på helbredsmæssige belastninger.
- At støtte den enkelte i at undersøge egen motivation for ændring af sundhedsvaner
- At styrke den enkeltes forståelse og blive bevidst om 'triggere', der påvirker personens sundhedsvaner negativt.
- At støtte den enkelte i at videreudvikle handlekompetence i tråd med øget viden.
- At drøfte mulighederne for at den enkelte kan begynde at bemærke/notere ændringer i sundhedsvaner og trivsel i hverdagen.
- At støtte den enkelte i at forbedre sundhedsvaner med små skridt.

Niveau 3: Påbegynde nye sundhedsvaner

Samarbejdet kan rettes mod:

- At støtte den enkelte i at få nye sundhedsvaner indarbejdet i dagligdagen.
- At støtte den enkelte i at finde forskellige måder at gennemføre sundhedsændringer på og fastholde dem.
- At støtte den enkelte i at bemærke/notere ændringer i sundhedsvaner og trivsel samt sætte det i relation til anbefalinger.
- At støtte borgeren i at have begyndende opmærksomhed på sammenhængen mellem sundhedsvaner og sundhedsmæssige gevinster på længere sigt.
- At støtte borgeren i at kunne agere fleksibelt i forhold til sundhedsvaner afhængigt af om man er hjemme eller uden for, f.eks. på arbejde, til familiefester eller ved fritidsaktiviteter.

- At støtte borgeren i at få egne synspunkter generelt frem i sundhedssamtaler med sundhedspersonale (forberedelse af spørgsmål etc.)

Niveau 4: Vedligeholde sundhedsvaner og strategier til at undgå tilbagefald

Samarbejdet kan rettes mod:

- At støtte borgeren i at fastholde nye sundhedsvaner selv i vanskelige situationer.
- At støtte borgeren i at identificere 'højrisikosituationer', der gør det vanskeligt at fastholde de nye sundhedsvaner.
- At støtte borgeren i at overveje/formulere mulige strategier for at håndtere 'højrisikosituationer'.
- At støtte borgeren i at overveje, hvilke ressourcer/ressourcepersoner, der kan være en støtte i forhold til at ændre sundhedsvaner.
- At støtte borgeren i at formulere ønsker om mere vidtrækkende forbedringer af sundhedsvaner.

Bilag 4. Kompetenceudvikling

Forløb

To kursusdage og syv webinarer (1. kvartal 2019 - 1. kvartal 2022)

Proces

Kompetenceudviklingsforløbet gennemføres i fire bølger på tværs af kommunegrupper. Undervisningsformen varierer mellem teorioplæg, case-baseret undervisning med udgangspunkt i deltagernes erfaringer, gruppedrøftelser og praktiske øvelser.

Læringsprincippet bygger på princippet om "all teach, all learn", hvor alle deltager aktivt i øvelser og diskussioner samt løbende deler viden og erfaringer fra deres arbejde med at anvende Min PROfil i praksis.

Indhold

- PRO-data og betydningen af borgerinddragelse
 - Værdigrundlag for arbejdet med PRO
 - Hvad er PRO?
 - PRO i praksis (i MoEva -forløb).

- Borgerkarakteristik og betydning for involvering, motivation og selvregulering
 - Værdier og præferencer
 - Sygdomsopfattelser
 - Psykologiske og sociodemografiske faktorer
 - Sundhedskompetence
 - Helbredsrelateret egenomsorg.

- Min PROfil som dialogredskab
 - Indholdet i Min PROfil og tolkning af besvarelser af specifikke PRO-mål mhp. at fokusere på borgerens ressourcer og livskvalitet
 - Støtte til helbredsrelateret egenomsorg
 - Sundheds-coaching i forhold til borgerens helbredsrelaterede egenomsorg.

- Sundhedscoaching
 - PAM som redskab til at følge borgernes udvikling, kvalificere dialogen og matche interventionen
 - Min PROfil-coaching med udgangspunkt i borgerens aktiveringsniveau
 - Fælles beslutningstagning
 - Målfastsættelse og skræddersyet tilbud
 - At bruge Min PROfil ved gruppeforløb
 - At bruge Min PROfil, når en score er faldet efter endt forløb

- At arbejde med blandede grupper
 - Flourishing. Videreudvikle en sundhedscoachende tilgang til at støtte den enkeltes udvikling med afsæt i det, der allerede fungerer godt for borgeren
 - Forbedring af helbredsrelateret egenomsorg som greb til at reducere ulighed i sundhed.
- Borgernes perspektiv på brug af PRO
- Implementering af ny praksis med afprøvninger
 - Praksiserfaringer i brug af Min PROfil og PRO-dialog
 - Min PROfil-dialog med afsæt i cases fra kommuner
 - Inspiration til rammesætning og feedback på Min PROfil
 - Ledelse af forandringsprocesser med særligt fokus på implementering og forankring af Min PROfil
 - Dynamikker i fair og unfair processer
 - Vilkårs- og mulighedsrum
 - Passiv og aktiv ledelse af implementering og forankring af ny praksis.
- Nationale og internationale erfaringer med brug af PAM specifikt og PRO generelt
 - Hvorfor støtte helbredsrelateret egenomsorg?
 - Hvad er Patient Activation, og hvorfor har det betydning?
 - PAM som:
 - outcome-måleredskab
 - redskab til at skræddersy indsatser
 - stratificeringsværktøj
 - PRO i samarbejdet mellem borgere og sundhedsprofessionelle
 - PRO-praksis og kommunikationsværktøjer.
- Foreløbige resultater af det organisatoriske studie i brug af Min PROfil i MoEva-kommuner
 - Hvad hæmmer og fremmer brug af Min PROfil i sundhedssamtaler?
- Kommunal PRO
 - Målgruppen, indhold i PRO-løsningerne, forudsætninger for brug af K-PRO, fortolket visning.

Bilag 5. PRO-flow i MoEva-kommuner

