RAPPORT 2025

Pilotevalueringsrapport vedr. PRO til kronisk smerte

Erfaringer fra pilotafprøvningen af det nationale PRO til kronisk smerte

SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN

Udgiver	PRO-sekretariatet
Ansvarlig institution	Sundhedsdatastyrelsen
Design	Sundhedsdatastyrelsen
Copyright	Sundhedsdatastyrelsen
Version	1.1
Versionsdato	4. maj 2025
Web-adresse	www.sundhedsdatastyrelsen.dk
Titel	Pilotevalueringsrapport vedr. PRO til kronisk smerte

Rapport kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Resume af resultater 4

1.1 Implementering 4
1.2 Anvendelse 4
1.3 Formål og værdiskabelse 5
1.4 Målgruppen 6
1.5 Spørgeskema; relevans, indhold og algoritmer 6
1.6 Fremadrettet brug 7

2. Indledning 9

2.1 Baggrund 9
2.2 Organisering 10
2.3 Evalueringspunkter i pilotafprøvningen 11

3. Datagrundlag og metode 12

3.1 IT-opsætning og arbejdsgange 12
3.2 Evalueringsdata 13
3.3 Svarprocenter 14
3.4 Karakteristika for respondenter 15
3.5 Svarprocent følsom for metode 16

4. Resultater 17

4.1 Implementering 17
4.2 Anvendelse af skemaet 18
4.3 Formål og værdiskabelse 24
4.4 Målgruppe 35
4.5 Relevans, indhold og algoritmer 37
4.6 Fremadrettet brug af skemaet 46

5. Bilag 1 48
6. Bilag 2 50

1. Resume af resultater

Dette afsnit indeholder resultaterne fra de seks evalueringspunkter. Baggrunden for resultaterne beskrives mere uddybende i afsnit 3.

1.1 Implementering

En vellykket implementering kræver tid til at blive fortrolig med skemaet, løbende sparring samt ledelsens fokus og opbakning. Nogle af de udfordringer, der blev tydelige var blandt andet vigtigheden af at få fastlagt nogle gode arbejdsgange, der gjorde anvendelse af skemaet nemmere. Det blev også tydeligt at udfordringer med den tekniske del, herunder en god visning af patienterne svar, der kunne bruges i konsultationen, hæmmede implementeringen.

<u>Samlet anbefaling til hvad der kan fremme implementeringen</u>

- Kendt system for både sundhedsprofessionelle og patienter
- Afsat ekstra tid i starten
- God introduktion til skemaet

<u>Samlet anbefaling til hvad der kan hæmme implementeringen</u>

- Manglende sparring
- Tekniske udfordringer
- Ikke optimale arbejdsgange
- Uhensigtsmæssig visning af patientens svar

1.2 Anvendelse

PRO-skemaet er blevet anvendt aktivt i samtalen, under pilotafprøvningen, til flere typer af samtaler, dog primært første/afklarende samtale og årsstatus. 84% af patienterne, der har udfyldt evalueringsskemaerne ønsker at bruge PRO-skemaet igen, 15% svarer hverken/eller og kun 2% ønsker ikke at bruge skemaet igen. Patienterne er generelt positive omkring anvendelsen af skemaet, og oplever at det hjælper dem med at forberede sig til samtalen, gøre det lettere at tale om symptomer og problemer, samt at de føler sig mere inddraget i deres behandling.

Der er anvendt forskellige arbejdsgange på de forskellige pilotsteder bl.a. omkring information og remindere til patienterne, hvilket har været med til at påvirke blandt andet svarprocenten. Der er anvendt tre forskellige IT-systemer i afprøvningen, der alle har forskellige visningsmuligheder af patienternes svar. De forskellige visningsmuligheder har påvirket anvendelsen af svarene i samtalen med patienten, ved at nogle har fået en listevisning af alle spørgsmål og tilhørende svar, mens andre har haft en mere overskuelig enkeltskærmsvisning.

1.3 Formål og værdiskabelse

De tre formål, der er blevet testet i pilotafprøvningen, er blevet bekræftet. PRO-skemaet kan ikke stå alene, uden at det anvendes i samtalen med patienten. Jo tydeligere svarene bliver anvendt, jo mere føler patienterne sig inddraget i behandlingen og jo mere værdi skaber det. De tre bekræftede formål er:

Understøtte dialogen mellem mennesker med smerter og sundhedsprofessionelle, fordi personerne med smerter via PRO får hjælp til at udtrykke hvordan **smerter også påvirker dem mentalt, socialt og fysisk**

Give mennesker med smerter mulighed for **bedre indblik i deres tilstand** og dermed give dem et bedre udgangspunkt for at **mestre livet med smerter**

Give sundhedsprofessionelle en **bredere forståelse af det enkelte menneske med smerter**, hvilket giver dem bedre forudsætninger for at **forberede sig på konsultationer og tilrette individuelle forløb**.

Figur 1 Opnåede formål i pilotafprøvningen.

Værdierne er gennemgået og justeret ud fra resultaterne fra pilotafprøvningen. Nedenstående ses de værdier, der er bekræftet i pilotafprøvningen.

	Værdi for mennesker med kroniske smerter	**Værdi for sundhedsprofessionelle**
	Det kan blive nemmere at se, hvordan smerter påvirker ens liv	Systematisk, helhedsorienteret gennemgang af den enkeltes situation – afdækning af sammenhænge og målrettet dialog
	Inddragelse, føler sig set og hørt, tryghed	
	Gør det lettere at tale om tabubelagte emner	Legalisere, at der spørges ind til flere områder af personen med smerters tilværelse og situation
	Fælles forståelsesgrundlag	
	Bedre forberedelse, huske vigtige emner	
	Bedre forståelse af sammenhænge mellem symptomer og andre faktorer	Velforberedte personer med smerter giver bedre konsultationer
	Se data over tid	Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation, nemmere at finde frem til hvad der betyder noget
	Facilitere øget selvindsigt og mestring	
	Mere målrettede forløb	Bedre grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan
	Blive mødt, hvor man er	Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation
	Bedre, prioriteret konsultation	

Tabel 1 Opnået værdi i pilotafprøvningen.

1.4 Målgruppen

Resultaterne fra evalueringen giver ikke anledning til justering af målgruppen. Målgruppen er fortsat voksne over 16 år, der er diagnosticeret med kroniske smerter, hvor kroniske smerter er kategoriseret som smerter, der har været til stede i mere end 3 måneder. Patienter i palliativ behandling skal fortsat ikke modtage dette skema. Alle pilotstederne anbefaler at målgruppen fastsat af KKG bibeholdes.

Der blev udtrykt bekymring for, at sproglige udfordringer kunne påvirke besvarelsen af skemaet, da det kun foreligger på dansk. Andelen af de non-respondenter, som havde sproglige udfordringer har vist sig at være 12%. Der er enighed om, at man ikke skal fratage nogen muligheden for at besvare skemaet, men man evt. kan undlade at sende til patienter, der har behov for tolkebistand.

Det er fortsat vigtigt, at man også efter pilotafprøvningen, fortsat holder øje med årsagerne til non-respons, så der kan sættes ind med tiltag, hvor det er relevant.

1.5 Spørgeskema; relevans, indhold og algoritmer

Relevans

Patienterne fandt items i spørgeskemaet relevante i forhold til deres situation. 17 ud af de 19 interviewede patienter angav at de fandt spørgsmålene i spørgeskemaet relevante. De to resterende patienter, var en velbehandlet patient, der ikke kunne se at de kunne hjælpe vedkommende, og den anden synes skemaet var relevant, men på et andet tidspunkt i hans forløb. Tilsvarende angav 85% i evalueringsskemaerne spørgsmålene var relevante i forhold til deres situation. 15 % angav at de hverken var enige eller uenige.

Ligeledes tilkendegav de sundhedsprofessionelle, at skemaet var relevant for dem, da det er med til at fokusere samtalen, og med til at sikre kvaliteten af samtalen, idet man kommer rundt om alle de emner, som er relevante for patienten.

Forståelighed

Der blev i evalueringen også spurgt ind til, hvorvidt der var nogle spørgsmål i skemaet der var svære at forstå. Evalueringsskemaerne viste at 66% af alle patienterne ikke fandt nogle spørgsmål, der var svære at forstå. De resterende 35 % angav at der var ganske få spørgsmål, der var svære at forstå og enkelte angav at der var adskillelige, der var svære at forstå. Ved interviews, angav patienterne at grunden til at nogle af spørgsmålene var svære, var ikke selve spørgsmålet, men det at skulle reflektere over sin situation, og passe ned i en svarkategori.

Der blev i evalueringen også spurgt ind til, hvorvidt skemaet var nemt at besvare. Evalueringsskemaerne viste at 72% af alle patienter var meget enige eller enige i, at spørgeskemaet var nemt at besvare. 20% af patienterne er hverken enige eller uenige i at skemaet var nemt at besvare. 8% er uenige eller meget uenige i at det var nemt at besvare. Her er det er også refleksionen, der gør det udfordrende at besvare skemaet.

Mængden af spørgsmål

Ud fra interviews angav patienterne, at det var en passende længde, og at der ikke er noget der kan tages ud, grundet relevansen af alle items i skemaet. Men patienterne udtrykker også i denne sammenhæng vigtigheden i, at holde skemaet kort, grundet ressourcer hos patienterne.

Der var forskelligrettede holdninger til længden af skemaet iblandt pilotstederne. Dette var begrundet i den varierende konsultationstid hos de forskellige steder. Derfor blev skemaet oplevet som meget langt, ved en kort konsultationstid på 10 minutter og kort ved en lang konsultationstid på 60 minutter.

Visning af algoritmer

I starten af pilotafprøvningen var der tekniske problemer, der gjorde visningen af skemaet og algoritmerne udfordrende, hvilket blev løst undervejs. Generelt oplever de sundhedsprofessionelle at farvekoderne på svarene passer, og er med til at understøtte dialogen. Der er nogle scores, der udregnes i skemaet, som de sundhedsprofessionelle, skal vænne sig til at bruge, for at få det fulde udbytte af den information scoren giver.

Manglende emner

Der er ikke en klar tendens i de mangler patienterne udtrykker, både fra interviews og evalueringsskemaer. Men på evalueringsworkshops tilkendegav flere pilotsteder, at der manglede spørgsmål om emnerne medicin og forventninger til samtale.

Ændringsforslag

Evalueringen har givet anledning til flere ændringsforslag. Overordnet er der ændringsforslag til omformulering af spørgsmål, justering af typer af svarkategorier og sletning af enkelte items. Der er også forslag til ændring af rækkefølgen i skemaet, for at understøtte dialogen bedre.

Ændringsforslag vil blive drøftet med referencegruppe og patientgruppe forud for opsamlingsworkshoppen. Der vil der blive udarbejdet konkrete ændringsforslag som KKG kan træffe beslutninger ud fra.

1.6 Fremadrettet brug

Samlet set er både patienter og de sundhedsprofessionelle motiverede for at bruge PRO-skemaet til kronisk smerte fremadrettet. Ud fra evalueringsskemaerne synes 83% af

patienterne, at det er en god ide at bruge skemaet. Både i almen praksis og i kommunerne, finder de sundhedsprofessionelle det også relevant at anvende skemaet. På sygehuset mangler de for mange informationer, i forhold til hvad de plejer at få, fra tidligere skema, og er derfor ikke så positive i forhold til at anvende skemaet i den form, det havde i afprøvningen. De er dog meget positive omkring muligheden for at dele data og den værdi det vil kunne bidrage med tværsektorielt.

Patienterne ser positivt på at anvende PRO-skemaet fremadrettet, da det er med til at forberede dem til samtalen, give et fælles udgangspunkt i samtalen og hjælpe dem med at snakke om svære emner.

De sundhedsprofessionelle er generelt positive overfor, at anvende skemaet fremadrettet, og angiver blandt andet; det bidrager med struktur, skaber fokus på tabuiserede emner, og er med til at inddrage patienten i samtalen. En god visning er dog afgørende, for den gode anvendelse af besvarelserne, således at der gives et hurtigt overblik. For at PRO-skemaet udfylder sit fulde potentiale, er det også vigtigt at man fokuserer på, at kunne dele data på tværs af sektorer.

2. Indledning

2.1 Baggrund

Udviklingen af spørgeskema med hovedfokus på kroniske smerter, er sket i regi af det nationale arbejde, med udbredelsen af patientrapporterede oplysninger (PRO). Det nationale arbejde med PRO drives af PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen (SDS). Den nationale PRO-styregruppe valgte i marts 2023 kronisk smerte som et nyt indsatsområde. Indstillingen og udpegning af indsatsområdet skete på baggrund af Strategi for smerteområdet udgivet af Indenrigs – og sundhedsministeriet i 2022. Formålet med PRO-skemaet er at sættes fokus på de biopsykosociale behov, herunder det mentale helbred samt de generelle og fysiske begrænsninger som mennesker med kroniske smerter kan opleve i hverdagen.

Der blev nedsat en klinisk koordinationsgruppe (KKG) for arbejdet, samt udpeget en patientgruppe med hjælp fra Foreningen for kronisk smerteramte og pårørende (FaKs). Praktiserende læge, Ph.D og professor Jens Søndergaard blev valgt som forperson for den kliniske koordinationsgruppe (KKG), med opbakning fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

Spørgeskema, algoritmer og anvendelse blev besluttet i et udviklingsforløb bestående af tre workshops med KKG og tre workshops med patientgruppen, som forløb fra oktober 2023 til januar 2024.

På sidste workshop i KKG blev der nedsat en referencegruppe, med mandat til at træffe beslutninger på vegne af KKG. Der kan læses mere om udviklingsforløbet i Opsamlingsrapport fra workshopforløb for udvikling af PRO til kroniske smerter.

Efter udviklingsforløbet var færdigt, blev der gennemført en indholds- og brugertest af spørgeskemaet samt en kognitiv og lingvistisk analyse, foretaget af kliniske psykologer. Analysen resulterede i nedslagspunkter, som blev anvendt i selve indholds- og brugertesten. Indholds- og brugertesten blev afholdt med et mindre antal patienter med kroniske smerter. Testen resulterede i enkelte justeringer og opmærksomhedspunkter, som der blev fokuseret på i den efterfølgende pilotafprøvning. Læs mere om testen i Indholds- og brugertestrapport for PRO til kronisk smerte.

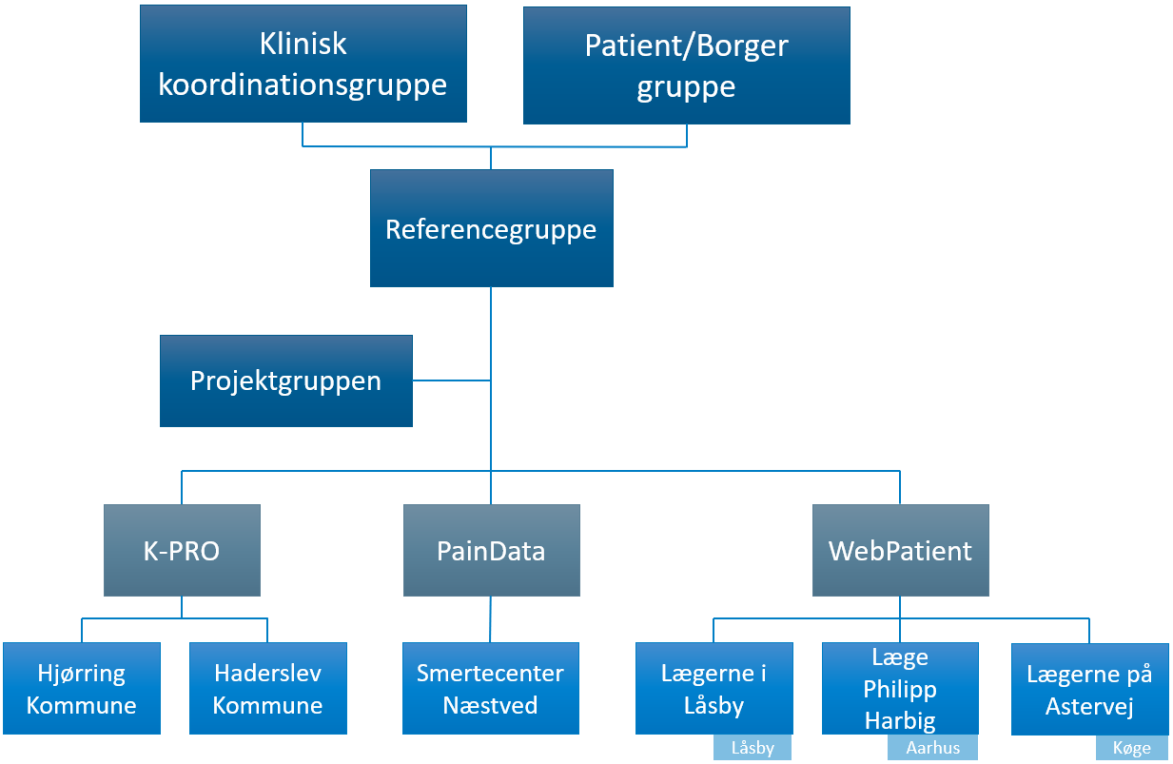
Pilotafprøvningen af spørgeskemaet til kronisk smerte blev gennemført i perioden september 2024 til marts 2025. Skemaet blev afprøvet på ét sygehus, i to kommuner og i tre almen praksis. Denne rapport behandler resultater, erfaringer og forslag til justeringer fra pilotafprøvningen.

Referencegruppen og patientgruppen har mødtes og gennemarbejdet de forslag til justeringer, som pilotafprøvningen har givet anledning til. Gruppernes anbefalinger præsenteres på opsamlingsworkshoppen for KKG d. 4. juni 2025 og indgår ikke i denne rapport.

På opsamlingsworkshoppen bliver resultater og erfaringer fra pilotafprøvningen præsenteret, og det endelige skema besluttes. KKG vil komme med en anbefaling til anvendelse af PRO til kronisk smerte, som efterfølgende drøftes på næste møde i den Nationale styregruppe for PRO.

2.2 Organisering

Organiseringen af pilotafprøvningen er illustreret i nedenstående diagram.



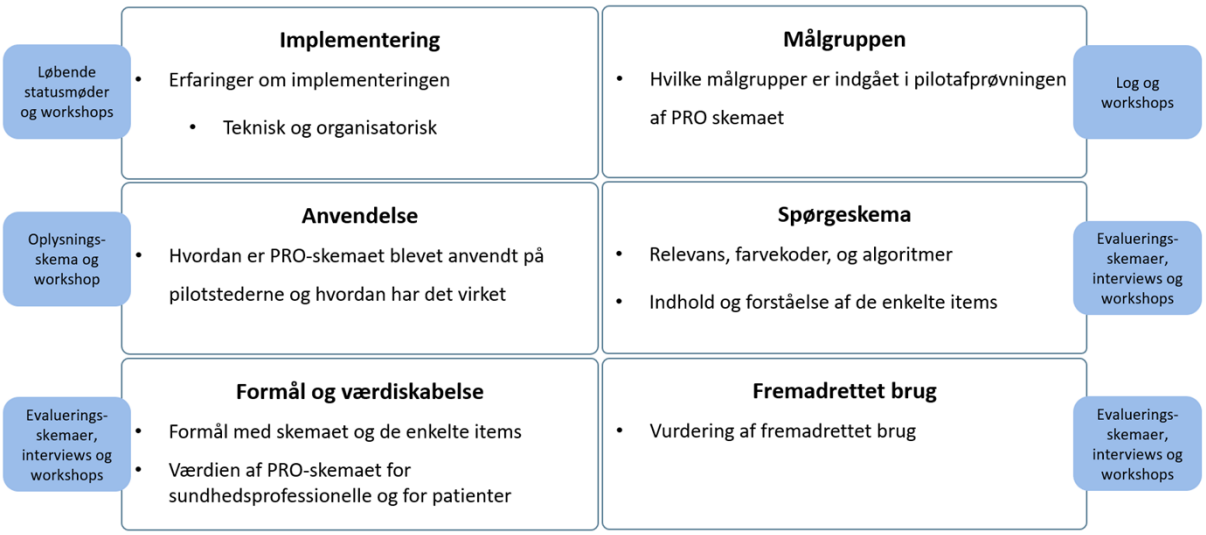
Figur 2 Organisationsdiagram for pilotafprøvningen.

Hvert pilotsted havde en lokal tovholder, der var ansvarlig for implementeringen af skemaet lokalt. De lokale tovholdere dannede sammen med Sundhedsdatastyrelsen projektgruppen. Denne projektgruppe refererede til referencegruppen.

PRO-skemaet blev afprøevet i tre forskellige IT-systermer: Kommunal PRO, PainData og WebPatient.

2.3 Evalueringspunkter i pilotafprøvningen

Formålet med pilotafprøvningen var at afdække følgende områder:



Figur 3 De seks punkter, der evalueres på pba. pilotafprøvningen.

Evalueringen har taget udgangspunkt i både kvalitative og kvantitative data.

Kvalitative data er indsamlet ved:

- Tværfaglige semistrukturerede evalueringsworkshops på hvert pilotsted med sundhedsprofessionelle ved afslutning af pilotafprøvningen
- Semistrukturerede interviews med patienter, der har anvendt PRO til kronisk smerte, aktivt i samtalen

Kvantitative data er indsamlet ved:

- Besvarelse af skriftlige evalueringsskemaer både fra patienter og fra sundhedsprofessionelle efter brug af PRO-skemaet
- Referater fra 14 dages statusmøder med de lokale tovholdere
- Status pr. mail fra de tre almen praktiserende læger
- Log over hvilke patienter, der ikke har besvaret
- Oplysningsskema fra hvert pilotsted

I evalueringen indgår ikke sammenligning med kontrolgruppe, før- og eftermålinger, patienttilfredshedsundersøgelser (a la LUP) eller dataudtræk fra journalsystemer.

3. Datagrundlag og metode

3.1 IT-opsætning og arbejdsgange

Pilotafprøvningen er gennemført med elektronisk udsendelse af PRO-skemaet via de lokale PRO-systemer. Der blev anvendt tre eksisterende, PRO-systemer i pilotafprøvningen. PRO-sekretariatets 'PRO-pakke' for PRO til Kronisk smerte foreskrev indhold og opsætning af spørgeskemaet, mens udsendelse (herunder patientinformation, beslutning om rykkere mv.) og opsætning af visningen af PRO-besvarelser var op til de enkelte pilotsteder.

It-system	K-PRO	PainData	WebPatient
Pilotsteder	1) Hjørring Kommune 2) Haderslev Kommune	1) Smertecenter Næstved	1) Lægerne i Låsby 2) Læge Philipp Harbig 3) Lægerne på Astersvej
Information om skema	1,2) Ringer borger op og informerer om skema i indkaldelsesbrevet	1) Informerer på informationsmøde samt i indkaldelsesbrev	1) Patient for tilsendt spørgeskema inden samtale 2) Patient modtager mail om tilbud om at besvare skema 3) Patient spørges til forudgående samtale/ Patient ringes op af sekretær om besvarelse inden samtalen
Reminder	1,2) Mulighed for at sende NemSMS men ikke alle patienter har det	1) Mulighed for at sende reminder, til de der ikke har udfyldt.	1,2,3) Der sendes remindere ud en uge inden samtale.
Mulighed for udfyldelse on-site	1,2) Nej	1) Nej	1,2,3) Nej

Tabel 2 Overblik over it-systemer og funktioner

3.2 Evalueringsdata

Nedenstående tabel indeholder beskrivelse af datakilder, som evalueringsrapporten bygger på.

Datakilde	Metode	Antal
Oplysningsskemaer	Skema udfyldt ved opstart af pilot og igen ved afslutning af hvert pilotsted	6
Referater fra statusmøder	Referater fra virtuelle statusmøder med lokale tovholdere afholdt ca. hver 14. dag i projektperioden	12
Evalueringsskema (Patienter) [1]	11-item[2] spørgeskema efter besvarelse og samtale med anvendelse af PRO-skema og – svar i samtalen. Udfyldt på papir.	129
Evalueringsskemaer (Sundhedsprofessionelle)	8-item spørgeskema udfyldt i forlængelse af samtale, på papir	161
Årsager til non-respons	I lokale registreringsark blev årsager til manglende besvarelse noteret, baseret på direkte spørgsmål til patienten og/eller administrative data	6
Interviews med patienter	Individuelle semistrukturerede interviews, med patienter fra alle pilotsteder. Telefonisk af 30-60 min varighed	19
Evalueringsworkshop	Workshops med sundhedsprofessionelle og støttepersonale (sekr./admin.). Fysisk på hvert pilotsted á 3-4 timers varighed	6

Tabel 3 Datakilder for evalueringen af pilotafprøvningen.

Karakteristika for deltagende sundhedsprofessionelle i evalueringsworkshops, viser at det i overvejende grad var læger og fysioterapeuter, der har anvendt skemaet. Se nedenstående tabel for fordeling af sundhedsprofessionelle i hele pilotafprøvningen.

Sundhedsprofessionelle	Læger	Fysioterapeuter	Sygeplejersker	Psykologer
%	44%	44%	6%	6%

Tabel 4 Fordeling af de sundhedsprofessionelle, der deltog i pilotafprøvningen

3.2.1 Kvantitative data

De kvantitative data dækker over evalueringsskemaer udfyldt af patienter og sundhedsprofessionelle. Evalueringsskemaer blev udleveret til de patienter, der havde besvaret PRO, lige efter samtalen. Evalueringsskemaerne blev udleveret i papirform af personalet. Evalueringerne blev opsamlet lokalt og indsendt til Sundhedsdatastyrelsen, som derefter samlede og indtastede data.

Evalueringsskemaerne fra de sundhedsprofessionelle blev også udfyldt lige efter samtalen og indsendt til Sundhedsdatastyrelsen. Der er samtaler, hvor der har været flere typer af sundhedsprofessionelle, der har udfyldt evalueringsskemaer, da flere sundhedsprofessionelle har deltaget i samme samtale.

[1] Inspireret af Patient Feedback Form, udviklet af CF Snyder et al. 2013 og oversat til dansk v. L. Tolstrup et al. 2018.
[2] Item: Et item består af et spørgsmål og dettes tilhørende svarmuligheder.

Fra starten af pilotafprøvningen var det aftalt, at medarbejderne ikke skulle udfylde evalueringsskemaer for de første par patienter hvert sted, da de først skulle lære PRO-skemaet at kende. Dette – kombineret med en travl hverdag – kan være med til at forklare de manglende udfyldte evalueringsskemaer.

3.2.2 Kvalitative data

De kvalitative data indsamlet i pilotafprøvningen, dækker over interviews med patienter og evalueringsworkshops på hvert pilotsted. Alle data er indsamlet fortroligt, og interview- og workshopdeltagere har givet samtykke til lydoptagelse og anvendelse af deres udsagn i evalueringsmaterialet.

Rekrutteringen af patienter til interviews har de sundhedsprofessionelle ved pilotstederne stået for. Ved rekrutteringen blev der tilstræbt tilfældig udvælgelse, således at alle pilotsteder fik specifikke uger, hvor de skulle spørge alle patienter indtil det ønskede antal interviewdeltagere (3-5) var opnået. Der er kun interviewet patienter, der har besvaret og anvendt PRO-skemaet i samtalen. Alle interviews er meningskondenserede umiddelbart i forlængelse af interviewet eller kort tid efter, og lydoptagelse har sikret, at ingen informationer er gået tabt. Meningsbærende citater fra interviews er inkluderet i denne rapports analysedel.

Ved afholdelse af evalueringsworkshops, blev det tilstræbt at alt nøglepersonale i pilotafprøvningen deltog. Alle involverede sundhedsprofessionelle har dog ikke deltaget, men har haft mulighed for at udfylde et forberedende skema med deres erfaringer, som deres kollegaer kunne tage med og bringe op på workshoppen. De sundhedsprofessionelles erfaringer er præsenteret som samlede erfaringer. Såfremt erfaringerne fra ét pilotsted eller én individuel interviewperson har skilt sig fra det generelle resultat, er dette specifikt angivet.

3.3 Svarprocenter

Der blev i alt udsendt 207 skemaer, og der blev besvaret 129 skemaer i pilotafprøvningen. Den samlede svarprocent er endt på 63 %. Svarprocenterne for de forskellige pilotsteder fremgår af tabellen nedenfor.

Pilotsted	Udsendte	Besvarede	Svarprocent
Hjørring Kommune	63	42	67%
Haderslev Kommune	31	29	93%
Smertecenter Næstved	78	50	64%
Lægerne i Låsby (AP1)	23	22*	96%
Læge Philipp Harbig (AP2)	5	3**	60%
Lægerne på Astersvej (AP3)	13	8*	62%
Samlet	**207**	**154**	**74%**

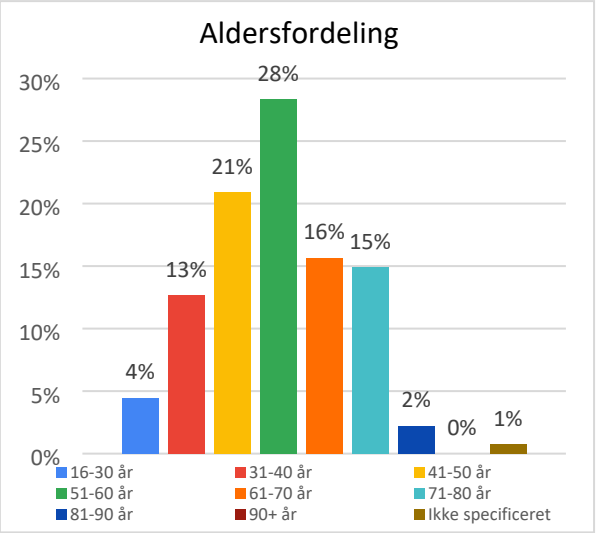
Tabel 5 Svarprocent på de forskellige pilotsteder

*I AP har der ikke været udsendt PRO-skemaer til alle patienter med kroniske smerter. Der er sendt ud til de der alligevel snart skulle forbi AP til en kontrol eller en afklarende samtale. Patientpopulationen i AP er derfor mere udvalgt, og formentlig årsagen til den høje svarprocent.

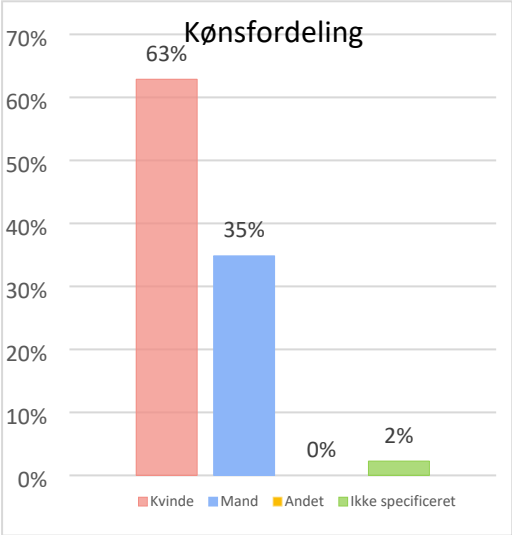
** I den almene praksis i Århus, har den deltagende læge, kun været i praksis én dag om ugen, så rekruttering og planlægning af konsultationer har været en udfordring.

3.4 Karakteristika for respondenter

Efter hver PRO-samtale med en sundhedsprofessionel, udfyldte patienterne et evalueringsskema om deres oplevelse af spørgeskema og samtale, samt informationer om alder og køn.



Figur 5 Aldersfordeling af respondenter, indsamlet ved evalueringsskemaer (n=129)



Figur 4 Kønsfordeling af respondenter, indsamlet ved evalueringsskemaer (n=129)

Ud af de 154 patienter, der havde besvarede PRO-skemaet, blev der foretaget 19 semistrukturerede interviews. Karakteristika for de interviewede patienterne, ses i tabellen nedenfor.

Pilotsted	Alder			Køn		Civilstatus		Uddannelse			År med kroniske smerter		
	16-45	46-69	70-82	K	M	Bor alene	Bor sammen	Ingen /kort	Mellem	Lang	0-1	1-5	5-
Hjørring	2	3	0	3	2	2	3	4	1	0	1	3	1
Haders.	2	3	0	1	4	3	2	3	2	0	2	0	3
Næstved	1	4	0	4	1	2	3	4	1	0	0	0	5
AP 1	1	1	1	1	2	0	3	2	1	0	0	1	2
AP 3	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
I alt	**6**	**11**	**2**	**10**	**9**	**8**	**11**	**13**	**6**	**0**	**3**	**4**	**12**

Tabel 6 Patientkarakteristika fra interviews

3.5 Svarprocent følsom for metode

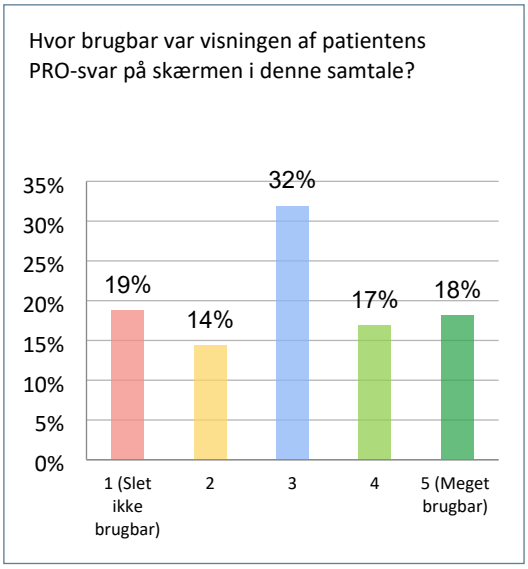
Jf. afsnit 3.1 var der ikke fælles retningslinjer for, hvordan PRO til kronisk smerte skulle sendes ud, og det var derfor op til de enkelte pilotsteder. Løsningerne blev tilpasset lokale muligheder og arbejdsgange, og der blev foretaget løbende tilpasninger baseret på erfaringer.

En kommune ringede alle borgerne op, fra start af pilotafprøvningen, for at informere om skemaet. Dette tiltag indførte den anden kommune også i løbet af pilotafprøvningen, grundet lav svarprocent, hvilket var med til at øge svarprocenten.

Smertecenteret informerede patienterne til et infomøde, de altid holder inden patienterne starter i et forløb, samt udsendte skemaet sammen med indkaldelsesbrevet til den første samtale. I starten af pilotafprøvningen fik patienterne tilsendt links til to skemaer, det afdelingen oprindeligt anvendte samt PRO til kronisk smerte. Dette resulterede i lav svarprocent på PRO til kronisk smerte, da de fleste faldt fra ved besvarelsen af PRO, grundet den samlede mængde af spørgsmål, og de mange overlap, der var i de to skemaer. I den sidste halvdelen af pilotafprøvningen blev der kun sendt et skema ud.

I kommunerne oplevede de i starten en del udfordringer med it-systemet, herunder at få sat en visning af borgernes svar op, så de sundhedsprofessionelle kunne få et overblik over svarene. Der var også et par nedbrud på deres fælles it-system, hvilket påvirkede deres svarprocent negativt.

De tre almene praksis anvendte det samme system. Der var i starten nogle tekniske udfordringer, hvor der ikke var farvekoder på patienternes besvarelser. Disse fejl blev dog hurtigt udbedret. Senere hen blev det pointeret, at der ikke blev vist de "grønne" svar i visningen, hvilket flere af lægerne var kede af, da det ikke var optimalt ift. den pædagogiske tilgang til visningen af svarene. En praksis oplevede i løbet af pilotafprøvningen at der blev sendt remindere ud til patienterne, selvom de havde besvaret skemaet. De tekniske udfordringer blev løst under pilotafprøvningen.



Figur 6 Brugbar visning for de sundhedsprofessionelle, indsamlet via evalueringsskemaer

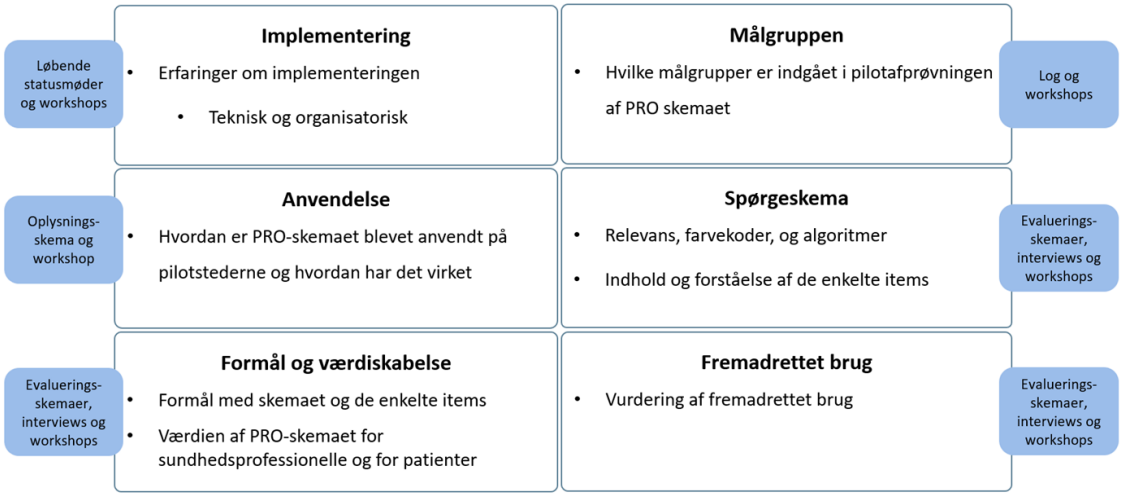
De ovennævnte problematikker, afspejler sig også i en forskelligartet afrapportering i evalueringsskemaerne fra de sundhedsprofessionelle, hvor 33% ikke oplever at visningen er brugbar.

Generelt er erfaringen fra afprøvningen, at påmindelser øger svarprocenten, men at det også kan være ressourcekrævende, at indføre som ekstra procedure i daglig praksis. Pilotafprøvningen viser, at det kan fungere, hvis det kan passes ind i eksisterende rutiner. Se

afsnit 4.4 omkring målgruppen for yderligere information om årsager til ikke at besvare PRO til kronisk smerte.

4. Resultater

I dette afsnit opsamles og vises data fra evalueringen af pilotafprøvningen ud fra de seks evalueringspunkter. Nedenstående figur illustrerer de seks punkter, der vil blive beskrevet i dette afsnit, og hvor evalueringsdata er indsamlet fra.



Figur 7 De seks punkter, der evalueres på pba. pilotafprøvningen.

4.1 Implementering

De lokale tovholdere har stået for den lokale implementering, med mulighed for sparring på tværs af pilotsteder på faste statusmøder hver 14. dag, faciliteret af PRO-sekretariatet. De tre pilotsteder i almen praksis deltog ikke i statusmøderne, men afrapporterede via mails og holdte et fælles sparringsmøde. Der blev afholdt en opstartsworkshop, med oplæg om implementering af PRO ud fra implementeringsguiden. PRO-sekretariatet har udarbejdet undervisningsmateriale, bestående af flere sæt slides, omhandlende alt fra generelt om PRO, til detaljeret beskrivelse af hvert enkelt item i spørgeskemaet. Under hele afprøvningen har der været en fast kontaktperson fra PRO-sekretariatet til rådighed ifm. løbende udfordringer, som også har koordineret pilotafprøvningen og diverse møder.

På evalueringsworkshops diskuterede de sundhedsprofessionelle, hvad der havde været med til at fremme og hæmme implementeringen. Da et af pilotstederne allerede havde implementeret et andet skema, var det de resterende fem pilotsteder der kom med input til dette. De følgende fremmere og hæmmere er listet efter, hvor ofte de blev nævnt på de fem evalueringsworkshops.

Samlet oplevelse af hvad der fremmede implementeringen:

- Kendt system for både sundhedsprofessionelle og patienter *(tre pilotsteder)*
- Afsat ekstra tid i starten *(tre pilotsteder)*
- God introduktion til skemaet *(tre pilotsteder)*
- Ledelsesopbakning *(to pilotsteder)*

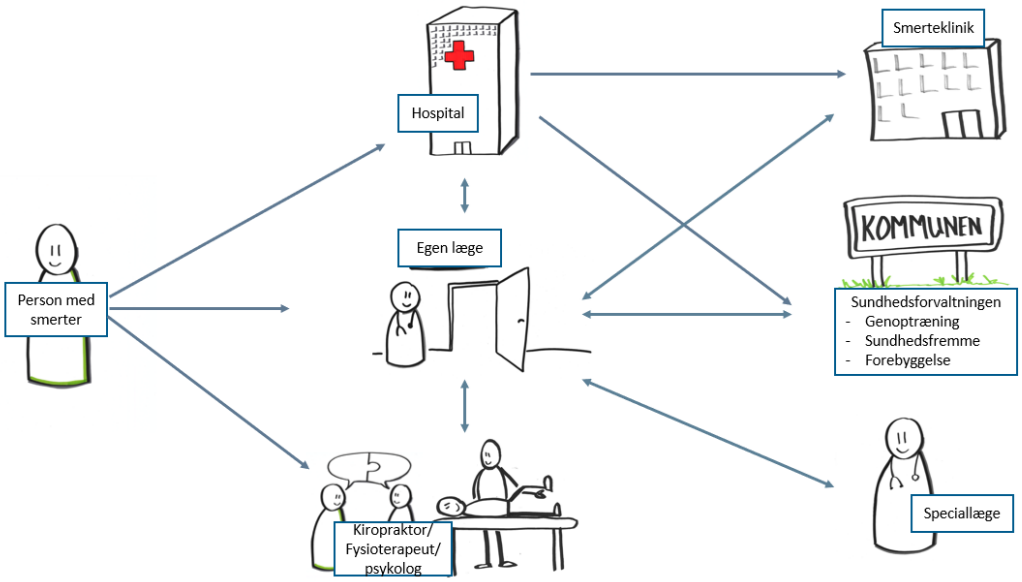
- Motiverende lokale tovholdere har hjulpet med at holde fokus og energi på afprøvningen *(to pilotsteder)*
- Klare arbejdsgange lokalt, der ligner de normale arbejdsgange mest muligt *(to pilotsteder)*
- Ringede patienter op, der ikke har udfyldt *(to pilotsteder)*
- Afprøvningen blev gennemført med få sundhedsprofessionelle *(to pilotsteder)*
- Sparring internt om brug af skemaet *(et pilotsted)*
- God visning gør det nemt at anvende i dialogen med patienten *(et pilotsted)*
- Fokus på samarbejdet med almen praksis, har brugt WHO-5 til at viderehenvise *(et pilotsted)*

<u>Samlet oplevelse af hvad der hæmmede implementeringen:</u>

- Manglende intern sparring *(tre pilotsteder)*
- Tekniske udfordringer *(tre pilotsteder)*
- Ikke optimale arbejdsgange *(tre pilotsteder)*
    - Ikke al personale involveret – svært ved at finde tider hos den enkelte
    - Ikke involveret andet personale, herunder sygeplejerske i almen praksis
    - Siddet med det hele selv
- Mangler god visning af svar, der skaber overblik *(to pilotsteder)*
- Manglende fokus på undervisning og baggrund for valg af spørgsmål evt. med fysisk opslagsværk med spørgeguide/handlevejledning *(to pilotsteder)*
- Tid i almen praksis *(et pilotsted)*
- Økonomi i almen praksis *(et pilotsted)*
- Er ikke i en lægefaglig vejledning for praktiserende læger *(et pilotsted)*

4.2 Anvendelse af skemaet

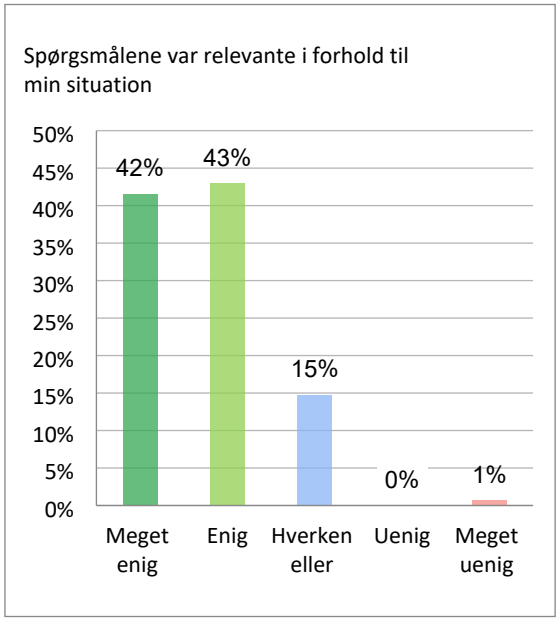
Skemaet er blevet pilotafprøvet i forskellige samtaler og på forskellige tidspunkter, både på sygehuset, i kommunen og i almen praksis. Det er primært blevet afprøvet til første-/afklarende samtale (over 80 % af samtalerne), men enkelte steder også ved andre samtaler i forløbet. Arbejdsgangene har været forskellige, afhængigt af pilotsted, således det passede bedst ind i den eksisterende arbejdsgang. Pilotstederne anvendte tre forskellige IT-systemer, og dermed også tre forskellige visningsmuligheder. På evalueringsworkshops stod det klart, at ikke alle IT-systemers visninger af svar har givet et godt overblik, til at støtte dialogen mellem sundhedsprofessionel og patient. Dette har formentlig bevirket, at der er blevet brugt ekstra tid i samtalen på at scrolle op og ned i skemaet, for at få overblik over svarene.



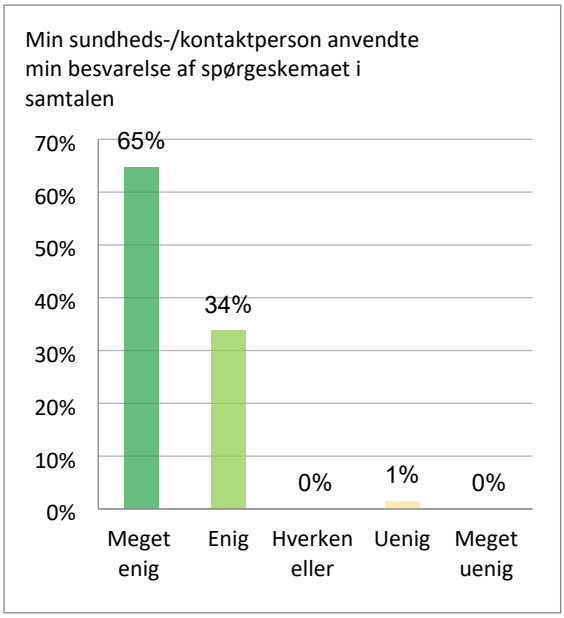
Figur 8 Forløbsbeskrivelse for en person men kroniske smerter – baseret på patientrejser, afdækkes ved udviklingsworkshops

Som ovenstående forløbsbeskrivelse viser, har målgruppen mange forskellige snitflader med sundhedsvæsenet. Alle pilotstederne fremhæver derfor, at datadeling vil være vigtigt. Dette vil både kunne bidrag med bedre tværsektorielle forløb, hvor man kan se, hvad der har været fokus på i en anden sektor men, også til at kunne se udviklingen over tid hos den enkelte patient.

Hele 99% af patienterne oplevede, at deres svar blev anvendt i samtalen, mens 60% af de sundhedsprofessionelle angav, at de i høj grad anvendte patientens svar i samtalen. En mulig årsag til denne forskel kan være, at den sundhedsprofessionelle vurderede, at der var andre emner end skemaet, som var vigtige at tale om. Patienterne kan derfor have haft indtrykket af, at skemaet blev brugt, selvom det ikke spillede en stor rolle i samtalen.



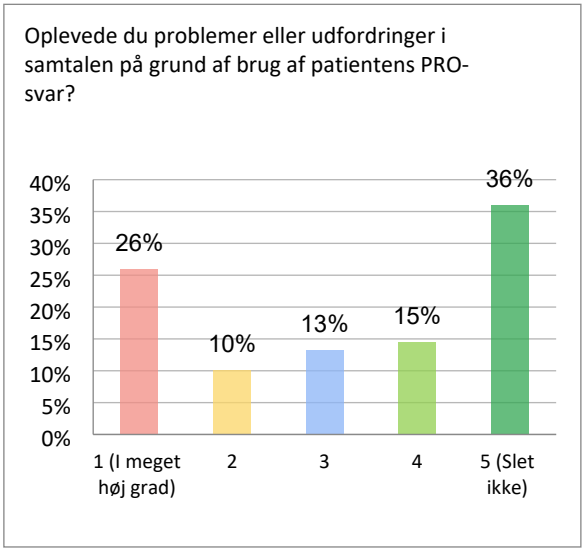
Figur 9 Relevans af spørgsmål for patienterne, indsamlet via evalueringsskemaer



Figur 10 Patienters oplevelse af anvendelse af skema i samtalen, indsamlet via evalueringsskemaer

4.2.1 De sundhedsprofessionelles anvendelse af skemaet

Forud for samtalen anvendte de sundhedsprofessionelle PRO-svarene til at forberede sig til samtalen. De sundhedsprofessionelle brugte mellem 1-30 minutter på at forberede sig inden samtalerne. Den gennemsnitlige forberedelsestid for de sundhedsprofessionelle var ca. 10 minutter. I begyndelsen af pilotafprøvningen blev der anvendt længere forberedelsestid, mens den gradvist blev kortere, efterhånden som pilotperioden skred frem, og den enkelte fik mere erfaring med at anvende skemaet. De sundhedsprofessionelle fortæller, at de i starten brugte en del tid på at lære skemaet at kende. Over 50% har ikke oplevet problemer i samtalen på grund af PRO-svarene, mens 13% svare neutralt og hele 36% har oplevet udfordringer i samtalen på grund af svarene. Her er der særligt et pilotsted, der har oplevet udfordringer, hvilket tildels skyldtes at de var vant til et mere omfangsrigt skema, hvor de fik flere svar, og disse svar manglede de nu til samtalen. Generelt har det der ellers har skabt udfordringer i afprøvningen, været tekniske udfordringer, der primært fandt sted i starten af afprøvningen. Samtaletiden har varieret fra 10 til 90 minutter, dette har været meget forskelligt i de tre sektorer. Der tegner sig dog et billede af, at det i starten kræver ekstra tid at lære at bruge skemaet aktivt i samtalen. Alle pilotsteder understreger vigtigheden af en overskuelig og brugervenlig visning,



Figur 11 Oplevede udfordringer i samtalen for de sundhedsprofessionelle, indsamlet via evalueringsskemaer

der kan anvendes effektivt sammen med patienten. Dette sikrer et hurtigt overblik og forhindrer unødvendig tidsspilde på at scrolle frem og tilbage i skemaet.

På evalueringsworkshops gennemgik alle pilotstederne, hvilke formål og beslutningsstøtte, anvendelsen af skemaet kunne bidrage til, i de forskellige samtaler. De oprindelige forslag til formål og beslutningsstøtte blev udarbejdet i den kliniske koordinationsgruppe, i workshopforløbet (se Bilag 1)

De formål og beslutninger som pilotstederne ikke oplevede at, PRO-skemaet kunne bidrage til er slettet. Der hvor de oplevede, at der manglede enten formål eller type af beslutningsstøtte er det blevet tilføjet. Det der ikke er testet i pilotafprøvningen er angivet i parentes, da der ikke er grundlag for beskrivelsen af dette.

Egen læge		
Samtaletype	Type af beslutningsstøtte	Beslutninger PRO føder ind i
Årsstatus	Dialogstøtte Behandlingsstøtte Visitationsstøtte	- Dagsorden for konsultationen, medicingennemgang, konklusion og plan for videre forløb
Ny patient i klinikken	Dialogstøtte Behandlingsstøtte	- Overblik/indblik - (Forventningsafstemning om samarbejdet) - Relationsdannelse
Patient i nyt forløb	Behandlingsstøtte Dialogstøtte Visitationsstøtte	- Sygemelding - Nye tiltag
Kommune (Sundhedsforvaltningen)		
Samtaletype	Type af beslutningsstøtte	Beslutninger PRO føder ind i
Indledende, midtvejs- og (afsluttende samtaler):	Dialogstøtte Behandlingsstøtte visitationsstøtte	- Planlægning af samtalen - Målrettede indsatser og løbende tilpasning heraf - Mestringstiltag/ressourcer - Henvisninger til andre tilbud/forløb i kommunen og AP - Kvalitetssikring - Forebyggelsesperspektiv
Tværfagligt Smertecenter		
Samtaletype	Type af beslutningsstøtte	Beslutninger PRO føder ind i
1. Samtale	Dialogstøtte Behandlingsstøtte	- Planlægning af forløb, herunder mono- eller tværfagligt forløb, rækkefølge af indsatser, individuelt eller gruppe - Hvilke faggrupper i forløbet - Dialog om motivation

Tabel 7 Revideret efter pilotafprøvningen samtaletype og beslutningsstøtte. Patienternes anvendelse af skemaet

Som beskrevet i starten af afsnittet mener 83% af patienterne ud fra evalueringsskemaerne, at det er en god ide at anvende skemaet. Alle 19 interviewede patienter syntes det er fint at besvare skemaet og anvende det i samtalen

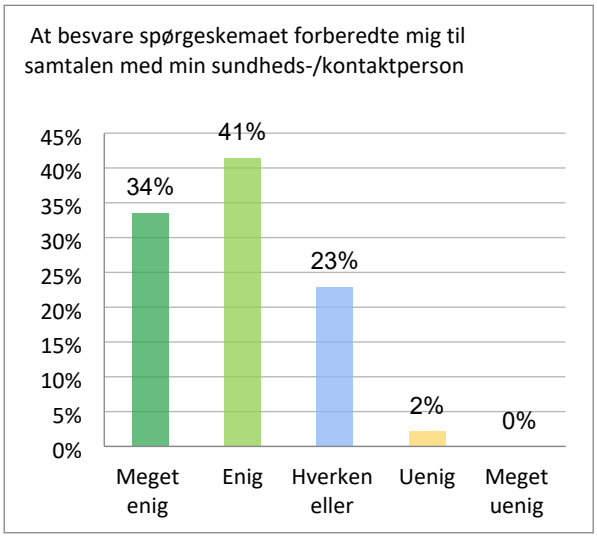
"… det er meget nemmere at sidde herhjemme og svare på et spørgeskema om hvordan man har det, end at skulle ud og snakke til en fremmed om hvordan det reelt er, så når de allerede har svarene og kan spørge ind til det, så er det meget nemmere at føre en samtale omkring det emne, man har svært ved at snakke om" (16-årig mand)

I evalueringsskemaerne, blev det undersøgt hvorvidt patienterne havde udfyldt skemaet derhjemme, eller på pilotstedet, hvilket viste at 88 % har udfyldt skemaet hjemme. Dette blev også undersøgt i interviews, hvor alle de 19 interviewede patienter havde udfyldt skemaet derhjemme og to fik hjælp til besvarelsen af pårørende.

I interviews blev det undersøgt, hvorvidt patienterne var blevet tilpas informeret om spørgeskemaet og hvad det skulle bruges til. 15 ud af 19 patienter, var blevet gjort opmærksom på skemaet inden modtagelse og havde fået at vide hvad det skulle bruges til.

"Jeg fik at vide at det var for at vi kunne få en bedre samtale…" (20-årig kvinde)

De 15, der var blevet informeret om skemaet inden, fortæller at det skulle bruges så den sundhedsprofessionelle vidste lidt mere om dem, som patient inden samtalen. Skemaet skulle hjælpe de sundhedsprofessionelle med at danne sig et indtryk af patienterne og de smerter, de oplever. En patient nævnte, at det kunne afhjælpe ikke at skulle fortælle sin historie igen og igen.



Figur 12 Patienters oplevelse af forberedelse med skemaet, indsamlet via evalueringsskemaer

"Ja det var så man havde noget baggrundsviden inden jeg mødte ind, så man viste hvad jeg var for en starut… og hvad udfordringer jeg har" (62-årig kvinde)

"Jeg synes jo det er praktisk – fordi det er med til at forberede mig til hvad man skal snakke om, men jeg tænker også det er en hjælp for den person jeg skal ind til, så de får et indblik af hvordan jeg har det" (55-årig mand)

Evalueringsskemaerne bekræfter at patienter føler sig forberedt. 75% af patienterne oplever at skemaet er med til at forberede dem til konsultationen.

I evalueringsskemaerne angiver patienterne at de i gennemsnit bruger ca. 15 minutter på at besvare skemaet, 85 % finder spørgsmålene relevante og 72% svarer at det er nemt at besvare skemaet. Dette stemmer overens med det patienterne fortæller i interviews. En ud af de 19 oplevede at skemaet var lidt langt, imens de resterende fandt det relevant og nemt at besvare.

"Jeg syntes det var lidt langt og nogle af svarene tog lidt længere tid og måske har jeg også fornemmet at det tager længere tid end det egentligt har, men jeg bliver sådan hurtigt opgivende og det kræver meget at man skal tænke og sådan noget og jeg tænkte lidt hvornår kommer sidste spørgsmål, så lidt langt" (44-årig mand)

"Jeg syntes det var kort, jeg tænkte orv er vi allerede færdige da jeg udfyldte det" (58-årig kvinde)

Ud fra besvarelserne i evalueringsskemaerne oplever 75% af patienterne, at de er bedre forberedte til samtalen og 75% oplever, at skemaet gjorde det nemmere for dem at tale om symptomer og problemer. Ud af afdækningen i interviews, fortæller 15 ud af 19 patienter, at skemaet påvirkede samtalen positivt bl.a. ved at skabe en fælles dagsorden og et fælles udgangspunkt for samtalen.

"Ja det skabte en dagsorden, for så kunne han tage udgangspunkt i det jeg havde svaret, så snakkede vi jo lidt samme sprog, kan man sige når han kunne se hvad jeg havde svaret" (48-årig kvinde)

18 ud af de 19 interviewede patienter fik vist deres svar på skærmen under samtalen, og de oplevede at deres svar passede på dem.

Ud fra evalueringsskemaerne angiver 80% af patienterne, at spørgeskemaet får dem til at føle sig inddraget i deres behandling (Se Figur 20).

4.3 Formål og værdiskabelse

Den kliniske koordinationsgruppe havde i udviklingsforløbet opsat formål og værdier, som de vurderede at anvendelsen af PRO til kronisk smerte ville kunne bidrage med. I nedenstående figur ses tiltænkte formål. Skemaet er ikke testet tværsektorielt, så det fjerde formål med tilhørende værdier, er ikke afprøvet i pilotafprøvningen.

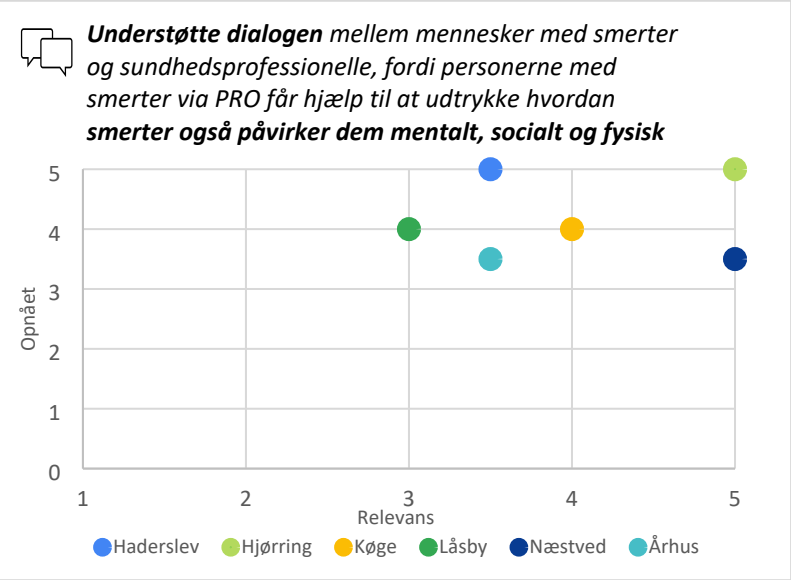
Understøtte dialogen mellem mennesker med smerter og sundhedsprofessionelle, fordi personerne med smerter via PRO får hjælp til at udtrykke hvordan **smerter også påvirker dem mentalt, socialt og fysisk**

Give mennesker med smerter mulighed for **bedre indblik i deres tilstand** og dermed give dem et bedre udgangspunkt for at **mestre livet med smerter**

Give sundhedsprofessionelle en **bredere forståelse af det enkelte menneske med smerter**, hvilket giver dem bedre forudsætninger for at **forberede sig på konsultationer, tilrette individuelle forløb** samt **forebygge** forværring

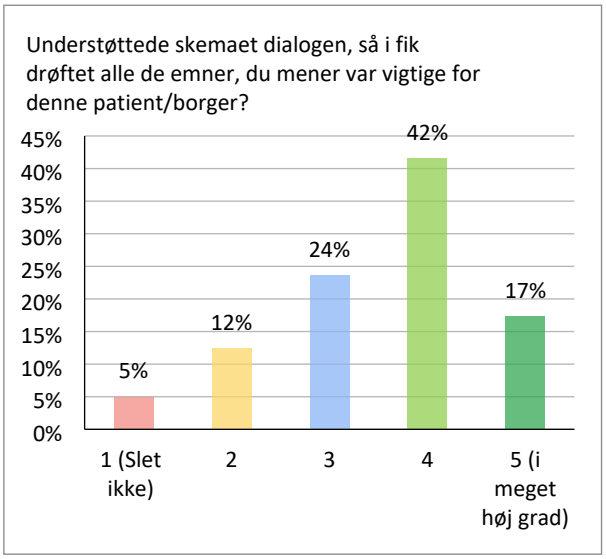
Understøtte, at aktører **kan skabe et fælles billede** af mennesker med kroniske smerter og derved bidrage til en **mere helhedsorienteret indsats**

4.3.1 Formål om understøttelse af dialog



Figur 13 Sundhedsprofessionelles vurdering af formål om understøttelse af dialog. Angivet på evalueringsworkshops

På evalueringsworkshops evaluerede de sundhedsprofessionelle de tiltænkte formål. Formålene blev evalueret ud fra relevans, og i hvor høj grad de var opnået hos de enkelte pilotsteder. Som vist på figuren, var formålet om understøttelse af dialog, relevant og opnået i afprøvningen. De sundhedsprofessionelle, vurderede dette formål som meget relevant og opnået i høj grad. De fremhævede en systematik i dialogen, at skemaet legitimerer at spørge ind til nogle emner, samt at skemaet kommer godt rundt om relevante emner for patienterne.



Figur 14 Sundhedsprofessionelles angivelse af om skemaet understøttede dialogen, indsamlet via evalueringsskemaer

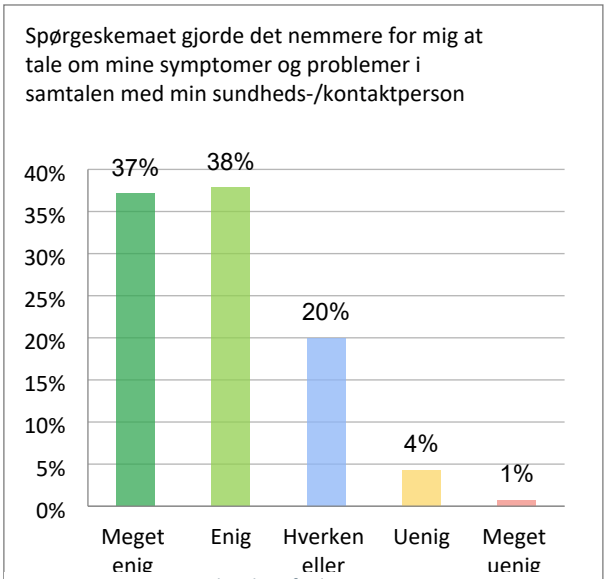
Ud fra evalueringsskemaerne oplevede 59% af de sundhedsprofessionelle at skemaet understøttede dialogen. De resterende 41% af de sundhedsprofessionelle, oplevede ikke at skemaet understøttede dialogen og de vigtige emner for patienten, dette kan blandt andet skyldes, manglende emner i skemaet og manglende farvekoder af patientens besvarelse.

De interviewede patienter fremhævede at skemaet understøttede struktur og fælles forståelse i dialogen med den sundhedsprofessionelle. 15 ud af de 19 interviewede patienter oplevede at skemaet påvirkede samtalen positivt ved at de havde en fælles dagsorden og et fælles udgangspunkt for samtalen.

"Ja det skabte en dagsorden, for så kunne han tage udgangspunkt i det jeg havde svaret, så snakkede vi jo lidt samme sprog, kan man sige når han kunne se hvad jeg havde svaret" (48-årig kvinde)

"Jeg synes det var dejligt, at det var mere struktureret, fordi jeg var lidt mere klar på hvad han ville spørge om – jeg synes bare det var dejligt at vi havde noget at gå ud fra" (17-årig kvinde)

"Jeg føler at det skabte en forståelse for at man kan – jeg føler hun kan sætte sig lidt ind i mit sted, da vi snakkede om det her spørgeskema og mine besvarelser – det giver jo et spejlbillede i hvordan man har det som person på et papir, i stedet for at det bare kommer ud af munden – så jeg synes det var nemmere at føre en samtale derefter" (16-årig mand)

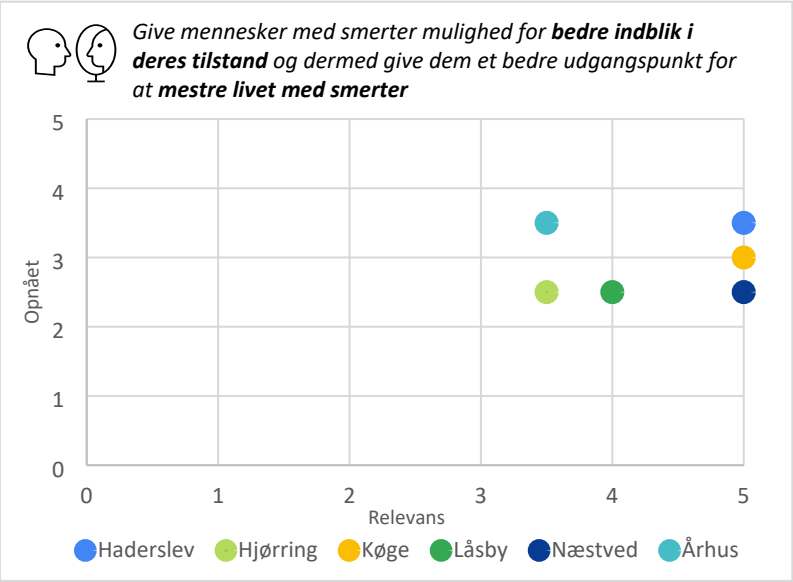


Figur 15 Patienternes oplevelse af tale om symptomer og problemer, indsamlet via evalueringsskemaer

Data fra evalueringsskemaerne viser at 75% af patienterne enten er meget enige eller enige i at spørgeskemaet gjorde det nemmere for dem at tale om symptomer og problemer med den sundhedsprofessionelle. Evalueringsdata underbygger også formålet om at understøtte dialogen mellem mennesker med kroniske smerter og de sundhedsprofessionelle, samt at gøre det

nemmere for mennesker med kroniske smerter at udtrykke hvordan de har det mentalt, socialt og fysisk.

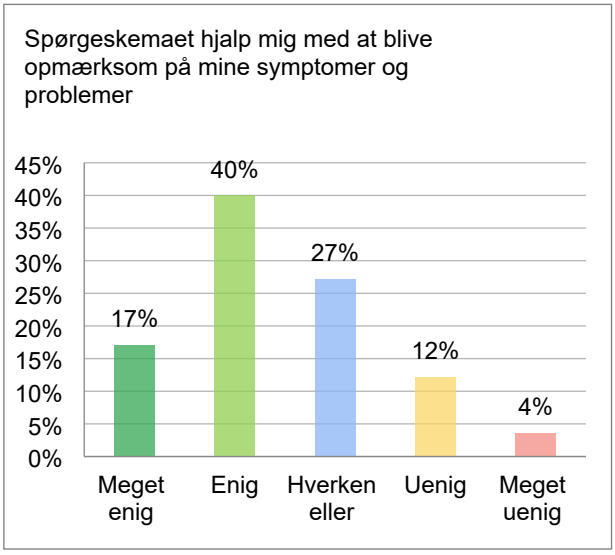
4.3.2 Formål om indblik og mestring



Figur 16 Sundhedsprofessionelles vurdering af formål om bedre indblik og mestring. Angivet på evalueringsworkshops

Som vist på figuren, er formålet om indblik og mestring relevant og det er til dels også opnået. Begrundelserne for vurderingen er, at patienterne har skemaet til at hjælpe dem med at sætte ord på deres situation, og at skemaet er med til at give dem en visualisering af deres svar. Det begrundes også med, at skemaet nærmere giver et overblik af patientens situation, end et egentlig indblik.

Ud fra interviews med patienterne, kan det ikke konkluderes at skemaet hjælper med et bedre indblik i deres tilstand. 16 ud af de 19 interviewede oplevede ikke, at de fik nye tanker ved at besvare og anvende skemaet. Imens de resterende tre interviewede synes det gav dem ny indsigt at besvare skemaet.



Figur 17 Opmærksomhed på symptomer indsamlet ved evalueringsskemaer fra patienter

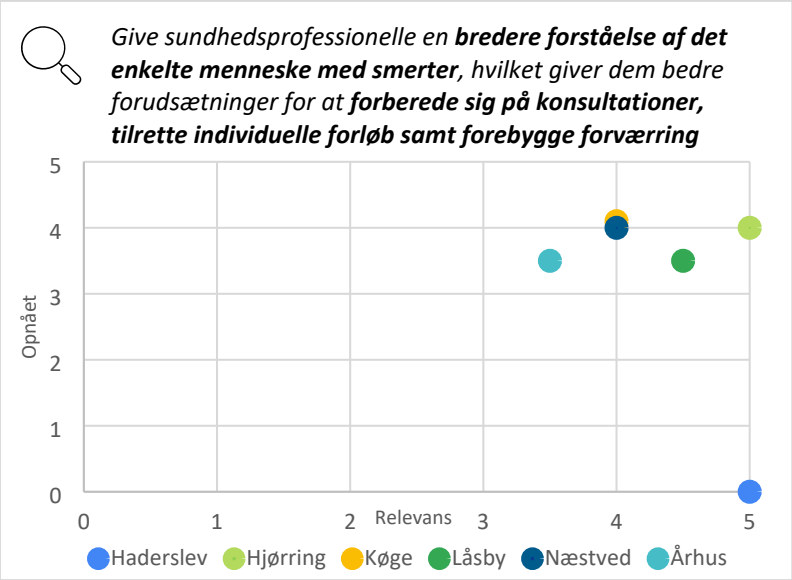
"Det fik mig til at tænke på det, men ikke nødvendigvis i en ny sammenhæng, eller gav mig nye tilgange eller betragtninger – men jeg kunne forestille mig, at hvis man fik skemaet tidligt i et forløb, at det kunne give nye betragtninger, omkring smerterne – jeg har sådan et eller andet indtryk af at jeg er ved at være sådan rimelig godt omkring mine smerter, så derfor gav det mig ikke noget nyt." (46-årig mand)

Evalueringsskemaerne viser at 57% er meget enig eller enige i at skemaet har gjort dem opmærksom på nye symptomer og problemer. Der er en stor del af de adspurgte, der ikke oplever dette. Når vi kigger lidt ned i data, er der også en del af de

respondenterne, der har haft kroniske smerter i mange år, og derfor har styr på deres symptomer og problemer. Dette stemmer også overens med ovenstående citater fra interviews.

Sammenholdt med evalueringen fra de sundhedsprofessionelle, er både de sundhedsprofessionelle og patienterne enige om opnåelse af formålet om indblik og mestring. Men man ville kunne forestille sig, at jo tidligere en patient modtager skemaet, jo mere vil dette formål være tjent.

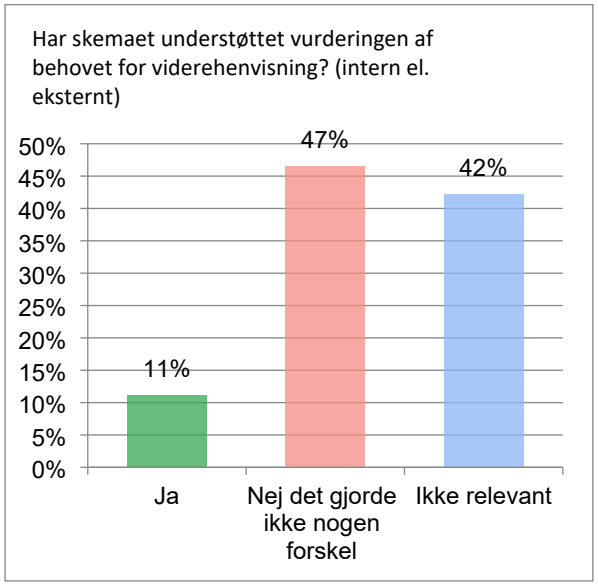
4.3.3 Formål om bredere forståelse, bedre forberedelse og forbygge forværring



Figur 18 Sundhedsprofessionelles vurdering af formål om bredere forståelse og forberedelse. Angivet på evalueringsworkshops

Dette formål om bredere forståelse, bedre forberedelse og forbygge forværring blev evalueret af de sundhedsprofessionelle, til at være relevant og de fleste steder opnået. Et pilotsted, fandt formålet meget relevant, men kunne ikke se det var opnået.

De steder der fandt formålet både relevant og opnået, uddybede det ved, at man som sundhedsprofessionel får en bedre forståelse, inden man møder patienten. Man oplever, at nogle henvisninger er mangelfulde, så når patienten har besvaret PRO er de bedre forberedte. Et af stederne understreger, at PRO måske ikke kan være med til at forebygge forværring, hvilket giver anledning til justering af dette formål. Skemaet underbygger til en vis grad også formålet om individuelle forløb, ved at understøtte behovet for viderehenvisning. 11% oplever at det understøtte behovet, imens 47% ikke mener det gør en forskel og, for 42% har det ikke været relevant. De 11% har blandt andet været henvisning til egen læge omkring stress og depression.

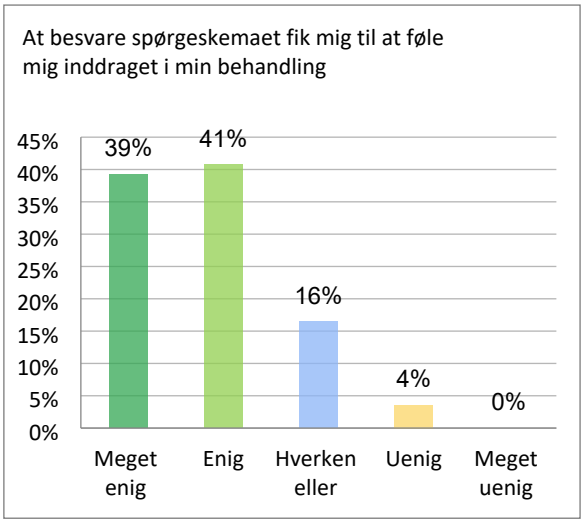


Et andet af evalueringspunkterne, var om skemaet var med at få patienterne til at føle sig mere inddraget i behandlingen. Dette blev underbygget i interviews, hvor 10 ud af 19 oplevede ar skemaet påvirkede deres inddragelse i behandling.

"Skemaet var en god måde at inddrage mig i behandlingen, fordi hun havde et skema over mit mentale helbred, min depressionsfaktor og stressfaktor, så på den måde var det nemmere at snakke om det, når man egentlig kan se det fysisk." (16-årig mand)

Figur 19 Sundhedsprofessionelles oplevelse af om skemaet har understøttet behovet for viderehenvisning, indsamlet via evalueringsskemaer

"Så jeg har en klar stærk følelse af at skemaet har en betydning af den kommende behandling, og at det er væsentligt i hans forståelse af, hvordan han skal takle det og gribe det an." (46-årig mand)



Figur 20 Inddragelse i behandling indsamlet ved evalueringsskemaer fra patienter

"Jeg bliver jo helt klart inddraget mere i kraft af at jeg har mulighed for at udfylde det (skemaet) og vi kan gå ud fra det, det føler jeg helt bestemt" (62-årig kvinde)

Inddragelse i behandling blev også evalueret i evalueringsskemaerne, hvor 80% er meget enige eller enige i at skemaet får dem til at føle sig inddraget deres behandling. Patienterne har derfor det indtryk, at deres besvarelse er medvirkende til den behandling de får, og har dermed det indtryk at besvarelsen er med til at forberede de sundhedsprofessionelle og give mere målrettet behandling til patienterne.

4.3.4 Formål om fælles billede af menneske med kroniske smerter og mere helhedsorienteret indsats

Det sidste formål om fælles billede af menneske med kroniske smerter og mere helhedsorienteret indsats, er ikke afprøvet i pilotafprøvningen. Alle deltagerne på evalueringsworkshops, kunne se stor relevans i, at kunne dele data på tværs, for netop denne målgruppe, som har mange sektorovergange i løbet af deres forløb. Deling af PRO-besvarelser vil også kunne understøtte henvisningerne, i forhold til at klæde den modtagende part på til det videre forløb med den pågældende patient. For denne målgruppe kunne det også være relevant, at kunne se data over tid, for at kunne se udviklingen i den enkelte patients forløb, og se om de for eksempel er blevet bedre til at mestre livet med smerter.

Patienterne i interviews ser også en fordel og relevans i, at skemaet kan deles på tværs, men også anvendes i flere sektorer.

”Kunne godt forestille mig at man kunne bruge det igen, så man havde mulighed for at se om der var en forbedring på nogle parametre – som når man har været igennem et forløb” (46-årig mand)

”Man ryger hurtigt videre i systemet, når men er i udredning, så det giver ikke mening at introducere det her skema hver gang man skifter til en ny aktør, men tænker da at det kunne være et godt værktøj i starten hos almen praksis – Det må være en individuel vurdering, fordi sygdomsforløbene er så forskellige” (46-årig mand)

Samlet set er der et ønske om, at se data på tværs af sektorer, og anvende skemaet flere steder. Det skal dog overvejes hvor hyppigt skemaet skal besvares, hvis man tiltænker at det skal anvendes ved sektorovergange, da denne målgruppe har mange af disse, og derved ville skulle besvare skemaet mange gange.

Til de ovenstående formål, havde den kliniske koordinationsgruppe, også udformet hvilke værdier, de så de enkelte formål kunne bidrage med. Ligeledes havde patientgruppen, også udformet de værdier, de kunne se skemaet kunne bidrage med ved hvert af de overliggende formål.

	Værdi for personer med smerter	Værdi for sundhedsprofessionelle
	• Det kan blive nemmere at se, hvordan smerter påvirker ens liv • Inddragelse, føler sig set og hørt, tryghed • Gør det lettere at tale om tabubelagte emner • Fælles forståelsesgrundlag • Bedre forberedelse, huske vigtige emner	• Systematisk, helhedsorienteret gennemgang af den enkeltes situation – afdækning af sammenhænge og målrettet dialog • Bedre grundlag for at tilrettelægge individuelt forløb • Legalisere, at der spørges ind til flere områder af personen med smerters tilværelse og situation
	• Bedre forståelse af sammenhænge mellem symptomer og andre faktorer • Se data over tid • Facilitere øget selvindsigt og mestring • Mere målrettede forløb	• Velforberedte personer med smerter giver bedre konsultationer • Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation, nemmere at finde frem til hvad der betyder noget • Bedre grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan
	• Blive mødt, hvor man er • Bedre, prioriteret konsultation • Forebygge forværring (bredt forstået: socialt, mentalt og fysisk, nye diagnoser)	• Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation • Bedre opfange ændringer i tilstanden, grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan • Bedre udnyttelse af ressourcer – reducere under-/overbehandling • Bidrag til evaluering af indsatser
	• Ved sektorovergange mindskes tab af data • Tryghed i at relevante aktører kender ens situation og at man ikke starter forfra hele tiden • Samme udgangspunkt for kvalitet i samtaler på tværs af geografi • Oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet	• Ved sektorovergange mindskes tab af data • Mere struktureret kommunikation mellem aktører • Optimere tidsforbrug • Ensartet behandling

Figur 21 Tiltænkte værdier opsat af den kliniske koordinationsgruppe – Det grå felt illustrerer de værdier der ikke er testet

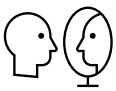
4.3.5 Værdi for de sundhedsprofessionelle

De sundhedsprofessionelle der deltog i pilotafprøvningen, evaluerede de tiltænkte værdier på evalueringsworkshops. De evaluerede værdierne, ud fra hvilke var opnået, kunne opnås og hvilke der ikke kunne opnås, efter at have anvendt skemaet i praksis (se Bilag 2).

Nedenstående resultat indeholder de værdier, som de fleste pilotsteder var enige om, var opnået i pilotafprøvningen.

Der var også værdier, som de fleste pilotsteder oplevede som relevante, og godt kunne se at de kunne opnås, men det var ikke noget de havde oplevet i pilotafprøvningen.

4.3.5.1 Resultatet af den samlede værdi for sundhedsprofessionelle

	Værdi for sundhedsprofessionelle
	Systematisk, helhedsorienteret gennemgang af den enkeltes situation – afdækning af sammenhænge og målrettet dialog
	Legalisere, at der spørges ind til flere områder af personen med smerters tilværelse og situation
	Velforberedte personer med smerter giver bedre konsultationer
	Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation, nemmere at finde frem til hvad der betyder noget
	Bedre grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan
	Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation

Tabel 8 Opnået værdi for de sundhedsprofessionelle under pilotafprøvningen

Der var værdier som de sundhedsprofessionelle ikke direkte så indfriet i pilotafprøvningen, men som var relevante alligevel:

- Bedre grundlag for at tilrettelægge individuelt forløb
- Bedre opfange ændringer i tilstanden, grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan
- Bedre udnyttelse af ressourcer – reducere under-/overbehandling
- Bidrag til evaluering af indsatser

4.3.6 Værdi for patienterne

Det er i interviews og evalueringsskemaerne, afdækket hvilke værdier, der er fundet belæg for.

Det kan blive nemmere at se, hvordan smerter påvirker ens liv
57% af patienterne angav i evalueringsskemaerne at de var meget enige eller enige i at spørgeskemaet hjalp dem med at blive opmærksomme på symptomer og problemer.
Når man dykker ned interviews, og spørger ind til emnet, bliver det hurtigt tydeligt, at jo længere tid patienterne har haft smerter, jo mindre enige er de i ovenstående værdi.

"Nej synes ikke det gjorde så meget – men det kan jo være det havde gjort det på et andet tidspunkt – hvis nu jeg havde fået det i starten af at jeg havde ondt, kan det godt være det havde været anderledes. " (40-årig mand)

"Nej det har jeg egentlig styr på… Jeg har jo gået med det længe, så spørgeskemaet satte ikke så meget i gang" (63-årig kvinde)

Inddragelse, føler sig set og hørt, tryghed + Blive mødt, hvor man er

80% af patienterne angav i evalueringsskemaerne at de er meget enige eller enige i at skemaet fik dem til at føle sig inddraget i egen behandlingen (Se Figur 20).
11 ud af 19 interviewede oplevede at skemaet påvirkede deres inddragelse i behandling.

"Skemaet var en god måde at inddrage mig i behandlingen, fordi hun havde et skema over mit mentale helbred, min depressionsfaktor og stressfaktor, så på den måde var det nemmere at snakke om det, når man egentlig kan se det fysisk." (16-årig mand)

"Jeg synes jo det er praktisk – fordi det er med til at forberede mig til hvad man skal snakke om men jeg tænker også det er en hjælp for den person jeg skal ind til, så de får et indblik af hvordan jeg har det" (55-årig mand).

Gør det lettere at tale om tabubelagte emner
Ud fra interviews er der 16 ud af 19 patienter, der synes det er yderst relevant at have emnet samliv og intimitet med. Patienterne fortæller, at det giver dem en følelse af, at man kommer hele vejen rundt og ser helheden. Patienterne mener samtidigt også, at lige præcis det emne, er meget relevant og vigtigt.

"Det syntes jeg er rigtig vigtigt at blive spurgt om, for det er der jo ikke nogen der tør sige noget om ellers, så det syntes jeg var et rigtig godt spørgsmål og nu havde jeg min mand med til samtalen og så fik vil lige en snak om det inde ved lægen, så det syntes jeg bestem var relevant" (58-årig kvinde).

"Det skal der da spørges om" - " det er meget vigtigt, alle mennesker har brug for berøring om det så er et kram eller hvad fa'en det det drejer sig om, så det er meget meget vigtigt at spørge om sådan nogle ting og tale om det, det skal ikke være tabu" (62-årig kvinde).

Fælles forståelsesgrundlag
15 ud af 19 adspurgte oplevede at skemaet påvirkede samtalen positivt, herunder skabte en fælles dagsorden og fælles udgangspunkt for samtalen. Patienterne havde en fornemmelse af at skemaet gav de sundhedsprofessionelle en forståelse af dem, og følte sig set og hørt, som et helt menneske.

"Jeg føler at det skabte en forståelse.. jeg føler hun (red. sundhedsprofessionelle) kan sætte sig lidt ind i mit sted, da vi snakkede om det her spørgeskema og mine besvarelser – det giver jo et spejlbillede af, hvordan man har det som person på et papir, i stedet for at det bare kommer ud af munden – så jeg synes det var nemmere at føre en samtale derefter" (16-årig mand).

"..det gav mig en fornemmelse af at der var skabt en forståelse af mig, hos mig, så helt sikkert en fælles forståelse." (46-årig mand)

Bedre forberedelse, huske vigtige emner

10 ud af 19 adspurgte patienter oplever at skemaet er med til at forberede dem til samtalen, imens de resterende 9 ikke oplever dette.
Patienterne føler sig bedre forberedt, fordi de vidste hvad samtalen skulle tage udgangspunkt i, samt at de vidste de havde mulighed for at uddybe deres svar i samtalen. En af patienterne understreger også at det var rart at skemaet styrede samtalen, så vedkommende ikke skulle sidde og huske, alle de ting, som skemaet kommer omkring.

"Det gjorde det nemmere fordi, man allerede havde svaret på forhånd, så har man måske svaret på nogle ting, som man ikke lige selv havde tænkt sig at sige, eller han måske ikke lige havde tænkt sig at tage op i samtalen" (48-årig kvinde).

"Ja fordi så skulle jeg ikke huske det, for så var mange af tingene nævnt i skemaet, det syntes jeg egentligt var skønt" (52-årig kvinde).

Bedre forståelse af sammenhænge mellem symptomer og andre faktorer
Patienterne oplevede at der blev spurgt ind til helheden som menneske, og at skemaet kommer rundt om mange relevante emner.

"Jeg syntes de var meget relevante, de kommer ind på alle de vigtige ting i forhold til hvordan man har det, hvad man kan og hvad man tænker og føler" (20-årig kvinde).

Se data over tid
Da pilotafprøvningen ikke har forløbet over længere tid, har det ikke været muligt at følge et forløb fra start til slut, og dermed se data over tid. Patienterne ser relevansen i at kunne følge sine data over tid, samt på tværs af sektorer.

"Kunne godt forestille mig at man kunne bruge det igen, så man havde mulighed for at se om der var en forbedring på nogle parametre – så når man har været igennem et forløb" (46-årig mand).

Facilitere øget selvindsigt og mestring
Ud fra evalueringsskemaerne, oplever 57% af patienterne, at ved at besvare skemaet hjalp det dem med at blive opmærksom på symptomer og problemer (Se Figur 17).

Patienterne fortæller også i interviews, at det hjælper dem med at reflektere mere over hvordan de reelt har det, hvilket er med til at skabe mere selvindsigt.

"Ja for jeg havde jo været nødt til at tænke mig om inden samtalen..." (59-årig mand).

"Det tvang mig på en positiv måde, at reflektere over hvordan jeg har det, om jeg havde en dårlig dag eller en dårlig dag" (16-årig mand).

Mestring har været svært at identificere, men da patienterne oplever en øget selvindsigt, kan dette også have påvirket deres mestring.

Mere målrettede forløb

Da pilotafprøvningen ikke har forløbet over længere tid har vi ikke kunne interview patienter, der har haft et helt afsluttet forløb, så vi kan ikke direkte sige, hvilken påvirkning anvendelse af skemaet har haft på selve forløbet. Som tidligere skrevet har patienterne oplevet mere inddragelse i behandlingen, som kan være med til at skabe et mere målrettet forløb. Flere patienter oplever at det styrker deres forløb, ved at den sundhedsprofessionelle har mere viden om patienten, ud fra besvarelsen og den efterfølgende samtale med patienten.

"Det styrker mit forløb, hun (red. sundhedsprofessionel) har meget mere viden om mig som person og hvordan jeg har det" (44-årig mand).

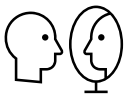
Bedre, prioriteret konsultation

Patienterne oplever at konsultationen er bedre prioriteret, fordi det handler om det de har besvaret. De oplever at man hurtigt kommer ind til det der fylder for den enkelte.

"..Altså vi fik meget mere ud af den tid jeg var der, end normalt - vi kom meget mere omkring det, på den tid jeg var der" (17-årig kvinde).

"Ved selve samtalen, der har vi ikke noget spildtid vi skal jo ikke starte fra scratch, fordi de har fået skemaet og de har en ide om hvem jeg er allerede inden jeg kommer ind ad døren.." (62-årig kvinde).

4.3.6.1 Resultatet af den samlede værdi for patienterne

	Værdi for personer med kroniske smerter
	Det kan blive nemmere at se, hvordan smerter påvirker ens liv
	Inddragelse, føler sig set og hørt, tryghed
	Gør det lettere at tale om tabubelagte emner
	Fælles forståelsesgrundlag
	Bedre forberedelse, huske vigtige emner
	Bedre forståelse af sammenhænge mellem symptomer og andre faktorer
	Se data over tid
	Facilitere øget selvindsigt og mestring
	Mere målrettede forløb
	Blive mødt, hvor man er
	Bedre, prioriteret konsultation

Tabel 9 Opnået værdi for patienter

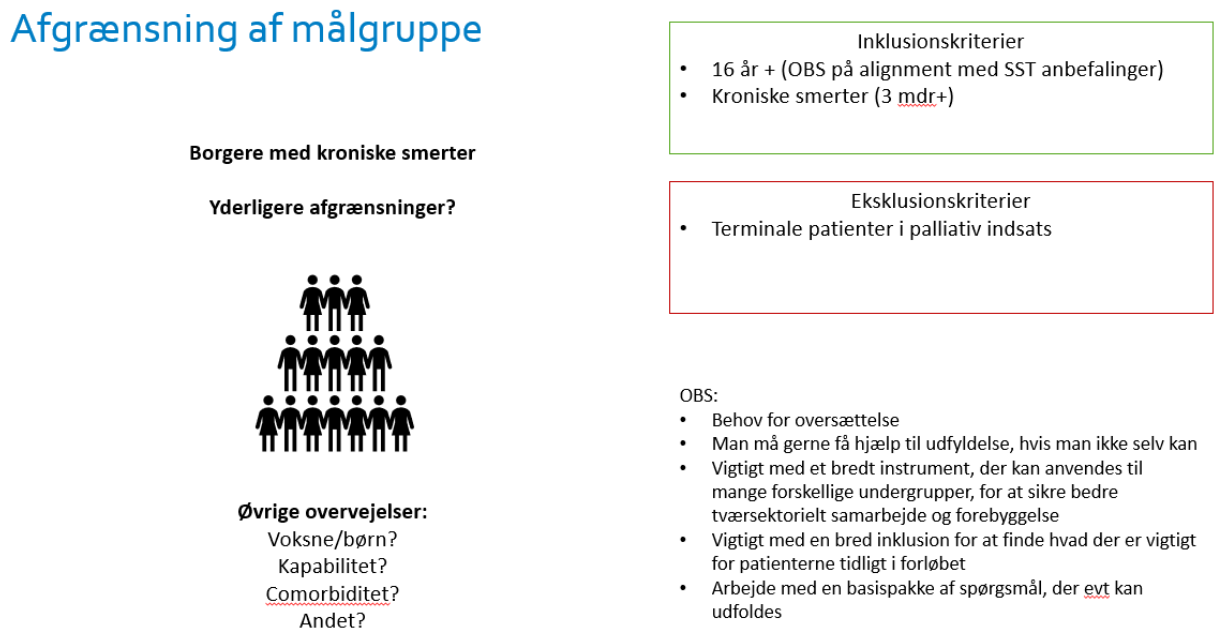
Det der ikke kunne påvises af værdi for patienterne var:

- Forebygge forværring (bredt forstået: socialt, mentalt og fysisk, nye diagnoser)
- Ved sektorovergange mindskes tab af data
- Tryghed i at relevante aktører kender ens situation og at man ikke starter forfra hele tiden
- Samme udgangspunkt for kvalitet i samtaler på tværs af geografi
- Oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet

De nævnte værdier, der ikke er fundet grundlag for i pilotafprøvningen, er ikke ensbetydende med at skemaet ikke kan indfri de værdier.
Den ene værdi ”Tryghed i at relevante aktører kender ens situation og at man ikke starter forfra hele tiden” har de interviewede patienter reflekteret over, og kan se meningen og stor relevans i at man ikke skal starte sin historie forfra, hver gang man møder en ny aktør i sundhedsvæsenet. Målgruppen er en gruppe, der har meget forskellige artede forløb, samt berøring med mange forskellige aktører i sundhedsvæsenet.

4.4 Målgruppe

Målgruppen er afbilledet på nedenstående figur. Figuren viser også de tanker den kliniske koordinationsgruppe gjorde sig, forud for pilotafprøvningen, omkring hvem der skulle modtage skemaet.



Figur 22 Afgrænsning af målgruppe fastsat af KKG

PRO-skemaet er i pilotafprøvningen blevet afprøvet på mennesker med kroniske smerter, der har været indkaldt til de førnævnte samtaletyper (Se Tabel 7). Ud fra evalueringsskemaerne udfyldt i pilotafprøvningen, ses et aldersspænd på 16 til 90 år, hvoraf 34% var mænd og 64% var kvinder. Størstedelen af dem der har besvaret (49%), var mellem 41-60 år (se karakteristika for respondenter i afsnit 3.4). Der ses ingen sammenhæng mellem alder, og besvarelsestid af skemaet. Der blev som udgangspunkt ikke anvendt eksklusionskriterier, dog blev skemaet kun anvendt digitalt, hvilket gjorde at ikke-digitale patienter ikke har kunnet deltage i pilotafprøvningen. På evalueringsworkshops anbefalede de sundhedsprofessionelle, at fastholde målgruppen.

Årsager til at patienter ikke har besvaret PRO-skemaet, er vurderet af de sundhedsprofessionelle på alle pilotsteder. Årsagerne fremgår af nedenstående tabel. Der var stor variation i årsagerne til, at skemaet ikke var besvaret.

Årsag til ikke udfyldt skema	Hjørring	Haderslev	Næstved	Låsby	Århus	Køge	I alt	%
Tekniske problemer	4	1	9				14	18%
Har glemt at udfylde	5	2	3			1	11	14%
Ikke digital	5	1	4				10	13%
Sproglige udfordringer	1	1	7				9	12%
Ønsker ikke at udfylde skemaer			6				6	8%
Psykisk sårbar	1	1	4				6	8%
Har kognitive udfordringer			4				4	5%
Manglende ressourcer	3			1			4	5%
Ikke mødt op						1	1	1%
Forløb afsluttet inden første møde	2	2					4	5%
Ved ikke			5			2	7	9%
I alt:	21	8	42	1	0	4	76	

Tabel 10 Samlede årsager til at patienterne ikke har besvaret skemaerne.

Den hyppigste årsag til non-respons var på sygehuset `*tekniske problemer*` (18%), fulgt af *'patienter der havde glemt det'* (14%), *'ikke digital'* (13%) og *'sproglige udfordringer'* (12%).

Der har på alle pilotstederne været tekniske udfordringer, og en del af disse non-respondenter forekom i starten af pilotafprøvningen, og andelen faldt i løbet af afprøvningen.

I pilotafprøvning har IT-systemerne og ressourcer spillet en vigtig rolle i forhold til non-respons. Det er ikke alle pilotsteder, der har haft mulighed for at sende remindere eller ringe patienterne op, hvis skemaet ikke har været udfyldt. Enkelte pilotsteder har igennem afprøvningsperioden, justeret i deres arbejdsgange og ringet de patienter op, der manglede at besvare, hvilket var med til at nedbringe andelen af non-respons.

Flere pilotsteder anbefaler, at spørgeskemaet ikke sendes til patienter, der har behov for tolkebistand på grund af sproglige udfordringer. Udover dette bør alle øvrige patienter fortsat have mulighed for at besvare skemaet.

4.4.1 Opsummering af målgruppen

Resultaterne fra evalueringen giver ikke anledning til justering af målgruppen. Målgruppen er fortsat voksne over 16 år, der er diagnosticeret med kroniske smerter, hvor kroniske smerter er kategoriseret som smerter, der har været til stede i mere end 3 måneder. Patienter i palliativ behandling skal fortsat ikke modtage dette skema. Alle pilotstederne anbefaler at målgruppen fastsat af KKG bibeholdes.

Der blev udtrykt bekymring for, at sproglige udfordringer kunne påvirke besvarelsen af skemaet, da det kun foreligger på dansk. Andelen af de non-respondenter, som havde sproglige udfordringer har vist sig at være 12%. Der er enighed om, at man ikke skal fratage nogen muligheden for at besvare skemaet, men man evt. kan undlade at sende til patienter, der har behov for tolkebistand.

Det er fortsat vigtigt, at man også efter pilotafprøvningen, fortsat holder øje med årsagerne til non-respons, så der kan sættes ind med tiltag, hvor det er relevant.

4.5 Relevans, indhold og algoritmer

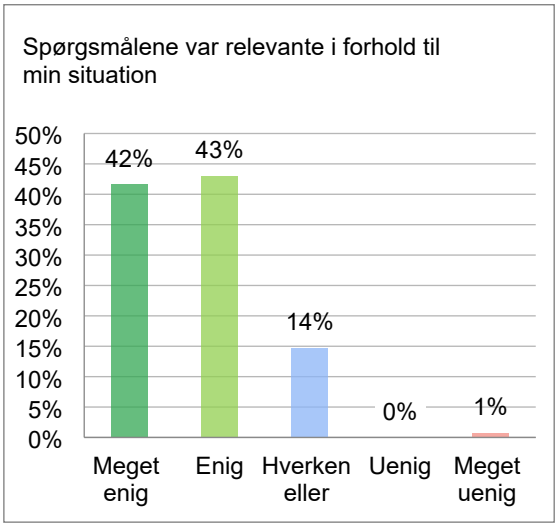
Der vil i de kommende afsnit blive gennemgået data fra pilotafprøvningen i forhold til relevans og forståelighed af skemaet, mængden af spørgsmål, algoritmer og visning, manglende emner, samt ændringsforslag.

PRO-skemaet til mennesker med kroniske smerter er udviklet med et bio-psyko-socialt fokus, og består af 31 items inden for følgende spørgeområder[3]:

- Om dit helbred
- Smerteintensitet
- Tanker i forbindelse med smerter
- Trivsel
- Samvær og støtte
- Håndtering af smerter
- Emner til samtale
- Om dig

4.5.1 Relevans

4.5.1.1 Relevans for patienter



Figur 23 Relevans for patienterne angivet i evalueringsskemaerne

17 ud af de 19 af de interviewede patienter angav, at de fandt spørgsmålene i spørgeskemaet relevante, en oplevede ikke skemaet så relevant, grundet vedkommende var velbehandlet og havde det fint og den sidste fandt det ikke relevant ift. tidspunktet for udsendelse. Tilsvarende angav 85% i evalueringsskemaerne, at spørgsmålene var relevante i forhold til deres situation, og 14 % at de hverken var enige eller uenige, og 1% er meget uenige i at skemaet var relevant.

[3] En nærmere beskrivelse af udvikling, opbygning og indholds- og brugertest kan tilgås på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

"Jeg følte jo bestemt at de var relevante for de handlede jo om mig" (62-årig kvinde).

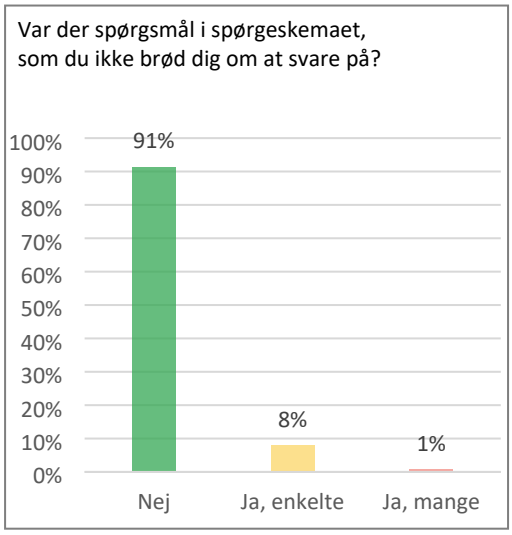
"Jeg syntes de var meget relevante, de kommer ind på alle de vigtige ting i forhold til hvordan man har det, hvad man kan og hvad man tænker og føler" (44-årig mand).

Størstedelen af patienterne oplever, at spørgsmålene er relevante i forhold til deres situation, samt at det giver god mening at besvare spørgsmålene i forbindelse med samtalen.

"De var meget relevante for min situation, men igen det her med at kunne nuancere det til samtalen, det synes jeg er rigtig godt" (46-årig mand).

PRO-skemaet giver således mening, så snart det også anvendes aktivt i dialogen mellem sundhedsprofessionel og patient.

I interview og evalueringsskemaerne, blev patienterne også spurgt om der var spørgsmål, de ikke brød sig om at svare på. I evalueringsskemaerne svarede patienterne 91%, at der ikke var nogle spørgsmål, de ikke brød sig om at svare på. 8% angav at der var enkelte spørgsmål, de ikke brød sig om at svare på og 1% svarende at der var mange spørgsmål de ikke brød sig om at svare på. Spørgsmålene patienterne ikke brød sig om at svare på, var indenfor emnerne intimitet, angst og depression. Nogle af begrundelserne herfor var blandt andet det lidt grænseoverskridende aspekt i at skulle tale om sit mentale helbred.



Figur 24 Grænseoverskridende spørgsmål indsamlet ved evalueringsskemaerne fra patienter

I interviews angav 17 ud af 19 patienter, at der ikke var nogle spørgsmål de ikke brød sig om at svare på. De to resterende patienter fortalte at det handler om det mentale helbred og intimitet.

"Der var lige den der med det psykiske, som jeg synes var lidt underligt, at det er jo ikke fordi der er noget galt i hovedet, siden jeg har smerter" (48-årig kvinde).

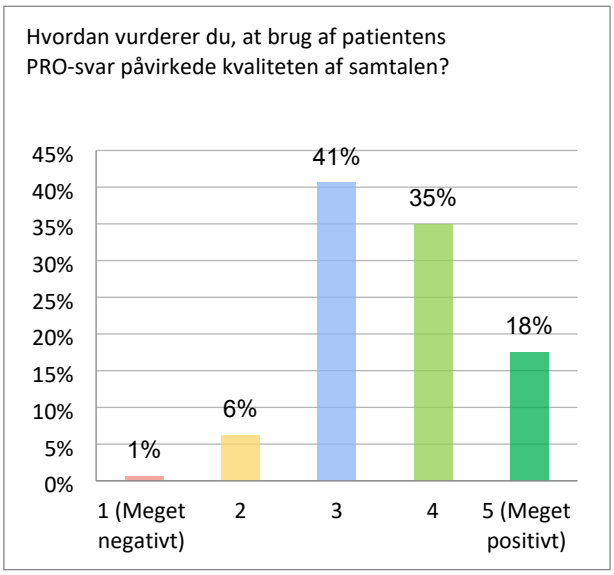
"..om jeg har ondt eller ikke har ondt når jeg har samleje med en mand eller ej, og om jeg har samleje eller ej, det syntes jeg ikke er relevant i forhold til sygdommen" (53-årig kvinde).

De resterende 17 af de interviewede fandt spørgeområdet om intimitet meget relevant.

"Det syntes jeg er rigtig vigtigt at blive spurgt om for det er der jo ikke nogen der tør sige noget om.." "..når man sidder der hjemme så tør man jo godt svare på det, men hvis jeg fik det stillet op hos lægen ville jeg nok sige det kommer ikke dig ved, så det syntes jeg bestemt er at det er relevant det er med" (58-årig kvinde).

4.5.1.2 Relevans for de sundhedsprofessionelle

De sundhedsprofessionelle gav udtryk for at spørgeområderne var relevante i forhold til den samtale de skulle have. Skemaet er med til at fokusere samtalen, og er med til at sikre kvaliteten af samtalen, da skemaet sikrer, at man kommer rundt om alle de emner, som er relevant for patienterne. 53% af de sundhedsprofessionelle angiver i evalueringsskemaerne at de oplever at skemaet påvirker kvaliteten af samtalen positivt. 41% angiver at det ikke påvirker samtalen, hverken positivt eller negativt, imens kun 7% angiver en negativ påvirkning af kvaliteten af samtalen. Dette skyldes både manglende emner samt IT-problemer.



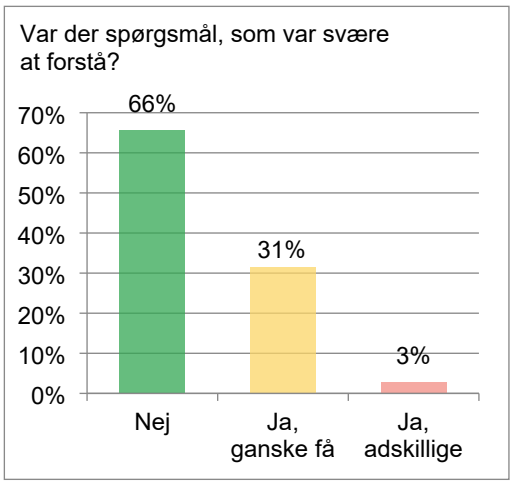
Figur 25 Sundhedsprofessionelles vurdering af påvirkning af kvalitet af samtalen, indsamlet via evalueringsskemaer

Det bliver også fremhævet, at skemaet er med til at fordre relationsdannelsen mellem sundhedsprofessionel og patient, hvilket giver et godt udgangspunkt for samtalen og relationen, dette er specielt relevant ved nye patienter. Enkelte sundhedsprofessionelle (særligt i almen praksis) fremhæver også vigtigheden, af at få talt om andre vigtige emner end medicin til statussamtalerne, som også er med til at kunne øge egen mestringen hos nogle af disse patienter.

4.5.2 Forståelighed

En stor del af de patienter, der har været med til at afprøve skemaet i pilotafprøvningen, finder spørgsmålene forståelige.

66% af patienterne angiver, at der ikke var nogle spørgsmål, der var svære at forstå i spørgeskemaet. De resterende 34% fordeler sig i to grupper, hvor den store gruppe (31%), har svaret at der er ganske få spørgsmål, der er svære at forstå, hvor de sidste 3% tilkendegiver, at der er adskillige, der er svære at forstå. I evalueringsskemaerne havde patienterne mulighed for at angive, hvad der var svært at forstå.



Figur 26 Forståelighed af spørgsmål i skemaet, indsamlet fra evalueringsskemaer fra patienter

Svarene fra evalueringsskemaerne viser ingen tydelig tendens i forhold til, hvilke spørgsmål, der var svære at forstå. Dette er illustreret i nedenstående tabel:

Antal	Spørgsmål der var svære at forstå
6	Kan ikke huske
4	Svarkategorier passede ikke (der var ikke henvist til et specifikt spørgsmål)
4	Svært at bruge talskalaen
3	Det er svært at beskrive hvordan smerten er
1	Behov for hjælp til at besvare
1	Ny-opereret
1	Hvad forstås ved helbred
1	Generelle spørgsmål
1	Generel sproglig barriere
1	Er ordblind

Tabel 11 Årsager til at spørgsmål var svære at forstå, indsamlet ved patienters evalueringsskemaer

11 ud af 19 patienter i interviews, angav at det var let at svare på skemaet. Syv angav at det hverken var svært eller nemt at besvare skemaet, mens én angav at det var svært at besvare skemaet.

De der finder skemaet nemt at besvare, begrunder det med at spørgsmålene var meget relevante i forhold til deres situation, samt at spørgsmålene var fint formuleret og nemme at svare på.

De patienter, der angav at skemaet hverken var nemt eller svært at besvare, begrunder det med at det ikke var spørgsmålene der var svære, men den refleksion de skulle lave for at besvare spørgsmålene.

"Men det er jo ikke altid det lige er fordi det er spørgsmålet, men fordi man skal tænke indad, altså hvordan har jeg det, hvad føler du og sådan noget, så det er ikke fordi spørgsmålene er svære, men man har måske svært ved at lytte efter ved sig selv, finde tankerne ordentligt frem eller hvad kan man sige" (44-årig mand).

Det bliver også fremhævet, at noget af det, der gjorde det svært, var at skulle angive sit svar på skalaer.

"Jeg synes der var svært - der var noget med en skala, og jeg overvejede rigtig meget, at når jeg satte det på en skala, fordi det er ikke altid passer på hvordan jeg har det" (63-årig kvinde).

Der blev i evalueringen også spurgt ind til, hvorvidt skemaet var nemt at besvare. Evalueringsskemaerne viste at 72% af alle patienter var meget enige eller enige i, at spørgeskemaet var nemt at besvare. 20% af patienterne er hverken enige eller uenige om at skemaet var nemt at besvare. 8% er uenige eller meget uenige i at det var nemt at besvare. Det

er også refleksionen, der er udfordrende for at besvare skemaet, herunder at kunne tænke tilbage på den seneste tid, for at kunne besvare skemaet.

Indenfor emnet "Tanker i forbindelse med smerter" var der flere patienter, både fra evalueringsskemaer og fra interviews, der påpegede, at der var et par spørgsmål, der var meget overlappende, og derfor skabte lidt forvirring. Baggrund for dette overlap af to spørgsmål, var at man i udviklingen, gerne ville teste begge spørgsmål af og derefter på baggrund af resultaterne fra pilotafprøvningen, ville vælge, hvilket spørgsmål man gerne ville have med.

4.5.3 Mængden af spørgsmål

Ud fra interviews foretaget i evalueringen fortæller alle patienterne, at skemaet var en passende længde. Der var ikke noget der manglede, og heller ikke noget der føltes overflødigt, udover de to overlappende spørgsmål, som tidligere nævnt. Enkelte oplevede skemaet som lidt langt. Ved uddybning om længen på skemaet, tilkendegiver de også, at der ikke er noget der kan tages væk, grundet relevansen af alle spørgsmålene.

"Længden mens jeg sad med det, tror jeg, jeg tænkte - er det nu nødvendigt - altså inden jeg var færdig med det, og inden jeg erfarede hvordan det blev brugt… men nu syntes jeg det var virkelig godt… fordi da jeg så sad ved siden af sygeplejersken og så kommer det op på skærmen, så kunne jeg jo se at det vigtigste vi skal snakke om det var jo rødt… Jeg syntes det fungerede fint, så nu tænker jeg ikke det er for langt" (81-årig kvinde).

Patienterne udtrykker at længden ikke må blive for lang, og ej heller for kort, da begge scenarier vil gå ud over kvaliteten af skemaet.

"Jeg syntes det var fint, for der var jo ikke nogen spørgsmål, der ikke var relevante" (52-årig kvinde).

For de sundhedsprofessionelle, var der forskellige holdninger til mængden af spørgsmål. Der var to ud af de tre fra almen praksis, der fandt skemaet for langt, til at kunne anvende i deres arbejdsgang. På smertecenteret, er de vant til at anvende et længere og mere detaljeret skema, så de fandt mængden af spørgsmål for lille. Der var stor variation i konsultationstiden, hos de enkelte pilotsteder. Nogle steder i almen praksis var der afsat 10 minutter til samtale med brug af skemaet, og på smertecenteret havde man op imod 60 minutter. Den korte konsultationstid i almen praksis, var også med til at øge holdningen om den for store mængde af spørgsmål i skemaet, da der ikke var tid nok til at få afdækket alle relevante emner i samtalen. Dette kan lede hen imod, at justere på arbejdsgangen og evt. vejledningen for denne målgruppe ude i almen praksis.

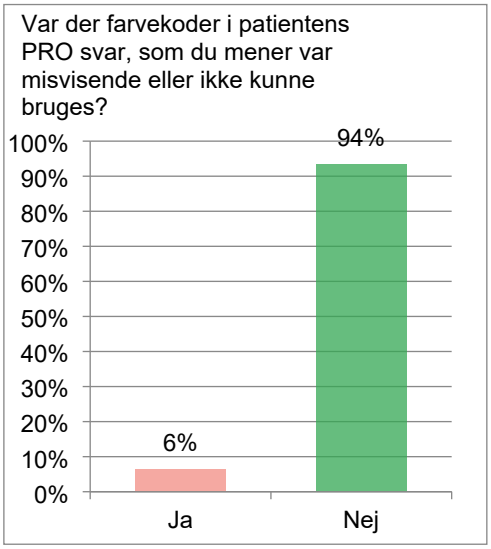
4.5.4 Visning af algoritmer

Under udvikling af PRO til kronisk smerte, besluttede den kliniske koordinationsgruppe at sætte farvekoder på størstedelen af svarene i spørgeskemaet til tolkning af patientens svar.

Farvekoderne der blev sat på var rød, gul og grøn. Rød betyder at besvarelsen kræver stor opmærksomhed, mens gul betyder at besvarelsen kræver særlig opmærksomhed og grøn betyder, at besvarelsen er forventelig og kan bruges til at fremhæve patientens ressourcer.

Farvekoderne har betydning for anvendelse af skemaet i samtalen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. Farvekoderne hjælper den sundhedsprofessionelle, med at få øje på de emner, der er vigtige for patienten at snakke om, samt være med til at strukturere og sikre kvaliteten af samtalen.

Patienterne oplevede ikke, at der var nogle farvekoder eller algoritmer, der ikke passede på dem, når de fik vist dem under samtalen med den sundhedsprofessionelle.



Figur 27 Sundhedsprofessionelles vurdering af nøjagtighed af farvekoder, indsamlet via

De sundhedsprofessionelle evaluerede på algoritmernes nøjagtighed og anvendelighed i samtalerne. Dette blev evalueret både i evalueringsskemaer og til evalueringsworkshops.

Størstedelen af algoritmerne stemte overens med det forventelige. I starten af pilotafprøvningen var der problemer i almen praksis, hvor en fejl gjorde at farvekoderne ikke blev vist til lægen, og senere at der ikke blev vist de grønne farvekoder. Dette blev løst, og derefter kan man se at evalueringerne på farvekoderne blev mere positive.

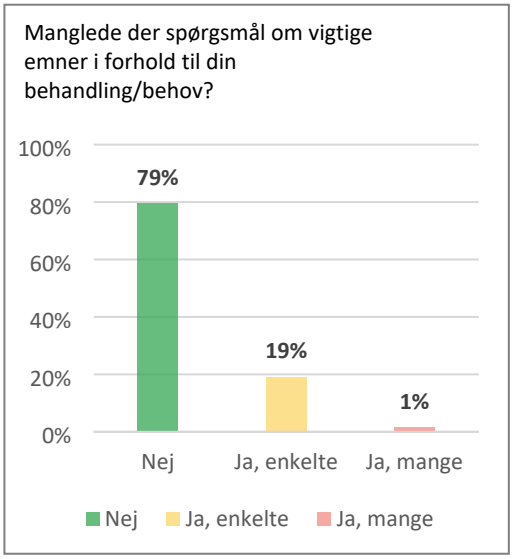
Der er i skemaet algoritmescores, der udregnet på baggrund af spørgeskemaets første ti items. Disse scores fortalte de sundhedsprofessionelle, var lidt svære at anvende, men at det bundede i, at de ikke er vant til at bruge disse scores. De savnede mere vejledning i, hvordan disse scores skulle tolkes og anvendes i forhold til handlinger på baggrund af resultatet.

4.5.5 Manglende emner og spørgsmål i skemaet

Evalueringen har vist at patienterne ikke entydigt mangler yderligere emner i skemaet. De udtrykker, at skemaet kommer rundt om de vigtigste emner, og at det kommer hele vejen rundt.

Der er et emne, der dukker op hos én ud af 19 patienter i interviews, og som også dukker op i et par af evalueringsskemaerne, og det er omkring emnet medicin.

"Jeg syntes godt der kunne være sådan et standard-spørgsmål om hvilke former for medicin tager du, hvor meget tager du, det kan jo også give lægerne sådan et indblik i hold da op ham der fylder sig da med piller hele tiden… det syntes jeg der manglede noget om" (59-årig mand).



Figur 28 Patienternes oplevelse af manglende emner i skemaet, indsamlet via evalueringsskemaer

I evalueringsskemaerne svarede 79%, at der ikke manglede emner i spørgeskemaet i forhold til deres situation. 19% angav at der manglede emner i skemaet, til at afdække deres situation, herunder overvejende om medicin, men også enkelte omkring andre lidelser, mere om intimitet og mere om søvn. Ifølge interviews var der tre ud af 19 patienter der manglede emner i skemaet, hvilket omhandlede fritidsinteresser, og om medicin og virkningen heraf.

På evalueringsworkshops udtrykte de sundhedsprofessionelle, at der manglede spørgsmål indenfor blandt andet emnerne; Medicin, forventninger til samtalen/forløbet, andre lidelser, natlige smerter og KRAM. Et af pilotstederne er vant til at anvende et PRO-skema, indeholdende flere emner, end det udviklede PRO til kronisk smerte, hvorfor deres mangler til skemaet er større.

4.5.6 Forslag til justeringer af spørgsmål

Ændringsforslag til skemaet er indsamlet igennem hele pilotafprøvningen, igennem evalueringsskemaer, interviews, og evalueringsworkshops med de sundhedsprofessionelle.

Om dit helbred:

Indenfor spørgeområdet 'Om dit helbred', er de første ti items af spørgeskemaet, som er PROMIS-10 Global Health 1.2. Dette er licensbelagt. Derfor håndteres ændringsønsker til PROMIS-10, som en samlet mængde. Der er en bagvedliggende algoritme, som udregner samlede scores på to parametre, en fysisk score og en mental score. Der forekommer ikke oprindeligt farvekoder, på enkelt items i PROMIS-10, men der foreligger en retningslinje, for tolkning af de to udregnede scores. Flere pilotsteder, nævner at de to scores ikke anvendes så aktivt, da de ikke er vant til at anvende disse. De anvender primært svarene med påsatte farvekoder fra PROMIS-10 som støtte til dialogen.

Tre ud af seks pilotsteder, ønskede at tage PROMIS-10 ud af skemaet, da det opleves for overordnet ift. den konsultation, de holder. Et andet aspekt, som pilotstederne nævner, er at de nogle steder har meget kort tid til konsultationerne, hvorfor de overordnede spørgsmål føles overflødige, da man hellere vil snakke specifikt om patientens smerter og liv med dem, til konsultationen. De resterende pilotsteder, mener det er en god dialogstarter, da den netop starter så overordnet. I pilotafprøvningen har patienterne ikke givet udtryk for udfordringer med PROMIS-10. Der har været en enkelt patient, der har haft svært ved at svare på det generelle og overordnede niveau omkring helbred.

Dette lægger op til at opveje, de forskellige muligheder, der er ift. at bibeholde eller tage PROMIS-10 ud af skemaet.

Smerteintensitet:
Indenfor spørgeområdet 'Smerteintensitet' var der tre items. To items, der stammer oprindeligt stammer fra PainData, men med justering af recall-periode, samt et item om smertemønster fra LowBackPain-PRO.

Det første item omhandler beskrivelse af sit smertemønster over tid, hvor patienterne derved skal vælge et eller flere billeder, der illustrerer deres smertemønster over tid. Både sundhedsprofessionelle og patienter, var glade for dette item, men nogle sundhedsprofessionelle oplevede at svarkategori a og b var overlappende, og derved kunne lægges sammen til en svarkategori.
Ændringsforslaget til dette item, er derved at svarkategori a og b slås sammen til en.

Det andet og tredje item, omhandler intensiteten af smerterne inden for de sidste 2 uger. Patienterne skal her angive deres stærkeste smerter på en skala fra nul til ti, og deres mindste smerter fra nul til ti.
Der er generel modstand fra patienterne om at anvende skala som svarmulighed. Dette blev adresseret i udviklingsforløbet, men er også blevet fremhævet i interviews i pilotafprøvningen. Tre ud af seks pilotsteder ønsker at fjerne begge af disse spørgsmål, da de ikke anvender dem i dialogen, men afdækker dette ved foregående item om smertemønster.
Ændringsforslaget er at fjerne de to items, eller se på en alternativ svarmulighed som ikke er skala.

Tanker i forbindelse med smerte:
Indenfor spørgeområdet 'Tanker i forbindelse med smerter' var der tre items.

Til at afdække katastrofering valgte man et item fra Pain Catastrophizing scale, der omhandlede at når man mærker smerter, er de så slemme at man aldrig føler de bliver bedre. Under pilotafprøvningen, oplevede pilotstederne ikke at dette item ramte det man gerne ville. Der var også tvivl om at bruge en skalabesvarelse til dette spørgsmål. Som før beskrevet var der stor enighed blandt patienterne om at de ikke brød sig om at svare på en skala.

Ændringsforslaget til dette item, er at forsøge at omformulere spørgsmålet og udarbejde en anden type svarmulighed.

Med det andet item indenfor dette område, ønskede man at afdække angst for at bevæge sig. Her valgte man en adaption fra Fear Avoidance Questionnaire, som afdækker at fysisk aktivitet kan skade en. Pilotstederne under piloten synes, at emnet er meget relevant at have med, men dette item dækker ikke helt hvad man gerne vil vide.
Under udviklingen af skemaet, var der en del forskellige holdninger til om dette item skulle med i skemaet. Der var flere der var imod det negativt ladede spørgsmål, og man valgte derfor at

formulere et positivt ladet spørgsmål, så man efter pilotafprøvningen kunne vurdere hvilket item, der skulle vælges. Det positivt ladede item, der blev formuleret, omhandlede om man fik det bedre, af at holde sig fuldstændig i ro.
Efter pilotafprøvningen, er der ingen tendens til, at det ene item er bedre end det andet. I interviews angav flest patienter, at de foretrak det negativt ladede spørgsmål, da det var det de bedst kunne forholde sig til. Ændringsforslaget er en omformulering, og evt. finde andre forslag til spørgsmål til at afdække dette emne.

Trivsel:
I skemaet er spørgeområdet 'Trivsel' dækket af seks items. De fem første items er WHO-5, som anvendes på tværs af andre PRO-områder, og det sidste item omhandler om man har brug for at sove om dagen. Der var ingen ændringsforslag til WHO-5.

Spørgsmålet om hvorvidt man har brug for at sove om dagen, er selvudviklet. Spørgsmålet var en måde at prøve at forsøge at afdække en mestringsstrategi, som man som person med kroniske smerter, måske har brug for støtte og hjælp til at komme ud af. Alle pilotstederne fandt dette spørgsmål meget relevant, men formuleringen ramte ikke helt plet i forhold til anvendelse af spørgsmålet rent praktisk. Derfor er ændringsforslaget til dette item en omformulering.

Samvær og støtte:
Indenfor spørgeområdet 'Samvær og støtte' er der tre items, som stammer fra hhv. de nationale sundhedsprofiler, og med inspiration fra MMQ-1. Pilotafprøvningen, og den efterfølgende evaluering har ikke givet nogen anledning til justering af disse items, hvorfor de bibeholdes som de er.

Håndtering af smerter:
Indenfor spørgeområdet 'Håndtering af smerter' er der to items, som er selvudviklet. Pilotafprøvningen, og den efterfølgende evaluering har ikke givet nogen anledning til justering af disse items, hvorfor de bibeholdes som de er.

Emner til samtale:
'Emner til samtale' består af ét item, som stammer fra PainData. Dette item er taget med, da man gerne ville understøtte patienternes ønske om en mulighed for at kunne uddybe emner, hvis der var noget de følte ikke blev dækket af skemaet. Pilotafprøvningen viste, at dette item ikke blev anvendt. Nogle af pilotstederne fandt dette item meget lukket. Ændringsforslaget til dette item er enten at slette det eller omformulere.

Om dig:
Indenfor spørgeområdet 'Om dig', er der tre items. De tre items omhandler patientens arbejdssituation, uddannelsesniveau og civilstand, som oprindeligt stammer fra PainData. Nogle pilotsteder, som har adgang til disse oplysninger i forvejen, finder dem overflødige, imens de andre pilotsteder ser en værdi i at have dem med.

Det item der omhandler uddannelsesniveau er der flere pilotsteder, som finder irrelevant og overflødigt. Ændringsforslaget er derfor at slette spørgsmålet om uddannelsesniveau.

4.5.6.1 Rækkefølgen i skemaet

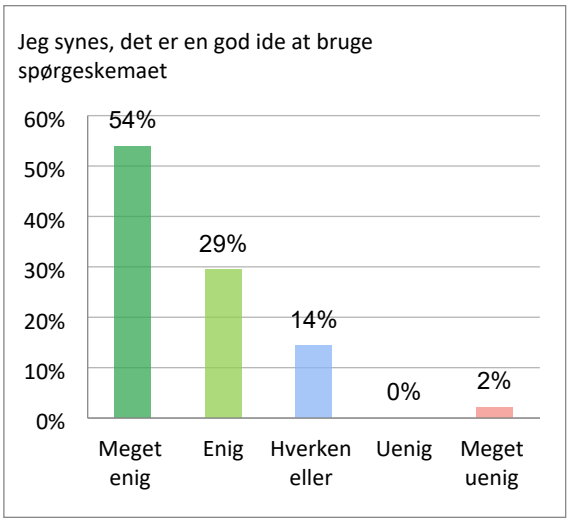
Ved gennemgang af skemaet på evalueringsworkshops, blev det fremhævet at en del items i skemaet, stod uhensigtsmæssigt, hvorfor der er et ønske om justering af rækkefølge.

De ti første items fra PROMIS-10 Global Health, omhandler mange forskellige spørgeområder, der præsenteres sammen, når de sundhedsprofessionelle ser patientens besvarelse. Flere af spørgeområderne, bliver uddybet med flere spørgsmål, længere nede i skemaet, hvilket er med til at vanskeliggøre overblikket over besvarelsen. Derfor er det et ønske fra pilotstederne, at undersøge hvorvidt, det er muligt at opdele PROMIS 10, så items indenfor samme spørgeområde præsenteres sammen.

Flere pilotsteder finder det også uhensigtsmæssigt, at sektionen 'Om dig' er den sidste i skemaet, og her bliver det foreslået at sætte denne sektion op som en af de første, for at indlede skemaet med nogle baggrundsoplysninger.

4.6 Fremadrettet brug af skemaet

4.6.1 Patienternes vurdering af at bruge skemaet fremadrettet



Figur 29 Evaluering om anvendelse af skemaet indsamlet ved evalueringsskemaer fra patienter

Ud fra evalueringsskemaer og interviews, giver patienterne udtryk for, at de ønsker at anvende spørgeskemaet fremadrettet. Evalueringsskemaerne viste at 83% af patienterne synes det er en god ide at anvende spørgeskemaet i samtalen, 15% har ingen holdning til om man anvender skemaet, og kun under 2% syntes ikke man skal anvende PRO-skemaet i samtalen. Patienterne i interviewene er positive omkring at bruge skemaet fremadrettet, så længe det bliver anvendt, og der bliver samlet op på deres besvarelse i samtalen. Alle 19 informanter oplevede samlet set at det er fint at besvare skemaet og anvende det i samtalen.

"Jamen det synes jeg har været godt nok – det gjorde at man ligesom havde et udgangspunkt for samtalen " (71-årig mand)

"Det synes jeg var fint. Fordi man så havde noget at snakke om fordi jeg havde svaret og han kunne se det, så vi havde det der fælles grundlag." (48-årig kvinde)

4.6.2 De sundhedsprofessionelles vurdering af at anvendelse af skemaet fremadrettet

Efter endt pilotafprøvning afklares det om de deltagende kommuner bliver ved med at anvende PRO til kronisk smerte. Mens almen praksis og sygehuset kun afprøvede skemaet i pilotperioden.

Alle deltagerne på pilotstederne vurderede, på en skala fra 1-5, hvor meget de troede på at skemaet ville blive brugt fremadrettet. Nedenstående overblik er opdelt i sektorer, med angivelse af antallet af sundhedsprofessionelle.

Sektor	1 *(det kommer vi aldrig til at bruge)*	2	3	4	5 *(det skal vi bare fortsætte med at bruge)*
Almen praksis				1	3
Kommunerne			4	6	1
Tværfagligt Smertecenter	3	4	5	1	

Tabel 12 Sundhedsprofessionelles vurdering af fremadrettet brug, illustreret ved antal sundhedsprofessionelle, på hvert sted, der har givet en score.

Pilotstederne bidrog med argumenter for at anvende skemaet fremadrettet samt deres forventede udfordringer. Nedenfor er argumenterne oplistet, med de hyppigst nævnte øverst.

<u>Argumenter for at anvende skemaet fremadrettet/der kan fremme anvendelsen:</u>

- En god visning der kan give et hurtigt overblik *(fem pilotsteder)*
- Inddragelse af patienten i samtalen, når svarene anvendes aktivt *(fire pilotsteder)*
- Bidrager med struktur, indhold og kvalificere samtalen *(fire pilotsteder)*
- Tværsektorielt anvendelse med deling af data *(tre pilotsteder)*
- Fokus på tabuiserede emner som seksualitet/intimitet, ensomhed og depression *(tre pilotsteder)*

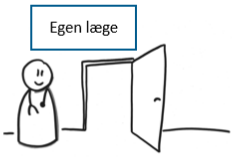
<u>Udfordringer ved at anvende skemaet fremadrettet:</u>

- Kræver tid og ressourcer særligt i starten til at lære skemaet at kende og hvordan man anvender det *(fem pilotsteder)*
- Kliniske retningslinjer eller PLO´s anbefalinger til årsstatus for smertepatienter *(tre pilotsteder (AP))*
- For mange spørgsmål *(tre pilotsteder (AP))*
- Der mangler økonomi *(to pilotsteder (AP))*
- For få spørgsmål *(et pilotsted (sygehus))*
- Skemaet fokuserer på begrænsninger i stedet for ressourcer *(et pilotsted)*

5. Bilag 1

KKG forventet formål og beslutningsstøtte i forløbet

Formål og beslutninger undervejs i forløbet - 1 af 2



Årsstatus:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte
- Visitationsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Dagsorden for konsultationen, Medicingennemgang, Konklusion og plan for videre forløb

Ny patient i nyt forløb:
Typer af beslutningsstøtte:
- Behandlingsstøtte
- Dialogstøtte
- Visitationsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Sygemelding
- Nye tiltag

Ny patient i klinikken:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Overblik/indblik
- Forventningsafstemning om samarbejdet

Indlæggelse:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Planlægning af individuelt forløb, f.eks. anvendelse af distraktionsværktøjer perioperativt

Under operation:
Typer af beslutningsstøtte:
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Afklaring af patients behov for smertelindring postoperativt
- Skabe tillid til at opvågningsforløbet er tilpasset det aktuelle smertebehandlingsforløb

SST: anbefaling om præoperativ anvendelse

Indledende, midtvejs- og afsluttende samtaler:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Planlægning af samtalen
- Målrettede indsatser og løbende tilpasning heraf
- Mestringstiltag
- Henvisninger til andre tilbud/forløb i kommunen

Formål og beslutninger undervejs i forløbet - 2 af 2

Forambulant samtale:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte
- Visitationsstøtte?

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Forventningsafstemning ift. behandler
- Medicinregulering
- Beslutning om tværfagligt forløb
- Evt. evaluering af medianeffekt

Tværfaglig smerteklinik
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Behandlingsbehov
- Behov for billeddiagnostik
- Behov for kirurgi

1. Samtale
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Valideret rationale for behandlingstiltag
- Planlægning af forløb, herunder mono- eller tværfagligt forløb, rækkefølge af indsatser, individuelt eller gruppe
- Hvilke faggrupper i forløbet
- Dialog om motivation

Anæstesiolog – 1. samtale:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Bedre dokumentation
- Evt. dok af behandlingseffekt?

Psykolog – 1. samtale:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Tilrettelæggelse af behandling

Reumatolog – 1. samtale:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Strukturering af samtalen

OBS: udfyldelse inden 1. samtale måske ikke praktisk muligt pga. online selvbooking

Fysioterapeut/Kiropraktor – Ny Patient:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Omfang af indsats
- Prognose og mål for behandling
- Yderligere udredning/afklaring

Fysioterapeut/Kiropraktor – eksisterende patient:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte
- Visitationsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Skal patienten ses?
- Forståelse af hvad der fylder p.t.
- Behov for nye tiltag her eller hos andre

Opnået formål i pilotafprøvningen

Skemaet er testet i kommunen, almen praksis og på et sygehus på et tværfagligt smertecenter.

Hvid: opnået i pilotafprøvningen.

Grøn: Tilføjelse på baggrund af pilotafprøvningen.

Gul: Ikke helt opnået/eller testet i pilotafprøvningen, men tror på skemaet muligvis kan understøtte dette.

Rød: Ikke opnået og tror ikke skemaet kan bidrage med noget her.

Sundhedsforvaltningen

Indledende, midtvejs- og afsluttende samtaler:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte
- Visitation

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Planlægning af samtalen
- Målrettede indsatser og løbende tilpasning heraf
- Mestringstiltag/Ressourcer
- Henvisninger til andre tilbud/forløb i kommunen/ Almen praksis
- Kvalitetssikring
- Ansvar til borgere
- Forbyggende perspektiv

Egen læge

Årsstatus:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte
- Visitationsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Dagsorden for konsultationen, Medicingennemgang, Konklusion og plan for videre forløb

Ny patient i klinikken:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Overblik/indblik
- Forventningsafstemning om samarbejdet
- Relationsdannelse

~~Ny~~ patient i nyt forløb:
Typer af beslutningsstøtte:
- Behandlingsstøtte
- Dialogstøtte
- Visitationsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Sygemelding
- Nye tiltag

Smerteklinik

1. Samtale
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Valideret rationale for behandlingstiltag
- Planlægning af forløb, herunder mono- eller tværfagligt forløb, rækkefølge af indsatser, individuelt eller gruppe
- Hvilke faggrupper i forløbet
- Dialog om motivation

Forambulant samtale:
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte
- Visitationsstøtte?

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Forventningsafstemning ift. behandler
- Medicinregulering
- Beslutning om tværfagligt forløb
- Evt. evaluering af medianeffekt

Tværfaglig smerteklinik
Typer af beslutningsstøtte:
- Dialogstøtte
- Behandlingsstøtte

Beslutninger, PRO føder ind til:
- Behandlingsbehov
- Behov for billeddiagnostik
- Behov for kirurgi

6. Bilag 2

Værdiskabelse

Grøn: Opnået i piloten
Gul: Ikke helt opnået men tror på skemaet kan være med til at skabe denne værdi
Rød: Ikke opnået og tror ikke skemaet kan bidrage med noget her

	Værdi for sundhedsprofessionelle	Hadersl ev	Hjørrin g	Næstve d	AP1	AP2	AP3
	Systematisk, helhedsorienteret gennemgang af den enkeltes situation – afdækning af sammenhænge og målrettet dialog						
	Bedre grundlag for at tilrettelægge individuelt forløb						
	Legalisere, at der spørges ind til flere områder af personen med smerters tilværelse og situation			Legitimer e			
	Velforberedte personer med smerter giver bedre konsultationer						
	Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation, nemmere at finde frem til hvad der betyder noget						
	Bedre grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan						
	Bredere indblik i og bedre forståelse af den enkeltes situation						
	Bedre opfange ændringer i tilstanden, grundlag for fokuseret/individualiseret behandlingsplan				Slet ind. behandling splan		
	Bedre udnyttelse af ressourcer – reducere under-/overbehandling						
	Bidrag til evaluering af indsatser						
	Ved sektorovergange mindskes tab af data						
	Mere struktureret kommunikation mellem aktører						
	Optimere tidsforbrug						
	Ensartet behandling						