

Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabilitering?

-En kvalitativ studie ved fire rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst

Siri Aaland Kolflaath

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo 4.mai 2023
Veileder: Liv Ariane Augestad



Forord

Først, en stor takk til min veileder Liv Ariane Augestad. Takk for at du har tatt deg tid og vært tilgjengelig for meg, med kloke spørsmål og tilbakemeldinger.

Takk til dyktige forelesere ved det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Det Medisinske Fakultet, Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo. Dette har vært lærerikt.

Takk til mine medstudenter på kull 35, for erfaringsutveksling, refleksjoner, samhold og humor. Dere bidro hver og en med inspirasjon og motivasjon, og gjorde studiet lystbetont fra begynnelse til slutt.

Takk til Harald Kåre Engan (FOU Unicare) og Britta Madsen Rasmussen (KBP koordinator Unicare) for hjelp til å spisse oppgavens problemstilling og for gode artikler. Takk til Håkon Foss (IT/personvern) og Arild Strandbråten (FOU Unicare Hokksund) for hjelp med teknikk og lokalt data-uttrekk.

Takk til alle dere flotte informanter som delte deres synspunkt i fokusgruppe intervju. Takk for deres vennlighet, åpenhet og tillit. Det hadde ikke blitt noen oppgave uten dere. Takk til deg Britta, for din hjelp under fokusgruppeintervjuene.

Takk til min leder Pål Stenbro, som har latt meg være student i arbeidstiden. Takk til mine lederkolleger og legekolleger på jobb, som har gjort jobben i mitt fravær og takk til alle gode kolleger og pasienter som har vært forståelsesfulle når jeg har vært «fraværende».

Jobben med oppgaven har vært langsom og har utfordret min tålmodighet. Når jeg nå ser meg tilbake, innser jeg at nettopp det langsomme ved oppgaveskrivingen har vært nyttig for meg.

Til sist vil jeg takke venner og familie som støttet meg i månedene med skriving. Jeg ville ikke kommet meg gjennom dette arbeidet uten deres velvilje, hjelp og oppmuntring underveis. Takk til mine venner for middager og åpent hus for mine barn, og tusen takk til Espen, Astrid og Hedvig, for deres kjærlighet som setter det hele i rett perspektiv.

Sammendrag

Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabilitering? – En kvalitativ studie ved fire rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.

Bakgrunn

EQ-5D er det anbefalte måleinstrumentet i helseøkonomiske analyser, og det første måleinstrumentet som inngår som kvalitetsindikator i det nasjonale «Rehabiliteringsregisteret». Å ta i bruk EQ-5D som utfallsmål og kvalitetsindikator kan avgjøre i hvilken grad rehabilitering prioriteres i helsetjenesten i fremtiden. Sammenlikning av resultat på tvers av fire private rehabiliteringsenheter som har tatt skjema i bruk, viser uønsket variasjon i svarprosent ved innkomst og avreise, og endring i VAS-helse og EQ-5D-index. Studiens formål er å undersøke hvilke barrierer og tilretteleggende faktorer som kan ha betydning for implementering. Langsiktig målsetting er at kunnskapen fra studien kan nyttiggjøres i planlegging og tiltak i implementeringsprosessen videre.

Metode

Det er gjennomført en eksplorativ studie ved fire rehabiliteringsenheter. 30 informanter har deltatt i fem fokusgruppediskusjoner. Deltagerne er tverrfaglig helsepersonell og ledere fra fire rehabiliteringsenheter utenfor sykehus. Tilnærming til datamaterialet kombinerer induktiv og deduktiv metode. Data er informantenes holdninger og erfaringer, kategorisert ved hjelp av metoden Tematisk Analyse og plassert og vurdert i det teoretiske rammeverket COM-B, om adferdsendring. Teorien i oppgavene er at hemmere og fremmere for en bestemt Behaviour (adferd), kan plasseres i kategoriene Competence (evner), Opportunity (muligheter) og Motivation (motivasjon). Ved å påvirke en eller flere av disse elementene, vil man kunne oppnå Behavioral Change (adferdsendring).

Resultat

Sentrale fremmere er: (i) tydelig målsetting (ii) sterk fagstemme i ledelsen med legitimitet i klinikken; (iii) rollemodeller i tverrfaglig team; (iv) opplæring i bruk og tolkning av resultat; (v) prosedyrer for gjennomføring; (vi) ansvar plassert på flere i tverrfaglig gruppe; (vii) et velfungerende IT system og samstemming mellom digital skjemaplattform og elektronisk

pasientjournal; (viii) mulighet for pasienten til å svare digitalt, på papir og på eget språk; (ix) møter hvor resultat diskuteres, (x) at resultat brukes i klinikken i kartlegging og gjennomgås med pasienten for målsetting og for å bestemme rehabiliteringstiltak og (xi) at samlede data presenteres for helsepersonell i klinikken og (xii) brukes i kvalitetsforbedringsarbeid.

Konklusjon

Implementering av EQ-5D involverer pasienter, helsepersonell og ledelse. Å lykkes med prosessen forutsetter i henhold til funn i denne studien og COM-B teori for adferdsendring, at impliserte parter har evner, muligheter, motivasjon til å velge å bruke verktøyet.

Implementering av EQ-5D kan bidra til et kunnskapsløft for rehabilitering og være med å avgjøre fremtiden for faget. Effekt og bærekraft må dokumenteres, for å bli prioritert i helsetjenesten. Det er på tide at vi som jobber med rehabilitering viser folk, politikere, helsemyndigheter og oppdragsgivere at «Rehabilitation Matters».

Abstract

Promoting implementation of EQ-5D in rehabilitation, what are the key factors? A qualitative study in four rehabilitation units in the south-east health district in Norway.

Objective

This study examines and analyses the key facilitators and challenges to implementation of the EuroQol EQ-5D in rehabilitation.

Background

The EQ-5D is the preferred measure of health-related quality of life in cost-benefit analysis, and the first measure included as a quality indicator in the national registry for rehabilitation. Implementing the EQ-5D as an outcome measure and quality indicator can act as a tool for resource allocation and influence future prioritization of rehabilitation in healthcare. Comparison of results in four rehabilitation units that has implemented the EQ-5D, show unwanted variation in the response rate and change in EQ-5D VAS and Index. This study identifies and discusses the barriers and promoting factors for the use of the EQ-5D within these four rehabilitation units.

Design and method

Five focus groups consisting of a total of 30 participants were established. The participants were multidisciplinary healthcare personnel and administrative leaders from four rehabilitation units. The study combines an inductive and deductive method of data analysis. The data represents the participants opinions and experiences, mapped through Thematic Analysis, and placed in the theoretical framework of the COM-B system. The theory states that the barriers and facilitators for a given behavior can be placed in the categories Competence, Opportunity, and Motivation. Change of behavior can be achieved by influencing one or more of these elements.

Results

Important facilitators identified are: (i) setting firm goals for implementation; (ii) strong medical leadership within the management and in the clinic; (iii) role models in the multidisciplinary team; (iv) adequate training on how to use and interpret the EQ-5D; (v) procedures, (vi) shared responsibility in the multidisciplinary team for collection and review of the individual patient response; (vii) meetings where the patient's response of the EQ-5D are

discussed; (viii) a well-functioning system for electronic data capture and integration of the digital data capture platforms into the patient's electronic health record; (ix) the choice to respond digitally or in manuscript and translated versions of the EQ-5D being available; (x) the use the EQ-5D in the clinic to understand the current health status, to review the response with the patient and incorporate their response in goal setting and treatment planning ,(xi) reporting and discussing the data with the clinical personnel (xii) and using the data in quality improvement activities.

Conclusion

Implementations of the EQ-5D in rehabilitation requires the involvement of the patient, multidisciplinary healthcare personnel and leaders. According to the findings in this study, the barriers and promoting factors can be placed in the COM-B framework. For the implementation of EQ-5D to be successful, the participants involved need the Competence, the Opportunity, and the Motivation to carry out the task of implementing the questionnaire. Implementation of the EQ-5D can have great implications. It can determine the future of rehabilitation in healthcare. Evidence on effect and sustainability is required. It is time to show the stakeholders that "Rehabilitation Matters".

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	4
1. Innledning og problemstilling	8
1.1 Rehabilitering og kunnskap	8
1.2 Forutsetning for prioritering	8
1.3 Verdigrunnlag i helsetjenesten	8
1.4 Effekt og helsegevinst	9
1.5 Problemstilling.....	9
1.6 Formål.....	9
1.7 Forsknings spørsmål	9
2. Bakgrunn.....	10
2.1 Begrep og definisjoner.....	10
2.2 Lovgrunnlag.....	10
2.3 Organisering	10
2.4 Politiske føringer og sentrale styringsdokument	11
2.5 Rehabilitering i HSØ	11
2.6 Rettighetsvurdering.....	11
2.7 Prioriteringskriterier	12
2.8 Kvalitet i helsetjenesten.....	12
2.9 Nasjonalt kvalitetsregister for rehabilitering	12
2.10 Helsegevinst.....	12
2.11 Pasientrapporterte utfallsmål	13
2.12 Helseøkonomiske evalueringer.....	13
2.13 Helserelatert livskvalitet og kvalitetsjusterte leveår	14
2.14 EQ-5D-5L	14
2.15 EuroQual Group Association.....	15
2.16 The EQ-5D «making the world make better health decisions”	15
2.17 EQ-5D i norske helseregister.....	15
2.18 Kunnskapsgrunnlaget for studien	16
2.19 Bakgrunn for studiens problemstilling	19
2.20 Kunnskapsløft for rehabilitering.....	21

3. Design og teoretisk rammeverk.....	22
3.1 Formål.....	22
3.2 Materiale.....	23
3.3 Rekruttering.....	23
3.4 Strategisk utvalg.....	23
3.5 Gjennomføring av intervjuene.....	24
3.6 Bakgrunnsinformasjon om informantene.....	24
3.7 Transkribering.....	24
3.8 Etikk.....	24
3.9 Teoretisk rammeverk.....	25
3.10 Data-analyse.....	26
4. Resultat.....	27
4.1 Pasientene.....	27
4.2 Helsepersonellet/klinikken.....	33
4.3 Organisasjonen/ ledelsen.....	42
4.4.Behaviour (adferd, oppførsel og fremgangsmåte).....	47
4.5 Oppsummering av de viktigste hemmere og fremmere.....	49
5. Diskusjon.....	54
5.1 Kunnskapsgrunnlaget.....	55
5.2 Hovedfunn i denne studien.....	56
5.3 COM-B teorien, tidligere forskning og egne funn- hva forteller det oss?.....	57
5.4 Gyldighet.....	63
5.5 Svakheter ved studien.....	64
5.6 Styrker.....	65
5.7 Relevans.....	65
5.8 Klinisk overføringsverdi / implikasjoner for praksis.....	65
5.9 Hva bør studeres videre?.....	66
5.10 Mine anbefalinger for praksis/ råd til de impliserte parter.....	66
6. Konklusjon.....	68
Referanseliste.....	69
Appendix 1: Informasjonsskriv.....	71
Appendix 2: Intervjuguide.....	74
Appendix 3: NSD Godkjenning.....	75

1. Innledning og problemstilling

Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabilitering?

En kvalitativ studie ved fire rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.

1.1 Rehabilitering og kunnskap

Rehabilitering er en helsetjeneste med formål å hjelpe personer med sykdom eller skade og nedsatt funksjon, å gjenvinne, opprettholde eller øke funksjon, mestringsevne, likeverdighet, deltagelse og selvstendighet. Rehabiliteringsfaget har historisk sett hatt lav status, i forhold til andre medisinske og kirurgiske fag, og rehabilitering har hatt lav prioritet i forskning og fagutvikling. Det er gjennomført flere kunnskapsoppsummeringer om effekt av rehabilitering som påpeker at dokumentasjonen på effekt er mangelfull, at kvaliteten på dokumentasjonen er for lav og at brukermedvirkning er for svak. Konsulentselskapet KPMG leverte i 2020, på oppdrag fra Helsedirektoratet, rapporten «Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019». Evalueringen peker på behov for bedre kvalitetsindikatorer og styrking av kunnskap gjennom registerdata og forskning (Helsedirektoratet 2020, IS 2975).

1.2 Forutsetning for prioritering

Helsemyndighetene og oppdragsgiverne er tydelige i sine krav og forventinger ved prioriteringer i helsebudsjettene. Det må fremskaffes dokumentasjon for at behandlingstiltakene virker for pasienten og at det lønner seg for samfunnet.

Dersom rehabilitering ikke er annet enn kjærlighet og omsorg satt i system, vil ikke faget eksistere i fremtiden»- Ole Tjomsland–prosjektleder i medisin og helsefag i HSØ- fra Rehabiliteringskonferansen i HSØ i 2017.

1.3 Verdigrunnlag i helsetjenesten

Den syke sitt syn på sin helse har vært lite anerkjent i helsetjenesten. Det har vært legen sin vurdering som har vært fasiten. Alternativt syn er, at den som eier sykdommen er den syke. Helsetjenesten anerkjenner i økende grad pasientens stemme, og *pasient rapporterte data* brukes i økende omfang for å dokumentere *effekten og betydningen* av ulike helsetiltak.

1.4 Effekt og helsegevinst

EQ-5D er et spørreskjema for egenvurdering, utviklet for at pasienter selv skal beskrive og verdsette sin helserelaterte livskvalitet og deres opplevelse av helsegevinst etter behandling eller annet helsetiltak (euroqol.org). EQ-5D er det mest brukte instrumentet internasjonalt for måling av opplevd helse. Måleinstrumentet brukes i helseøkonomiske evalueringer og inngår som kvalitetsindikator i flere nasjonale helseregister.

1.5 Problemstilling

Unicare Rehabilitering er et privat helseforetak med ni rehabiliteringsenheter i to helseregioner, H-Midt og HSØ. Enhetene tar imot omkring 8000 pasienter hvert år. EQ-5D er tatt i bruk på alle enhetene de siste årene, men enhetene er i ulike stadier implementeringen. Innhentet data fra FoU- nettverket i Unicare, viser en uønsket variasjon mellom enhetene i svarprosent ved oppstart og avslutning, og i endring i EQ-5D VAS (selvopplevd helse) og EQ-5D Index før og etter rehabilitering.

1.6 Formål

Oppgavens formål er å undersøke hvilke faktorer og forutsetninger helsepersonellet og ledelsen mener kan fungere som hemmere eller fremmere for vellykket implementering av EQ-5D. Langsiktig målsetting er at kunnskap fra studien kan nyttiggjøres i planlegging og tiltak i den videre implementeringsprosessen.

1.7 Forskningsspørsmål

- a. Hvilke holdninger og erfaring har helsepersonell og ledere i Unicare med å anvende PROM (patient reported outcome measures) spørreskjema som kartleggingsverktøy?
- b. Hvilke forventninger har helsepersonell og ledelse til relevans og nytte ved å anvende EQ-5D?
- c. Hvilke barrierer finnes for implementering?
- d. Hvilke tilretteleggende faktorer er betydningsfulle?

2. Bakgrunn

2.1 Begrep og definisjoner

Rehabilitering er en helsetjeneste med formål å hjelpe mennesker å bevare eller gjenvinne funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltagelse (Nasjonal veileder, Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet, 2020). Definisjonen følger av Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 fra 2018:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

2.2 Lovgrunnlag

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13 fra 2018, beskriver det *ansvaret* spesialisthelsetjenesten er pålagt. Det *regionale helseforetaket* skal tilby nødvendig undersøkelse og utredning av personer med mulig behov for rehabilitering. I de tilfeller der det fastsettes behov, skal RHF sørge for tilbud om intensiv trening og oppøving av funksjoner og ferdigheter og tilrettelagt opplæring.

2.3 Organisering

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten tilbys både på sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner. I 2017 var det i underkant av 54 000 rehabiliteringspasienter i Norge, fordelt omtrent 50/ 50 mellom sykehusene og de private (Statistisk sentralbyrå, 2019). I 2018 ble det brukt 7,2 milliarder på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (Helseregnskap 2018).

2.4 Politiske føringer og sentrale styringsdokument

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering, 2017–2019, er en henstilling om reduksjon i rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Planen er at kommunehelsetjenesten på sikt skal overta oppgaver. Kommunene har fått øremerkede tilskudd til tjenesteutvikling. I henhold til Regional utviklingsplan, Helse Sør-Øst 2035, er målet for rehabilitering en trinnvis *opptapping* av tilbudet i kommunene med *tilsvarende tilpasning* i tilbudet i *spesialisthelsetjenesten* (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Ifølge rapporten ‘Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten’ utgitt av Helsedirektoratet i 2018 var det nedgang på antall pasienter på 1.8 % fra 2016- 2017, hovedsakelig på grunn av færre plasser i sykehus. (Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet, 2018).

Midtveisevaluering av opptappingsplanen levert av Helsedirektoratet i 2018 viste *nedgang i pasienter som mottok rehabilitering* i spesialisthelsetjenesten, uten en tilsvarende styrking i kommunene (Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. En midtveis oppsummering per 2018. Helsedirektoratet, 2018).

2.5 Rehabilitering i Helse Sør- Øst

Helse Sør- Øst tilbyr rehabiliteringstjenester i ni offentlige helseforetak og fire private ideelle sykehus, og kjøper i tillegg rehabiliteringstjenester fra 28 private institusjoner. I 2015 inngikk HSØ løpende rammeavtaler med private tilbydere, etter anskaffelsesprosess og i henhold til Lov om offentlige anskaffelser. (‘Anskaffelsesloven, Prop.51 L, Nærings og fiskeridepartementet, 2015). *Ytelsesavtaler* med hvert sted beskriver hva hver institusjon skal tilby av tjenester, herunder *tiltak, bemanning og antall pasienter*. HSØ kjøpte i 2022 private rehabiliteringstjenester for om lag 1.5 mrd. (Helse Sør- Øst, 2022).

2.6 Rettighetsvurdering

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i henhold til Pasient og Brukerrettighetsloven (pbrl) kapittel 2 (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Helseforetakene vurderer selv om pasienten har rett til rehabilitering eller ikke. Dersom pasienten får “rett til”, tilbys pasienten rehabilitering i helseforetaket. I de tilfeller der helseforetaket ikke selv kan tilby et adekvat rehabiliteringstilbud, skal pasientene henvises videre til private aktører. Regional koordinerende enhet for rehabilitering (RKE) rettighets

vurderer henvisninger fra fastleger og private avtalespesialister, på oppdrag fra Regionale helseforetak.

2.7 Prioriteringskriterier

Å prioritere betyr å sette noe foran, og si nei til noe (Per Lønning).

Prioriteringsbeslutninger i norsk helsetjeneste bygger på anbefalinger fra *Lønning- II- utvalget* (Statens forvaltningstjeneste, 1997), og vurderes ut ifra tre kriterier: *alvor, nytte og kostnadseffektivitet*. Prinsippene er senere videreutviklet, med bidrag fra Norheim utvalget (NOU 2014:12), Magnussen gruppen («På ramme alvor» Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og Blankholm-utvalget (NOU 2018:16). Blankholm- utvalgets forslag var å inkludere mestring i prioriteringsgrunnlaget, for å anerkjenne pasientens stemme. Kunnskap om kvalitet, helsegevinst og samfunnsnyttan av helsetjenester, er nødvendig for å gjøre gode prioriteringsbeslutninger. Tiltak som gir betydelig forbedring og vedvarende endring, bør prioriteres ('Prioriteringsmeldingen' Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.8 Kvalitet i helsetjenesten

God kvalitet i sosial- og helsetjenesten innebærer at tjenestene er virkningsfulle, er trygge, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. (... og bedre skal det bli! Sosial og Helsedirektoratet, 2005), (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Helsedirektoratet, 2019)

2.9 Nasjonalt kvalitetsregister for rehabilitering

«Rehabiliteringsregisteret» er et pilotregister i regi av Helsedirektoratet i samarbeid med offentlige og private rehabiliteringsaktører i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å medvirke til kvalitetsforbedring av rehabiliteringstjenestene. Datainnsamlingen startet i 2020. Spørreskjema EQ-5D er det første måleinstrumentet som inngår som kvalitetsindikator i registeret. (Rehabiliteringsregisteret Helsedirektoratet, 2020).

2.10 Helsegevinst

Forskningsprosjektet RehabNytte er et samarbeid mellom 17 private rehabiliteringsinstitusjoner fra alle fire helseregioner. Prosjektet er organisert gjennom FoU-nettverket i

Virke Rehab, i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) og Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NKARR). Nærmere 4000 pasienter ble inkludert i studien fra januar 2019 til mars 2020. Målet for studien er å undersøke hvilken *nytte* pasienter har av rehabilitering og på sikt bidra til å bedre og mer effektive rehabiliteringstjenester. *Spørreskjemaet EQ- 5D* inngår som to av fire primære *utfallsmål* (RehabNytte, NKRR 2021).

2.11 Pasientrapporterte utfallsmål

Pasientrapporterte utfallsmål (PROM) er rapportering om helsetilstand eller effekt av et helsetiltak direkte fra pasienten. PROMs er anbefalt for å evaluere nytte eller effekt av behandlingstiltak. (Bombardier 2000; Mokkink 2010; Storheim 2012). Norske helsemyndighetene anbefaler at denne informasjonen anvendes i klinikk, studier og kvalitetsregister (Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015). PROMs som fanger ulike aspekter av helse, må benyttes når *kvalitet, helsegevinst og nytte* av rehabilitering skal kvantifiseres. Funksjon (fysisk, psykisk, sosialt), deltagelse (sosialt og i arbeid), mestring og livskvalitet er alle relevante aspekt.

Det finnes både generiske og sykdomsspesifikke PROMs, som kan anvendes til ulike formål: for å kartlegge symptomer og sykdomsaktivitet, som kommunikasjonsverktøy, i felles målsettingsarbeid og i valg av behandling. *Ved å besvare PROM før og etter et helsetiltak, tallfester pasienten sin opplevelse av nytten.* PROMs kan anvendes for å undersøke variasjon i effekt mellom ulike institusjoner og for å sammenlikne effekt av ulike helsetiltak. Gjentatte målinger over tid, gir informasjon om utvikling av helsetilstand og varighet av effekten av tiltaket, og brukes i *helseøkonomiske analyser*.

2.12 Helseøkonomiske evalueringer

EQ-5D er det anbefalte måleinstrumentet i helseøkonomiske analyser, der EQ-5D inngår i beregning av kvalitetsjusterte leveår (QALY). Oslo Economics utførte, på oppdrag for Spekter, en analyse av samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering i 2020. «*Spesialisert rehabilitering har høye behandlingstkostnader, men gir også store samfunnsgevinster. Hvis gevinsten ved økt yrkesdeltakelse ikke tillegges vekt i helsetjenesten, vil rehabiliteringstiltak som nettopp har som formål å øke funksjonsnivået og bedre muligheten for arbeid, bli prioritert ned*» (Oslo Economics, 2020).

2.13 Helserelatert livskvalitet og kvalitetsjusterte leveår

Et leveår med plager, sykdom eller funksjonshemming kan redusere helsereelatert livskvalitet. Hvor mye, kan tallfestes mellom 0-1, hvor 1 er perfekt helse. Et år med sykdom kan for eksempel redusere tallet på livskvalitet fra 1 til 0.6. Et leveår med livskvalitet på 0.6 gir 0.6 kvalitetsjusterte leveår ($QALYs=1*0.6$) I 2002 ble verdien av et godt leveår satt til 350.000 (= bruttonasjonalproduktet/ innbygger i Norge i 2002) (Wisløff, 2015). 10 år senere foreslo helsedirektøren en verdi på 500.000 (NOU 2014:12). I prioriteringsmeldingen fra 2016 var foreslått verdi 275 000, som Stortinget godkjente. Nyere beregninger setter verdien et sted mellom 277.000- 602.000. I kommentar i Tidsskriftet i 2017, forslår forfatteren en verdi på 385.721 kroner (Wisløff, 2017)

2.14 EQ-5D-5L

EQ- 5D er spørreskjema for egenvurdering av generell helse, helsereelatert livskvalitet og helseutfall etter behandling. "A valid and reliable family of questionnaires to describe and value health" (EuroQual.org). Spørsmålene er standardiserte og ikke spesifikke til sykdom eller diagnose. Instrumentet består av tre deler:

1. EQ-5D-5L helseprofil: Respondenten skal besvare i hvilken grad hen har vansker (Level 1-5) innen fem områder (Domene 1-5): Gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ ubehag og angst/ depresjon. Level 1 indikerer ingen vansker og Level 5 indikerer store vansker. Profilen er deskriptiv. Helsestatus 1,1,1,1,1 indikerer at respondentene ikke har vansker innenfor noen av områdene. 5,5,5,5,5 er den verste helsestatusen man kan ha.
2. Visuell analog skala Helse (VAS 0-100): Respondenten skal vurdere egen helhetlige helsetilstand på VAS 0-100, der 100 er best tenkelig. VAS skår er eksplisitt subjektiv.
3. EQ-5D index : Resultat fra EQ-5D helseprofilen summeres i en numerisk skår (for eksempel 2,1,3,1,5) og kobles opp mot en standardverdi. Standard verdien er beregnet utifra normaltall fra befolkningen generelt. Index angir hvilket nivå av helsereelatert livskvalitet profilen tilsvarer. Helsereelatert livskvalitet verdsettes mellom -0.594 (UK) og 1, der -0.594 angir helsetilstanden «død» og 1 angir «perfekt helse».

EQ-5D er tatt i bruk 117 land. Skjema er oversatt 150 språk, med norsk oversettelse fra 2009. Nasjonale EQ-5D-5L normative data er utarbeidet i enn 14 land. Norske «normtall» for EQ-5D-5L ble publisert i 2021 (Garratt 2021). Det er egne versjoner av skjema for

egenrapportering, intervju eller by Proxy (noen andre svarer, dersom respondenten ikke selv kan uttrykke seg). Det er utviklet egen versjon tilpasset barn og ungdom. EQ-5D er tilgjengelig både i papir- og digitalt format. (EuroQual.org).

2.15 EuroQual Group Association

EuroQual ble etablert i 1987. Arbeidsgruppens mål var å utvikle et måleinstrument for å beskrive og verdsette helse relatert livskvalitet, til bruk iblant annet evaluering av helsetjenester. Nettverket bestod opprinnelig av syv grupper i fem land: Nederland, England, Finland, Sverige og Norge. 35 år senere, er EuroQual et globalt nettverk av mer enn 100 eksperter og multidisiplinære forskere. Måleinstrumentet EQ-5D-5L ble lansert i 2009, og var en videreutvikling av det originale instrumentet, EQ-5D-3L (EuroQual.org).

2.16 The EQ-5D «making the world make better health decisions».

EuroQol.org er en nonprofitt organisasjon. EQ-5D er tilgjengelig gratis for non-profitt bruk, Kommersielle aktører betaler lisens. Overskudd går tilbake utdanning og bruker støtte, og til forskning gjennom The EuroQol Research Foundation. EuroQual.org visjon og strategi er å forbedre beslutninger om verdens helse og helsetjenester, gjennom å utvikle, formidle og støtte bruken av måleinstrument som beskriver og måler helse (EuroQual.org).

2.17 EQ-5D i norske helseregister

Det norske Folkehelseinstituttet inngikk i 2017 avtale med EuroQual.org om fri bruk av EQ-5D i norske kvalitetsregister. Avtalen skulle gjelde i femårsperiode fra 2017- 2022. FHI forpliktet til å bidra med relevant forskningsarbeid. Andrew Garratt, avdeling for forskning og analyse av helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, leder det nasjonale EQ-5D forskningsprogrammet «Fremskaffing av EQ-5D vekter og normative data for helseøkonomiske evalueringer» 01.01.19-31.12.21. «Helse og livkvalitetsstudien» omfatter to delstudier: [Helseverdistudien](#) og [Normstudien](#). I Helseverdistudien spørres respondentene hva de oppfatter som god og dårlig helse, og hvordan god og dårlig helse påvirker livet. Normstudien beskriver helsen til et representativt utvalg nordmenn, og ble publisert i 2021(Garratt, 2021). Resultatene fra normstudien skal anvendes for å beregne norske EQ-5D-5 L verdisett (EQ-5D vekter og skårings algoritme), men arbeidet ble forsinket på grunn av pandemien og er ennå ikke ferdig.

Studien benyttet derfor britiske verdsett, hvor beste helse (1,1,1,1,1) er 1.0 og verste helse (5,5,5,5,5) er – 0.594. I Studien med 3120 respondenter rapporterte 1/3 ingen problem på noen av domenene (1,1,1,1,1), og oppnådde index 1.0. *Gjennomsnittet hos 3120 respondenter var EQ-5D index 0.805 (SD 0.201) og EQ-VAS helse 77.9 (SD 18.3).* Beste skår (kategori menn 30-39 år): Index 0.850 og VAS helse 82.9. Laveste skår (kategori kvinner og menn i kategori > 80 år): Index 0.717 og VAS helse 67.8. Høyere utdanning > 4 år ga høyere skår: Index 0.874 og VAS helse 82.8.

2.18 Kunnskapsgrunlaget for studien

Tidligere litteratur har beskrevet både organisasjonsmessige og personlige barrierer og tilretteleggende faktorer for implementering av pasientrapporterte spørreskjema (PROMs) generelt og for spesifikt for EQ-5D.

Briggs og medforfattere publiserte i 2020 en systematisk oversiktsartikkel, om hemmere og fremmere for implementering av Proms i rehabiliteringspoliklinikk (Briggs, 2020). Hemmere og fremmere ble plassert i CFIR rammeverk med kategorier intervensjon, prosess, og indre, ytre og individuelle faktorer. Det ble gjort systematisk søk av to personer i 11 databaser fra nov 2018 til mai 2019. Inklusjonskriterier var engelsk språk, barrierer og fasilitatorer, PROMs og poliklinikk. Det ble funnet 10 164 artikler, hvorav 15 ble inkludert i studien. 10 av studiene var vurdert å være av høy kvalitet. Mangelfull opplæring, holdninger om lite betydning og relevans og manglende kunnskap og ferdigheter var barrierer på individnivå. Noen klinikere hadde ikke hadde kjennskap til spørreskjema, visste ikke hvordan skjema kunne anvendes i klinikken eller hvordan resultat skulle tolkes. Ytre faktorer var manglende evner hos pasienten til å utføre: at pasientene ikke forstod betydningen, at de trengte hjelp til å fylle ut, at de var for mange spørsmål og at spørsmålene var vanskelige, at pasienter ble forvirret og engstelige, at de manglet språkferdigheter, at spørreskjemaene ikke var kultursensitive og at det krevde gode leseferdigheter. Indre faktorer var mangel på fasiliteter og teknisk utstyr for gjennomføring og mangel på retningslinjer, brukerstøtte, diskusjoner og tilbakemeldinger. En barriere var også frykt for at resultat ville brukes i de ansattes disfavør. Fremmere var opplæring, tilgang på veiledning og utstyr og opplevd betydning og relevans (at Proms kan bidra til økt kvalitet i tjenesten, tro på at det har betydning for den enkelte pasient og tro på at det er et nyttig verktøy for å måle effekt av tiltak). Motivatorer var tydelig forventning fra arbeidsgiver og oppdragsgiver, forpliktelse og støtte fra administrativ ledelse

og regelmessige møter og tilbakemeldinger fra kolleger. På individnivå var fremmere flere års erfaring, høyere utdannelsesnivå og endringsvilje. Svakheter ved studien var at det bare var inkludert artikler på engelsk, og at det var begrenset til poliklinikk. Styrken var at funnene ble systematisk vurdert ved å plassere dem i CFIR rammeverk for implementering.

Et helsesystem i en Canadisk provins innførte et kvalitetsforbedringsprogram “Rehabilitation Model of Care” i 2017, hvor blant annet Eq-5D-5D ble benyttet som måleverktøy. (Churchill, 2021) Artikkelen til Churchill og medforfattere, gir en oversikt over implementering av EQ-5D i provinsen og drøfter hemmere og fremmere i prosessen hos 18 pilotaktører og deretter hos til sammen 158 ulike aktører i urbane og rurale strøk. Programmet samler data fra de ulike institusjonene. Det blir gjennomført månedlig dataanalyse og dataanimering og resultat er tilgjengelig for ledere ved respektive steder. Data blir presentert for hvert sted hver for seg, sammenliknet med andre og sammenliknet med normdata fra samme provins. Målet for programmet er at 60 % eller flere opplever forbedring etter rehabiliteringstiltaket, basert på MID for Eq-5D index skår. Tydelig ledelse, endringsledelse og lokal veiledning (coaching) er rapportert som fremmere for implementering av EQ-5D i tidlig fase. Kultur for kvalitetsforbedringsarbeid, tilstrekkelige ressurser og anvendelig infrastruktur for datasamling og fremvisning var også fremmere i tidlig fase. Annerkjennelse av EQ-5D s som en mulighet til å høre rett fra pasienten hva som var viktig, og en mulighet til å måle hvor effektivt helsetiltaket var, var motivatorer. Barrierer var holdninger om liten klinisk relevans. Noen respondenter var bekymret for at EQ- 5D manglet spesifisitet, og derfor ikke var anvendelige for deres pasientgrupper. Domenet “gå omkring” var ikke var relevant for pasienten som benyttet rullestol og flere terapeutiske områder og aspekter ved helse ble ikke fanget opp i Eq-5D domenene. Det var behov for tilstrekkelig opplæring for å etablere kunnskap og evner til å forstå og anvende spørreskjema, før de ulike gruppene ble trygge på å bruke det. Noen opplevde vansker med å tilpasse EQ-5D i egen kontekst og i arbeidslogistikken. God infrastruktur for datasamling og rapportering var nødvendig. Studien oppsummerer at PROMs styrket betydningen av pasientens stemme i resultatmålinger. Synlig data styrket troverdighet og pålitelighet og datadeling styrket kvalitetsforbedringskultur. En svakhet er begrensinger i IT plattformen, som ikke muliggjør tilbakemeldinger til de enkelte klinikere på individuelle resultat. Det er vurdert å lage programspesifikke terskler for måloppnåelse.

En surveystudie fra den nederlandske gruppen Amimi beskriver at viktige fremmere for implementering av pasientrapporterte spørreskjema på poliklinikk er dedikerte koordinatorene,

motiverte medarbeidere og integrering av PROMs i elektronisk pasientjournal. Rapporterte barrierer var tidsmangel hos helsepersonell, IT utfordringer og språkferdigheter hos respondenten (Amimi 2021). Spørreskjema var en modifisert utgave av “Barriers and Facilitators Assessment Instrument” med lukkede og åpne spørsmål og fritekstbesvarelser. 61 av 187 inviterte deltok i studien. Respondentene var helsepersonell (leger, sykepleiere, psykologer fysioterapeuter og paramedics (ambulansemedarbeider)) og forskere på tvers av flere medisinske og kirurgiske avdelinger på et stort akademisk sykehus. Median alder var 46 år. 27 deltagere var fra kirurgiske avdelinger. Median ansenitet i helsevesenet var 20 år og median ansettelsestid på sykehuset var 14 år. To spørsmål var spesifikt om hemmere og fremmere. Hva opplevde du som den viktigste faktoren for implementering av PROMs på poliklinikken? Hva opplevde du som den viktigste barrieren? Arbeidet med å ta i bruk pasientrapporterte data på sykehuset ble påbegynt i 2013. Formålet var å høre pasientens stemme, styrke samvalg, tilby individuelt tilpassede helsetiltak i henhold til pasientens mål og økt pasienttilfredshet. 38 team av medarbeidere som arbeidet med ulike sykdomsgrupper, skulle ta i bruk PROMs. Spørreskjema skulle deles ut og besvares før konsultasjon, og bli gjennomgått sammen med helsepersonell under konsultasjonen. 10 behandler-team hadde allerede ved oppstart en vellykket implementering i klinikken, mens resterende 28 grupper var i ulike stadier av implementeringen og noen av dem med tidligere mislykkede forsøk. Spørreskjemaene ble tilpasset i hvilket stadium av implementeringen behandler gruppene var. Formålet med studien var å bedre forstå helsepersonells opplevelse og syn på hva som hemmer og fremmer implementering av PROMs i klinisk praksis. Resultatene viste at 89 % av respondentene oppga at hensikten med PROMs var tydelig, og 63 % at besvarelsene var betydningsfulle. 56 % mente mengden skjema var akseptable. 85 % mente at koordinatorene på poliklinikken var nødvendig. 59 % rapporterte at konsultasjonene ble mer effektive ved hjelp av PROMs. 65 % var åpne for å endre arbeidsrutiner og 88 % mente de ville kunne gi bedre behandling til pasientene dersom de tok i bruk PROMs. 76 % var villige til å dem i bruk. 67 % var ikke bekymret for at kvaliteten på deres behandling vil bli vurdert ut ifra PROMs besvarelser. 81 % mente integrering i elektronisk pasientjournal ville hjelpe implementering. 79 % rapporterte behov for digital plattform i konsultasjonsrommet. 17 respondenter svarte at vansker med IT infrastruktur var den største barrieren (tilgang, systemtreghet, grafikk og integrering). 14 respondenter svarte at tidsklemme og økt arbeidsbelastning ved å bruke PROMs var en avgjørende barrierer. Underbemanning i støttefunksjoner var rapportert som betydningsfullt av 10 respondenter. Utfordringer i tverrfaglige grupper p.g.a. interessekonflikter, oppgavedeling og uliketidsplaner (n=3),

utilstrekkelig informasjon, språkbarrierer, dårlig organisering, ulik motivasjon innad i gruppen og mangelfull opplæring i nye oppgaver var rapportert av enkelt respondenter. Motivasjonsdrivere var tydelig målsetting for rutinemålinger (kartlegge symptomer, måle sykdomsaktivitet, kommunikasjon og brukermedvirkning), åpen kommunikasjon, samarbeid, og en følelse av solidaritet mellom kolleger. Flere rapporterte at PROMs gjorde dem bedre forberedt før konsultasjon, og kommunikasjon ble mer strukturert og effektiv og pasientene i større grad involvert i egen behandling. En styrke i studien er at spørreskjema har både åpne og lukkede spørsmål, og fritekstbesvarelser. Studien omfatter et bredt utvalg helsetilstander og felt innen helsetjenesten, og i alle deler av implementeringsprosessen. Svakheter i studien er antallet respondenter (n=61). Spørreskjema var ikke validert, og forfatterne var usikre på sikkert om funnene er overførbare til mindre spesialiserte sykehus. Studien gir ifølge forfatterne mangelfull dybdeforståelse om mekanismer mellom barrierer eller fremmere. Gruppen foreslår *fremtidig studie med fokusgrupper* av helsepersonell og administrativt personell som kan bidra til økt innsikt.

2.19 Bakgrunn for studiens problemstilling

Unicare Rehabilitering er et privat helseforetak med ni rehabiliteringsenheter i to helseregioner, H-Midt og HSØ. Enhetene tar imot omkring 8000 pasienter hvert år. Den første enheten tok i bruk EQ-5D instrumentet i 2015, og samlet i flere år inn besvarelser i papirformat. Skjema ble tatt i bruk som kartleggingsverktøy i klinikken og som utfallsmål. EQ-5D, ble sammen med flere andre PROMs, besvart ved ankomst og avreise. Resultat ble rapportert i tverrfaglig epikrise. I 2018 ble *digital skjemaplattform* innført i konsernet, og det ble besluttet at *alle enheter skulle implementere EQ-5D*.

Det er ingen ensartet prosedyre for tildeling av skjema på de ulike enhetene. Noen enheter har innlemmet EQ-5D i ytelses spesifikke skjemapakker, og sender lenke til digital skjemaportal i SMS til pasienten noen dager før rehabiliteringsoppholdet. Andre bruker ikke skjemapakker, men tildeler EQ-5D og andre sykdomsspesifikke PROMs etter pasienten har ankommet rehabilitering. Noen tar kun imot besvarelser i digital skjemaportal. Andre gir pasienten anledning til å svare på papir. Noen deler ikke ut skjema til pasienter uten norskferdigheter, eller bruker oversatte versjoner. Det er ulik praksis hvorvidt kognitivt svekkede pasientene blir ikke bedt om å svare. Hos noen svarer pårørende på skjema.

Noen enheter har integrering av svar fra digital skjemaplattform til elektronisk pasientjournal, og til epikrise. Andre logger inn i digital skjemaplattform, utenom EPJ. Pasientbesvarelsen

vises i skjemaportal og EPJ som søylediagram, tall og tekst for domener (1-5) og nivå (1-5). I tillegg vises VAS helse skår 0-100 og index skår (- 0.624 (danske verdier)-1).

Ved noen enheter bruker helsepersonell besvarelsen i kartleggingen med pasienten og for å bestemme mål for rehabilitering. Andre har faste tverrfaglige møter for å gjennomgå besvarelsen. Noen enheter har ingen slike rutiner. Det er også ulik praksis for tildeling av skjema ved avreise. Noen får EQ-5D tildelt skjema på papir eller digitalt før avreisesamtale. Andre får lenke til digital skjemapakke tilsendt i forbindelse med eller etter utskrivelse. Noen har med resultat på domener og VAS helse ved innkomst og avreise i epikrisen.

Resultat fra hver enhet rapporteres kvartalsvis i Business Review. De er ulik praksis mellom enhetene på hvilken måte ledergruppen presenterer samlet dataresultatet for helsepersonellet i klinikken. Noen viser resultat på allmøter, andre i undervisningsmøter. Innhentet data fra FoU- nettverket i Unicare, viser en uønsket variasjon mellom enhetene i svarprosent ved oppstart og avslutning, og i endring i selvopplevd helse og EQ-5D index før og etter rehabilitering.

Tabell 1

Enheter	2022		2021	
	Ank	Avr	Ank	Avr
A	94 %	62 %	73 %	50 %
B	92 %	71 %	86 %	70 %
C	88 %	64 %	93 %	79 %
D	84 %	57 %	87 %	62 %
E	81 %	50 %	93 %	47 %
F	75 %	30 %	72 %	56 %
G	73 %	43 %	64 %	43 %
H	63 %	43 %	61 %	44 %
I	60 %	27 %	63 %	24 %

Beste resultat er svarprosent 94 % ved ankomst og 79 % ved avreise. Dårligste svarprosent er 60 % ved innkomst og 24 % ved avreise. Det er pasienter som er ekskludert fra å svare på

skjema grunnet manglende språk- eller kognitive ferdigheter. Pasienter som kommer på korte kartlegging- og vurderingsopphold, svarer kun ved ankomst.

Gjennomsnitt VAS helse ved innkomst var 45(41-53) på tvers av enhetene i 2022 (n= 7982) Beste økning i VAS helse var 12 (n= 1084) og minste var 0 (n=1123), det siste året (Statusrapport Unicare, 2022).

Det er ingen klart definert målsetting for svarprosent eller økning i VAS helse på hver enhet eller på konsernnivå. Ledelsen etterspør svarprosent og økning i VAS helse opp imot eller lik de beste resultatene. Lav svarprosent gir risiko for utvalgsskjevhet og resultatene kan derfor ikke anvendes i kvalitetsarbeid.

2.20 Kunnskapsløft for rehabilitering

Mulighetene ved å implementere EQ-5D i rehabilitering er mange. Skjema kan benyttes som et kartleggings- og dialogverktøy i klinikken og representerer pasientens stemme i målsettingsarbeid og i planlegging av rehabiliteringstak. EQ-5D kan anvendes som utfallsmål på helserelatert livskvalitet og effekt av rehabilitering for den enkelte pasient og som kvalitetsmål i forbedringsarbeid lokalt. På helsesystemnivå kan EQ-5D brukes som kvalitetsindikator i nasjonalt helseregister for rehabilitering, styrke kunnskapsgrunlaget i faget, avdekke uønsket variasjon og utvikle tjenesten. EQ-5D er det anbefalte måleinstrumentet i helseøkonomiske analyser, der EQ-5D inngår i beregning av kvalitetsjusterte leveår (QALY).

Forfatteren ønsker med denne studien å bidra med kunnskap om hvilke faktorer og forutsetninger helsepersonellet og ledelsen ved fire rehabiliteringsenheter mener kan fungere som hemmere eller fremmere for vellykket implementering av EQ-5D. Forfatteren har ikke funnet tidligere studier om emnet, som har benyttet kvalitativ metode og fokusgruppeintervju.

EQ-5D kan bidra til et kunnskapsløft for rehabilitering, og vi i Unicare kan være med på dette løftet. Vi må dokumentere effekt og bærekraft for å bli prioritert når helsebudsjettet skal fordeles. Det er på tide at vi som jobber med rehabilitering viser folk, politikere, helsemyndigheter og oppdragsgivere at «Rehabilitation Matters».

3. Design og teoretisk rammeverk

Studien har et kvalitativt design, med data fra fem *fokusgruppeintervju*.

Fokusgruppeintervju er en planlagt gruppesamtale over et bestemt tema. Informantene (deltagerne) stilles åpne spørsmål om deres holdninger og synspunkt, som de skal kommentere og diskutere seg imellom. Informantene må forholde seg til hverandres meninger gjennom samtalen og nye spørsmål kan oppstå underveis. Gruppen kan på den komme dypere inn i problemstillingen, enn om informantene ble intervjuet hver for seg.

Designet er egnet for å besvare forskningsspørsmålet i denne studien: *Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabilitering*. Informantene i studien inviteres gjennom fokusgruppesamtalen til å dele sine synspunkt om hva de synes fungerer bra eller hva de savner i dagens praksis, og får mulighet til å dele sine ideer for endring og forbedring.

Rehabiliteringsfaget utøves i et tverrfaglig arbeidsfellesskap. Kulturen er flat maktstruktur og felles verdier på tvers av profesjonene. Dette er en god ramme for en trygg og åpen fokusgruppesamtale, hvor diskusjon mellom ulike yrkesgrupper kan få frem ulike perspektiv og nyttige variasjoner i holdninger og synspunkt.

Det er gjennomført tematisk analyse av intervjuene (Braune & Clarke, 2006). Tematisk analyse er ifølge Braun og Clarke (2006) en grunnleggende metode innenfor kvalitative analyse, og lett angripelig for en uerfaren forsker. Metoden kan benyttes til å sortere data i ulike tema og underkategorier på tvers av intervjuene. Metoden er fleksibel ved at funnene kan tolkes opp mot ulike teorier eller plasseres i ulike teoretiske rammeverk. Studiens tilnærming til datamaterialet kombinerer induktiv og deduktiv metode. Induktiv ved at informasjonen er deltagernes holdninger og erfaringer og deduktiv ved at informasjonen er plassert og vurdert i det teoretiske rammeverket COM-B, om adferdsendring (Mitchie, 2011, 2020).

3.1 Formål

Studiens formål var å undersøke hvilke barrierer og hvilke tilretteleggende faktorer som kan ha betydning for vellykket implementering av EQ-5D, i fire private rehabiliteringsenheter i HSØ.

3.2 Materiale

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju ved fire av foretakets enheter i Helse Sør- Øst. Fire fokusgrupper bestod av tverrfaglig helsepersonell, inkludert medisinskfaglig ledelse og FoU ledere. En gruppe bestod av daglig ledere på tvers av enhetene i Helse Sør- Øst og en leder fra enhet i Helse Midt. Det var fem til åtte informanter i hver gruppe, totalt 30 (n=30).

3.3 Rekruttering

Informasjonsskriv ble sendt ut til daglig ledere ved syv enheter i foretaket. Områdedirektør ga daglig ledere på hver enhet muntlig informasjon om prosjektet og oppfordring om å delta. De som ønsket å delta skulle selv kontakte prosjektet. Invitasjon, informasjonsskriv og samtykkeskjema ble deretter sendt ut til ledere ved de fire enhetene som ønsket å delta. Hver daglig leder fikk i oppgave å videreformidle informasjonen på sine enheter, som en åpen invitasjon til å delta. De som ønsket å delta skulle selv henvende seg til prosjektet via e-post. De ble gitt flere påminnelser til daglig ledere, før endelig antall kandidater var rekruttert og skriftlige samtykke var innhentet.

3.4 Strategisk utvalg

Det var informanter fra rehabiliteringsenheter med døgnopphold, enheter med dagrehabilitering og enheter med både døgn- og dagtilbud.

Informantene hadde erfaring med bruk av måleverktøyet blant et bredt utvalg pasienter, innenfor 11 ulike rehabiliteringsytelser: Amputasjon, CSF-ME, kroniske muskel- og bløtdelssmerter, brudd og slitasjeskader, sammensatte og/ eller komplekse lidelser, fedme, revmatiske sykdommer, arbeidsrettet rehabilitering, hjerneslag og traumatiske hjerneskader, nevrologiske og nevromuskulære sykdommer og kreft.

De ulike enhetene var i ulike stadier av implementering av måleverktøyet. Noen enheter hadde flere års erfaring med å bruke EQ-5D, og andre hadde kommet kortere i implementeringsprosessen. Sammenlikning av resultat på tvers av enhetene viste variasjon i svarprosent ved innkomst og avreise og i endring i VAS helse.

Eksklusjonskriterium: På grunn av egen rolle som leder ved en av enhetene, ble det ikke avholdt fokusgruppeintervju på egen arbeidsplass.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Gruppediskusjonene ble gjennomført av masterstudenten, i august og september 2022. På intervjudagen fikk deltagerne muntlig og gjentatt skriftlig informasjon om prosjektet og gitt anledning til å trekke seg. Informantene fikk utdelt intervjuguide (appendix 1) med to innledende spørsmål og tre nøkkelspørsmål. Lydopptak ble gjennomført på telefon uten simkort. Komoderator styrte opptak, og notere ikke verbal kommunikasjon. De ble eksplisitt orientert om moderator og komoderators rolle i prosjektet. Gruppediskusjonene varte i 50- 65 minutter. Etter fire intervju, var det lite ny informasjon, og det ble vurdert at *informasjonsmetning* var nådd (Malterud, 2018).

3.6 Bakgrunnsinformasjon om informantene

Antall: (n= 30)

Alder: Fra midten av 20-årene til nær pensjonistalder

Kjønn: Kvinner (n: 24), menn (n: 6)

Profesjon: Lege (n:4), sykepleier (n:4), fysioterapeut (n:11), psykolog (n:1), ergoterapeut (n:1), arbeidskonsulent (n:1), idrettspedagog (n:1), sosionom (n1), ernæringsfysiolog (n:1), daglig leder (n:5),

Rolle: Daglig leder (n:5), medisinskfaglig leder (n:3), leder FoU (n:4), teamleder (n:1), andre (n:17)

3.7 Transkribering

Det ble gjort fulltekst transkribering av aidentifiserte data. Informantene fikk tilbud om å lese og godkjenne transkripsjonen. Tre enheter ønsket det.

3.8 Etikk

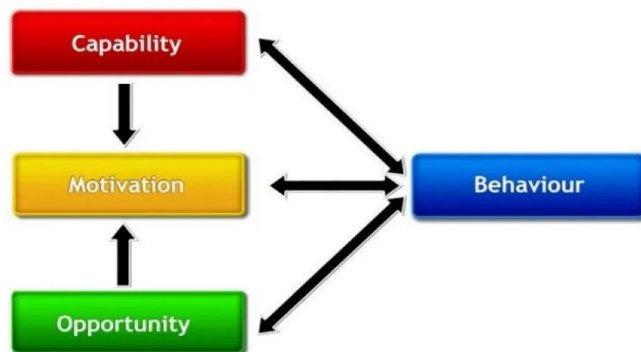
Det ble tilsendt informasjonsskriv og innhentet skriftlig samtykke fra informantene i god tid før intervjudagen. Informasjonen om prosjektet og informasjon om moderator og komoderators rolle i prosjektet ble gjentatt muntlig og skriftlig på intervjudagen. De samtykkene som manglet, ble innhentet på intervjudagen. Det ble gitt anledning til å trekke deltagelsen, uten begrunnelse, når som helst i prosjektperioden.

Studien er godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD) og personvernombudet ved UiO. Aidentifiserte data fra lydfil og transkribering er lagret på passord beskyttet PC, og vil slettes når oppgaven er godkjent.

3.9 Teoretisk rammeverk

Data er vurdert i det teoretiske rammeverket COM-B, en modell for atferdsendring utviklet av Michie og hans arbeidsgruppe, publisert i 2011. Modellen identifiserer tre faktorer som må være til stede for en bestemt adferd, og for å endre den (Michie, 2011)

The COM-B model of behaviour



Michie et al (2011) Implementation Science

3

Capability (Evner)

- Fysiske evner
- Psykologiske evner

Opportunity (Ytre rammer/ muligheter)

- Fysiske muligheter
- Sosiale muligheter

Motivation (Motivasjon)

- Automatisk motivasjon
- Refleksiv motivasjon

Behaviour (Adferdsendring)

Modellen viser tre komponenter som påvirker hverandre, og som påvirker adferd. Motivasjonen er kjernen i modellen, og står sentralt med hensyn på adferdsendring. Følger man pilene i modellen ser man at evner og muligheter påvirker adferd, både direkte, og indirekte ved å påvirke motivasjon. Motivasjon derimot påvirker hverken muligheter eller evner direkte. Adferd påvirker også i motsatt retning, både motivasjon, muligheter og evner. En bestemt adferd eller adferdsendring forutsetter at personen eller gruppen har både evner og muligheter, og større motivasjon til en bestemt adferd enn til en konkurrerende adferd. Adferdsendring forutsetter at en eller flere av elementene endres.

3.10 Data-analyse

Det er gjennomført tematisk analyse av intervjudata. Tematisk analyse er en metode for å indentifisere, organisere, analysere og rapportere mønster eller tema i kvalitative data. Det er gjennomført seks trinn i dataanalysen, som anbefalt i artikkelen fra Braun og Clarke Using thematic analysis in psychology (2006).

- De transkriberte intervjuene ble gjennomgått linje for linje for «å bli kjent».
- Ulike fargekoder ble benyttet for å identifisere de tre hovedtemaene Evner (Competence), Mulighet (Opportunity) og Motivasjon (Motivation).
- Relevante data, i henhold til forskningsspørsmålene, ble deretter sortert (kodet) og plassert i COM-B teoriens seks kategorier, to under hvert hovedtema. I generering av egne underkategorier og i analysen ble det både lagt vekt på hyppighet og i hvilken grad forfatter mente tema fanget noe viktig.
- Kodingene ble gjennomgått flere ganger, for å avgjøre om data var plassert i rett hovedtema og kategori. Plassering ble drøftet med veileder. Noen kategorier ble flyttet frem og tilbake mellom tema, eller kunne tilhøre flere tema.
- Noen underkategorier ble slått sammen, andre ble splittet, og noen ble flyttet. De fleste underkategorier gjentok seg på tvers av utvalget. Det som ble tolket som ikke relevante opplysninger ble forkastet. Denne fasen var omfattende og tok tid.
- Det ble skrevet rapport (se resultat). Hver kategori blir presentert med flere eksempler.

4. Resultat

COM-B teorien er ikke oversatt til norsk. Temaoverskrifter og hovedkategorier er derfor skrevet på originalspråket engelsk, med forfatterens oversettelse og forståelse av begrepet på norsk i parentes.

Capability (evner, kapasitet og ferdighet)

- Physical, Psychological

Opportunity (mulighet, anledning, fysiske forhold og tilgang)

- Physical, Social

Motivation (motivasjon)

- Automatic (motivasjon som ikke forutsetter refleksjon og overveielse)
- Reflective (motivasjon som oppstår på grunn av refleksjon omkring betydning)

Behaviour (adferd, oppførsel og fremgangsmåte)

Underkategorier er forfatterens egne, og er derfor skrevet på norsk.

Tema med underkategorier er *plassert i tre kontekster*:

- Pasientene
- Helsepersonellet/ klinikken
- Organisasjonen/ledelsen

Digital skjemaplattform er omskrevet, for å unngå omtale av et selskap med kommersielle interesser.

Forkortelser: Fremmer: F, Hemmer: H

4.1 Pasientene

4.1.1 Capability (evne, kunnskap, kapasitet og ferdighet)

Physical capability

- Språk

En barriere er utilstrekkelige språk eller norskferdigheter.

H: «*Vi har pasienter uten språk*», forteller informantene som jobber med slagrehabilitering.

H: «*Vi har en del pasienter som ikke snakker norsk*». «*Vi har relativt mange pasienter som ikke snakker godt norsk, da er det sikkert vanskelig å svare på skjema*».

- Sykdomstilstand/diagnose

Respondentene forteller at det er forskjeller mellom de ulike ytelsene (pasientgruppene), i antall bevarelser og hvordan de besvarer. «*Det spørres hvilken pasientgruppe man har*». «*Det er forskjell på ytelsene*»

H: «*De som har hatt slag, eller vært sengeliggende i månedsvis*». «*Det er jo påfallende at amputasjonspasientene, skårer seg vesentlig høyere på min helse i dag, enn for eksempel de pasienten som kommer til arbeidsrettet rehabilitering*». «*Smertepasientene, de skårer seg utrolig lavt på selvopplevd helse*». «*Spørsmålet er om EQ-5D er et lite anvendelig skjema på akkurat ME-gruppen*». «*Vi må oftere fiske ut svarene fra nevrologi-/slagpasientene*».

- Syn

H: «*De skjermssensitive sliter med å besvare digitalt*»

- Alder

H: «*Den gruppen som er mye eldre*», har større problemer med å svare på skjema. «*Den gruppen som er eldre, har større vansker med digitale løsninger*».

F: «*Vi har yngre pasienter*». «*De som er oppegående, og litt yngre, det er lettere for dem å gjøre det*»,

Psychological capability

- Kunnskap

H: «*Hva skal man bruke EQ-5D til?*»

Mange pasienter får skjema tilsendt digitalt før ankomst, uten utdypende forklaring.

Informasjonen som sendes ut til pasienten i SMS er «*du har tilgjengelig skjema på digital skjemaplattform*» og en innloggingsbeskrivelse. Manglende kunnskap hos pasienten om hvorfor vi ønsker at skjema skal besvares, og hva det skal brukes til, er en hemmer ifølge informantene.

- Forståelse

H: *«En barriere er kognitivt svekkede pasienter».*

«Det vanskelige med EQ-5D» er at skalaene går to veier, den ene er positiv og den andre er negativ, og det forstår ikke pasientene». «Mange misforstår, og svarer feil».

Det er sjelden pasientene har problemer med å forstå skjema, forteller andre.

- Hukommelse

H: *«Det er mye for pasientene å sette seg inn i når de kommer til rehabilitering, og mange pasienter glemmer å svare»*

F: *«EQ-5D er et enkelt, kort og greit skjema for pasienten å fylle ut».*

- Lesferdigheter

H: *«Det er forbausende mange pasienter som sliter med å lese». «Vi tar for gitt at folk kan lese».* Pasientens leseferdigheter er en barriere. At EQ-5D er innlemmet i en større «skjemapakke», gjør det vanskelig for pasienter med utilstrekkelige leseferdigheter å orientere seg og besvare

- Digitale ferdigheter

Informantene erfarer at mange pasienter har god digital kompetanse, men at det likevel er et betydelig antall pasienter som strever med digitale løsninger. *«Det er vanskelig å skille mellom dem som strever med å lese skjema og dem som strever med det digitale».*

H: *«Det er en del pasienter som synes det er vanskelig å fylle ut skjema på skjerm».*

4.1.2 Opportunity (mulighet, anledning, sjanse, fysiske forhold og tilgang)

Physical opportunity

- Teknisk utstyr

H: *«Det er noen barrierer som dukker opp i den digitale løsningen». «Pasienten har ikke pc eller telefon».*

Å besvare skjema digitalt, forutsetter at pasienten har nødvendig utstyr som smarttelefon, I-Pad eller PC tilgjengelig. For å besvare i digital skjemaplattform må pasienten ha Bank-ID tilgjengelig.

H: *«Vi har pasienter som ikke har bank-ID eller som av andre grunner ikke får logget seg på».*

Ved noen enheter kan pasienten låne nødvendig teknisk utstyr. Dersom de ikke har egen Bank-ID, logger den ansatte seg på.

F: *«Vi har I-pad som de kan låne».*

- Tidspunkt for tildeling av skjema

Tidspunkt for tildeling skjema kan ha betydning. Det er ulik praksis mellom enhetene, på hvilket tidspunkt pasientene tildeles skjema. Noen får skjema før ankomst, andre etter de har ankommet rehabiliteringssentret. Det er også ulik praksis for tildeling av skjema på slutten av et opphold eller behandlingsperiode. Noen får skjema tildelt før utskrivelse, andre etter de har kommet hjem.

F: *«Å få pasienten til å svare på skjema på stedet». «At pasientene kan besvare skjema mens de sitter på venterommet, med telefonen sin».*

Å legge til rette for at pasienten svarer under oppholdet øker antall bevareelser forteller informantene. *«Hvis de ikke har svart, sender jeg dem ut på venterommet for å gjøre det».*

H: *«De svarer på EQ-5D etter de har reist hjem».*

«Med en gang pasientene er ute herfra, er det vanskeligere å få dem til å svare». «En større utfordring er å få pasienter til å svare etter oppholdet, eller ved senere oppfølging. De får en SMS, men har ikke tid til å svare akkurat nå. Så går tida, og så har dem glemt det»

- Skjemapakker

H: *«Pasienten blir kanskje litt trett av det». «Jeg tenker at det kanskje kan bli litt mye»*

Informantene tror at færre skjema i skjemapakker, kan bidra til at EQ-5D blir besvart.

F: *«Mengden skjema er viktig å tenke på».*

- Papirskjema

På noen enheter legges det til rette for at pasienter kan svare på papirskjema. Å ha papirversjon for hånden til de av pasientene som foretrekker det, vil kunne øke antall besvareelser.

F: *«Å ha papirversjon tilgjengelig, vil nok hjelpe en del». «Hos oss kan de svare på papir»*

H: *«Vi satser på at pasienten fyller ut på egenhånd, digitalt».*

- Oversatte versjoner

F: *«Hvis skjema hadde vært tilgjengelig på flere språk, da får man flere til å svare».*

- Påminnelser

F: *«Pasientene trenger påminnelser»*

Digitale påminnelser vil kunne øke antall besvarelser.

Social opportunity

- Informasjon

F: *«Vi gjorde et stunt og informerte pasientene muntlig, og fulgte opp besvarelsene. Da kom svarprosenten opp».*

- Å yte teknisk eller praktisk hjelp, vil fremme besvarelser, hevder informantene.

F: *«At man kan hjelpe pasienten med å besvare skjema».*

- Muntlige påminnelser

Det er mye for pasientene å sette seg inn i når de kommer til rehabilitering, og mange pasienter glemmer å svare. Påminnelser er nødvendig.

F: *«Pasientene trenger påminnelser»*

- At besvarelsen etterspørres

Å forberede pasienten på at skjemabesvarelsen vil bli fulgt opp, vil øke deres motivasjon for å besvare skjema.

F: *«Vi vil sette oss ned å prate med deg om besvarelsen».*

4.1.3 Motivation (motivasjon)

Automatic motivation (motivasjon som ikke forutsetter refleksjon og overveielse)

Ingen data

Reflective motivation (motivasjon som oppstår på grunn av refleksjon omkring betydning)

- At det oppleves meningsfullt

H: *«Jeg vet ikke helt om pasienten alltid skjønner poenget med spørreskjema».*

F: *«En fremmer er å fortelle pasienten betydningen av skjema, at det har betydning både for dem og for oss». «Jeg må forklare pasienten hvorfor jeg spør og hvorfor det er viktig for meg at pasienten svarer».*

At helsepersonell forteller pasienten hva skjema skal brukes til, kan ha betydning for antall besvarelser. Å forklare at deres besvarelse har betydning for vårt arbeid og kvalitetsutvikling, kan bidra til at flere bli motivert til å svare, mener informantene. Hvis pasientene opplever at helsepersonellet ikke bryr seg om skjema de har brukt tid på å besvare, kan de miste de interessen og motivasjonen, og kan medføre at færre svarer ved avreise.

H: *«Hvor er det jeg har sendt inn? Hvorfor må jeg svare på dette flere ganger?» «Har du ikke lest det skjema jeg har sendt inn?»*

- Betydning for behandlingen

Om pasienten opplever at spørreskjema er en måte for dem å uttrykke seg om sine vansker og sine behov, vil det kunne gi motivasjon til å besvare.

F: *«Min stemme blir hørt». «Kanskje jeg ikke får hjelp om jeg ikke svarer».*

H: *«Det har ikke betydning for pasienten selv om de svarer etter oppholdet. De har jo fått den behandlingen de skal ha.». «Mens når du er ferdig med rehabilitering «hvilken forskjell gjør det om jeg fyller ut eller ikke nå, ved avslutning?», det har ikke noe konsekvens, nå har jeg hatt time».*

- Tanker om negative konsekvenser

H: *«Pasientene er redde for hvordan de vil fremstå i sluttrapporten». «De har NAV på nakken. Og må fortelle hvor dårlig det er stelt. Ikke engang rehabilitering virker. Det preger mye svarene»*

For noen pasienter er rehabiliteringsoppholdet siste tiltak, før søknad om uføre. Rapportene fra rehabiliteringsoppholdet etterspørres i noen tilfeller av NAV, og i hvilken grad pasienten opplever fremgang og bedring kan tenkes å ha konsekvens for videre NAV-ytelser. Noen pasienter oppfatter VAS-Helse som en friskmeldingskala og noen vil i frykt for negative konsekvenser for prosessen de er i med NAV unngå å svare.

- Forsikring om at deres besvarelse ikke vil bli brukt «mot dem»

F: *«Jeg sier, dette er ikke selvangivelsen din». «Vi bruker ikke dette til NAV, så svar så ærlig som mulig».*

4.2 Helsepersonellet/klinikken

4.2.1 Capability (evne, kunnskap, kapasitet og ferdighet)

Physical capability

- Ingen data

Psychological capability

- Kunnskap

En hemmer på flere enheter er helsepersonellets manglende kunnskap om skjema, om hvordan det anvendes og betydningen av å ta det i bruk.

H: *«En barriere er mangelen på informasjon vi ansatte har fått». «Det har ikke vært gitt god nok opplæring innledningsvis eller underveis». «Hvor finner jeg skjema?» Hvor kan jeg hente informasjon?». «Det holder ikke å si, «husk å fylle ut», men «hvorfor er det viktig»».*

De ansatte etterspør kunnskap bak tallene.

F: *«Vi trenger mer kunnskap. Hva er snittet for Norges befolkning. Hva er klinisk relevant endring. Er endringen 10-30 bedre enn endringen 30-50? Jeg har ikke peiling».*

Flere er usikre på i hvilken grad man kan veilede pasientene i besvarelsen, uten at svaret blir ugyldig. Det gjør at flere avstår fra å hjelpe pasientene, og er dermed en hemmer for besvarelse.

H: *«Kan vi hjelpe pasientene å svare?»*

- Kapasitet

H: *«Så er det det å huske på å bruke skjema». «Alle disse skjemaene blir litt mye». «Vi har så mye informasjon og vi har hundre ting vi skal huske på». «Kartlegginger, intervjuer, samtaler og spørreskjema. «Information overload»».*

- Ferdighet i bruk av skjema

De informantene som er vant til å bruke skjema, sier det er enkelt og greit å bruke.

F: *«EQ-5D er veldig enkelt å bruke»*

«Nå har vi brukt skjema i over to år, så nå hjelper det på. Det har tatt såpass lang tid å bli fortrolig med skjema».

Flere er usikre på hvordan de kan innlemme skjema i klinisk praksis.

H: *«Hva sier vi til pasienten om skjema?» «Vi må trene på å bruke EQ-5D i dialogen med pasienten». «Vi trenger en metode for hvordan vi snakker med pasientene om skjema».*

- Digitale ferdigheter

H: *«En barriere er at den digitale kompetansen ikke er helt på plass hos helsepersonellet». «At alle ansatte behersker tekniske løsninger, er en sannhet med modifikasjoner». «Det er fortsatt mange som føler seg usikre». «Det er forbausende mange som må ha hjelp med digital skjemaplattform». «Vi har slitt med brukervennligheten til digital skjemaplattform».*

4.2.2 Opportunity (mulighet, anledning, sjanse, fysiske forhold og tilgang)

Physical opportunity

- Teknisk/ digitalt utstyr

F: *«Gode IT-løsninger utgjør en stor forskjell». «Det må være enkelt og pålitelig».*

H: *«Jeg mister fort motivasjonen, hvis det tekniske ikke fungerer»*

- Innføring av digital skjemaportal, lettet arbeid for flere ansatte.

F: *«Infrastrukturen er lagt. Det gjør det enkelt for oss å gjennomføre. Vi slipper å regne ut. Vi slipper å legge inn resultat manuelt».*

Digital skjemaplattform forutsatte i begynnelsen bruk av privat bank-ID, som medførte motstand.

H: *«Motstand oppstod fordi man ikke ville bruke privat bank-ID på jobb».*

I begynnelsen da skjemaplattformen ble innført måtte de ansatte logge seg på og jobbe to steder, både i pasientjournal og på skjemaplattform og de to plattformene var ikke synkronisert.

H: *«Manglende samstemming av digital skjemaplattform». «At digital skjemaplattform og elektronisk pasientjournal ikke synker sammen, og man må holde på med det flere ganger, og detter ut og ...».*

- Integrering av skjemaplattform i journal betydde en forenkling med en innlogging og en arbeidsplattform.

F: *«Integrering av skjemaportal i elektronisk pasientjournal» har gjort det raskere å dele ut skjema og finne pasientenes besvarelser, og resultater kan flettes inn i epikrisen.*

- Tid

Informantene forteller at arbeidsmengden er stor, og at oppfølging av skjema kommer på toppen av alle andre krav.

H: *«Det tar for mye tid. Jeg har det travelt, jeg har masse å gjøre». «Det er mye å komme gjennom i en inntakssamtale. Fysisk kartlegging. Gjennomgang av skjema». «Å lese besvarelser, få oversikt, det blir hektisk». «Tidspresset, man har mye å gjøre, mange pasienter, mye man skal følge opp». «Alle har travle dager». «Det er tidkrevende å sette seg ned og gå gjennom skjema, og hjelp å fylle ut». «Om jeg må bruke masse tid på å finne ut om dem har svart eller ikke, da hopper jeg heller over det». «Ofte ikke det som blir prioritert i en travelt hverdag». «Er det trolk, så tar det ekstra lang tid».*

Noen av informantene forteller at de har avsatt tid til gjennomgang av skjema,

F: *«Vi har satt av tid til gjennomgang av skjema sammen og med pasienten».*

- Påminnelser

F: *«Jeg trenger påminnelser». «Automatiske påminnelser, purring» fra digital skjemaplattform eller elektronisk pasientjournal er nødvendig sier informanter. «Det har mye å si med påminnelser».*

Social opportunity

- Undervisning og opplæring

Noen informanter har mindre erfaring og etterspør opplæring og ferdighetstrening.

F: *«Hvis jeg vet at jeg skal gjøre det, og hvordan jeg gjør det, så gjør jeg det».*

F: «Informasjon til oss ansatte om hvorfor det er viktig å bruke skjema». «Hva er EQ-5D, hvorfor er det viktig og hvor finner jeg det?». «Opplæring, for at tallene skal gi mening». «Opplæring i bruken» «Tilpasset og skreddersydd opplæring» er nødvendig. «Passe på at alle kan bruke skjema». «Muntlig og praktisk opplæring, ikke bare papir med bruksanvisning». «Informasjon til oss ansatte om hvordan vi skal gjøre det». «Vise oss på vår egen PC. Da sitter det.» «Intern undervisning og kompetansegrupper».

- At resultatene etterspørres

F: «Det savnes med en gang». «Hvis EQ-5D ikke er besvart når pasienten kommer til legen, da blir det etterspurt». «Nå skal jeg ha oppstarts samtale eller avreisesamtale med pasienten. Hvor er EQ-5D besvarelsen?» «Jeg får ikke gjort jobben min, uten at skjema er besvart. Et enkelt og godt utgangspunkt»

H: «EQ-5D savnes ikke alltid hvis det ikke er fylt ut». «Pasienter kan gli fort gjennom her uten at det savnes, så merkes det først på slutten at skjema ikke er fylt ut»

- Arena for diskusjon

Informantene forteller om et behov for å reflektere omkring betydningen av pasientens besvarelser.

F: «Se på tallene sammen. Ha små seanser. Diskutere med hverandre». «Arena for diskusjon og drøfting». «Å bruke tallene til refleksjon og undring, og kanskje utvikling også».

H: «Vi bruker ikke nok tid på å diskutere resultat. Gjøre analysearbeid. Med pasientene og kollegaer. Spørre hvorfor». «Vi bruker ikke nok tid til refleksjon. Vi bruker en halv time, så går det en måned eller to til neste gang».

- Møter

F: «Vi må ha det oppe i pasientmøter, teammøter og i rapporter». «Vi skulle hatt opp EQ-5D og sagt at pasienten svarer sånn og sånn».

- Felles mål

F: «Hvis alle mener det er viktig». «Vi er et team, så vi må støtte hverandre i det her».

- Dagsorden

F: *«Vi ser at vi trenger å ha det som tema kontinuerlig». «Det må være fokus på det hele tiden. Hver uke. Kontinuerlig.» «Holde fokus oppe på avdelinger».*

- Rollemodeller

Enkelt ansatte eller grupper med positive eller negative holdninger til bruken av skjema, kan påvirke hverandre.

F: *«Noen team er ambassadører. De er flinkere, fordi de ser nytten i hverdagen, og blir gode ambassadører for bruken». «Legene må være opptatt av det. Man trenger engasjement derfra». Engasjement og involvering fra legene er viktig». «Først og fremst en god gjennomgang fra kollegaer som er engasjerte».*

H: *«Negative holdninger fra enkelte ansatte». «Det kan hende at holdningen smitter». «Dette er ikke så viktig»*

- Støtte fra ledelsen

F: *«At lederen vår er opptatt av det».*

4.2.3 Motivation (Motivasjon)

Automatic motivation (motivasjon som ikke forutsetter refleksjon og overveielse)

- Ansvar og oppgavefordeling

H: *«En hemmer sånn som vi har jobbet, med en sau på hvert sted. Bjella har hengt på en person, og at det er den personen som skal gjøre jobben».*

Flere opplever at de ikke har en rolle eller et ansvar for bruk av EQ-5D.

H: *«Hva er min rolle i dette?». «EQ-5D, det gjelder ikke meg». «Hvordan skal jeg forholde meg til det?»*

Informantene mener det er en fordel at ansvaret plasseres hos flere.

F: *«Man må ansvarlig gjøre ulike ledd». «EQ-5D bør være et tverrfaglig ansvar».*

Det bør være avklart hvem som skal gjøre hva.

H: «Uklar struktur på hvem som skal gjøre hva, er en klar barriere». «Det har vært misforståelse om hvem som skal gjøre hva». «Noen ville at fysioterapeutene skulle ha hovedansvaret, mens noen ville at pleien skulle gjøre det».

F: «Klare roller og ansvarsplassering». «Hva kan jeg gjøre og bidra med»

- Kontrollør

Informantene mener det er en fordel at noen følger med om skjema blir besvart.

F: «Vaktbikkje. Noen som passer på at det blir gjennomført».

- Rutiner

F: «Vi trenger en fast flyt, en felles rutine for alle så bruken av skjema går på automatikk». «Vi trenger alle en innarbeidet rutine». «Jeg er alltid inne og sjekker EQ-5D». «Jeg leser gjennom før jeg møter pasienten». «Det er en del av jobben vi gjør, å gå gjennom skjema med pasienten og med teamet».

H: «Jeg har vært sløv på rutiner. Det glipper litt her og det glipper litt der»

- Vurdering av kvalitet på arbeidet

H: «Jeg synes det er vanskelig at vi blir målt på EQ-5D, når vi skal vise resultat. Det er så mye mer komplekst». «Jeg synes det er en utfordring at resultatene fra EQ-5D brukes i hvordan vi blir bedømt». «Jeg tenker også at det aspektet med å bli evaluert ut ifra EQ-5D, kan være ganske ubehagelig. Å bli evaluert for jobben man gjør. I hvert fall når man blir evaluert på ting som er litt banalt, i en kompleks hverdag, så kan det bli ubehagelig». «Demotiverende faktor, at ledelsen ser at vi gjør «en dårlig jobb»». «Vi ser at dere gjør en kjempebra jobb der, eller en «ræva»-jobb der, så er det det man blir vurdert ut fra, som føles urettferdig».

- Resultat

F: «Fint å se at rehabilitering har effekt». «Gode resultat er motiverende». «Jeg liker tall. Positive tall. Det gir motivasjon». «Når det viser seg at pasientene har økt helserelatert livskvalitet, så gir det motivasjon».

H: «Dårlige resultat er demotiverende». «Om det blir demotiverende med dårlige resultat, det vet jeg ikke». «Hvorfor svarer noen pasienter så dårlig? Hva gjør det med oss når de gjør det?» «Hva gjør disse resultatene med oss?»

Urealistiske forventinger fra leder virker demotiverende, forteller en informant.

H: «Svarprosent på 70 % tror jeg er det beste vi kan få til, men det forventes enda at vi skal ha 100%»

- Presentasjon av data

F: «Å få tallene presentert øker motivasjonen». «At ledelsen gir oss tilbakemelding på resultat». «At man får en tilbakemelding med arbeidet sitt».

H: «Hvis vi ikke hadde fått resultatene presentert, ville min interesse dalt».

Reflective motivation (motivasjon som oppstår på grunn av refleksjon omkring betydning)

- Holdninger om at det er nødvendig

F: «Vi må måle og vise effekten av det vi gjør, det er klart». «For å dokumentere vår eksistensberettigelse i helsevesenet. At rehabilitering er en disiplin som virker». «Vise at rehabilitering er samfunnsnyttig». «Vi må dokumentere at rehabilitering er nyttig» «Vi trenger mengder av undersøkelser for å bevise at rehabilitering virker». «For å vise at det vi gjør har effekt, og virker på personen, så vi kan fortsette med det fine arbeidet vi gjør».

F: «Det er et krav fra ledelsen og helsemyndighetene»

F: «Oppdragsgiver er interessert i å vite hvordan det går etter 3-4 uker på rehabilitering». «vi vet at dette er et målvektøy oppdragsgiver vil at vi skal bruke». «Det kan jo dra seg til at EQ-5D blir en nasjonal kvalitetsindikator. «For å få nye oppdrag, nytt mandat for å fortsette rehabilitering»

- At det oppleves meningsfullt

«Skal vi kartlegge, bare for å kartlegge, diskuterer vi ofte». «Jeg personlig måtte jobbe for å bestemme meg «dette skal jeg gjøre til noe nyttig, og finne ut på hvilken måte jeg kunne nyttiggjøre meg besvarelsen».

F: «EQ-5D går i hovedsak på livskvalitet, og det er jo derfor vi er her»

H: «I forhold til det med nytte, synes jeg det EQ-5D skjema alene, er litt unøyaktig». «Vi har ikke noe skjema som måler aksept».

- Klinisk relevans

H: *EQ-5D ble på noen enheter innført som noe som var av interesse for forskning, og ikke hadde betydning for klinikken. «Det var FOU-personen som skulle drive med EQ-5D, og det ble fjernet fra klinikken». «Skjema har gått litt på siden av det vi holder på med, så vi har strevd med å gjennomføre».*

H: *«EQ-5D er organisert i pakker med flere andre skjema som går automatisk til pasientene uten at vi behøver å forholde oss til det». «Resultatene blir nevnt inn imellom, men vi forholder oss ikke til det i daglig drift». «Besvarelsene er noe vi slipper å forholde oss til i det daglige». «Det handler om at vi er fremmedgjort fra besvarelsene».*

På andre enheter brukes EQ-5D som et verktøy i klinikken.

F: *«EQ-5D må brukes i klinikken». «At legen, sykepleieren eller fysioterapeuten deler ut skjema, og på den måten får et eierskap».*

F: *«En rask og grei screening». «Skjema gir et raskt overblikk over pasientens problemer. Er det gangvansker, smerter eller psykisk helse som er hovedproblemet». «Nyttig å se hvordan pasienten opplever sin totale helse»*

F: *«Pasientens stemme blir hørt». «Synliggjør pasientens opplevelse». «Pasientmedvirkning i praksis». «Det kobler med litt mer på» «Å besvare EQ-5D før konsultasjonen gjør pasienten mer forberedt på hva vi skal snakke om.» «Pasienten gjør seg noen refleksjoner før de kommer inn til samtale».*

F: *«Fremragende kommunikasjonsverktøy». «Som inngang til samtale og refleksjon, særlig spørsmål om psykisk helse og hvordan pasientene opplever sine smerter». «Det åpner opp for temaene». «Spisse kommunikasjonen til de områdene som er problematisk».*

F: *«For å hjelpe pasienten å sette mål». «Et verktøy man kan bruke individuelt for å vurdere målsetting og tiltak for oppholdet». «Det kan vise retning i målsamtalen. Sett mål. Hva trenger du?».*

F: *«Verktøy i avreisesamtalen med pasienten».*

«Bevisstgjøring, hva har skjedd under oppholdet?». «VAS helse synes jeg er nyttig, når pasienten er ferdig med rehabiliteringen, for å se endring». «Evalueringsverktøy på om rehabiliteringen har vært vellykket eller ikke» «Vi ser på tallene når vi skal skrive sluttrapport, sier mye om effekten av oppholdet».

F: *«Vi kan bruke resultatene til kvalitetsutvikling».*

«Vi må spørre oss om vi gjør de riktige tingene?». «Kunne vi, hvis vi hadde gjort ting annerledes, oppnådd større endring?». «Vi må gjøre ting som er nyttig og som kan dokumenteres. Vi kan ikke drive med ting som ikke virker».

- Skepsis til skjema

H: «EQ-5D viser til å være en universell og generell måte å måle alle mennesker på denne planeten». «Det treffer ikke alle like godt». «Selvrapportering er interessant, den bommer litt». «Ikke et skjema som passer alle». «Skjema er for banalt». «EQ-5D føles ubetydelig i mange tilfeller, når du kommer tett på pasienter og veldig komplekse problemstillinger». «Det føles ikke viktig nok med skjema, når du sitter med pasienter i krise». «EQ-5D blir litt banalt i den store sammenhengen, når man jobber med komplekse problemstillinger».

H: «Vi synes ikke det er et bra instrument for å måle effekt».

«Utbytte av rehabilitering kommer ikke nødvendigvis godt frem på EQ-5D skår, er vår erfaring». «Kanskje det ikke passer like godt på alle ytelser». «De blir uheldig å bruke EQ-5D for å måle effekt av rehabilitering». «EQ-5D alene for å måle effekt blir unøyaktig. Jeg mener vi ikke kan bruke EQ-5D isolert».

H: «Inntrykk av at skjema er laget for statistikk, for helseutfallsmål på gruppenivå, mer enn for bruk på enkeltpasienter i klinikken».

H: «At ledelsen i Unicare ønsker å vise oppdragsgiver at behandlingen vår virker ved hjelp av dette skjema, at man skal bruke EQ-5D til det? Der har vi masse diskusjoner».

- Usikkerhet om betydning av pasientens besvarelse

H: «En barriere er at svarene ikke er troverdige».

«Svarene de kommer med, de tar jeg med en klype salt». «Noen ganger virker svarene litt «fingeren i været», hva er det de egentlig svarer på? «Det er vanskelig å stole på tallene. Du legger merke til at det ikke stemmer». «Det føles nytteløst når de svarer «feil». «At svaret er feil, både når de kommer og drar». «Tiltroen til skjema blir dårlig».

H: «Det skjema vi bruker, er ikke ment for pårørende å fylle ut, men pårørende fyller ut likevel.» «Ofte et stort gap mellom det pårørende svarer, og det pasienten selv mener».

H: «Besvarelsene er avhengig av pasientens agenda».

«De som vil ha eller ikke vil ha god sluttrapport etter rehabilitering». «En som svarer veldig bra, stor endring i positiv forstand. Han er ikke ute etter uføregrad eller AAP»

4.3 Organisasjonen/ ledelsen

4.3.1 Capability (evne, kunnskap, kapasitet og ferdighet)

Physical capability

- Ingen data

Psychological capability

- Kunnskap om ledelse

F: «Kunnskap om prosessledelse, endringsledelse og personaloppfølging, alle de elementene må være på plass for at man som leder skal kunne følge det opp i driften».

- Klinisk forståelse

F: «Vi ledere må vite hva EQ-5D handler om. Hva disse tallene sier oss».

Det ble problematisert at ingen av lederne i fokusgruppen hadde helseutdanning.

H: «Det er mer krevende med ledere som ikke er helsefaglig utdannet». «Det tar lengre tid å forstå dette her når du ikke har helseutdanning». «Jeg har ikke medisinsk bakgrunn og mangler klinisk forståelse». «Det er ikke så enkelt å lese sånne tall. Du må ha kompetanse for å kunne forklare». «Jeg synes det har vært vanskelig, jeg mangler erfaring». «Hvordan skal vi bruke det»? «Jeg synes det er vanskelig å være ambassadør for de ansatte, å overbevise dem om å bruke det».

- Ferdighet i implementering

F: «Det handler om evner på mellomledernivå, at du har avdelingsledere som evner å utføre oppdraget. Evner til å gjennomføre det vi beslutter».

- Erfaring i bruk av skjema

F: «Vi har jo drevet med dette i mange år. Vi snakker om 5 års arbeid for å få dette til».

- Kommunikasjonsferdigheter

F: «Tidlig kommunisere, tydelig kommunisere, forklare årsakene». «Vi må få de ansatte til å forstå hvorfor vi benytter EQ-5D. Forstå formålet med skjema».

Ledergruppen diskuterte seg imellom på hvilken måte de best kunne kommunisere behovet for endring (implementering av EQ-5D) med sine ledere og ansatte.

F: *«Vi må finne måter å kommunisere betydningen og formålet med EQ-5D på en måte som er mer jorda, ikke så tallfokuset, som oppleves som mer «spiselig» for helsepersonell som kanskje tradisjonelt ikke er så motivert av tall og statistikk». «Du kan ikke snakke om å øke omsetning til helsepersonell, men om betydningen for pasienten og organisasjonen». «Hvis vi greier å gjøre det mer faglig. Snakke om hvordan vi kan bruke skjema i pasientforløpet, og hvordan pasientene og helsepersonellet kan ha nytte av det».*

4.3.2 Opportunity (mulighet, anledning, sjanse, fysiske forhold og tilgang)

Physical opportunity

- Digital skjemaplattform

På flere enheter ble EQ-5D innført og samtidig inkludert i større skjemapakker, som gikk automatisk til pasientene på digital skjemaplattform, uten at helsepersonellet behøvde å forholde seg til det.

H: *«EQ-5D i koblingen med digital skjemaplattform, var ikke den beste måten å implementere skjema». «Digital skjemaplattform var ikke løsningen på implementering, men en måte å samle inn skjema på».*

På andre enheter var EQ-5D benyttet i papirformat, før digital skjemaplattform ble innført.

Det kan ha vært en fordel at helsepersonell på den måten fikk kjennskap til skjema.

F: *«Vi begynte å samle inn EQ-5D manuelt».*

Social opportunity

- Samstemt daglig- og faglig ledelse

F: *«En samstemt ledelse, og en sterk fagstemme som sier at dette skal vi gjøre» «At faglig ledelse og administrativ ledelse er samstemte».*

H: *«Krevende å holde tak i prosessen og holde trykket på, hvis man ikke har en stabil og god både daglig ledelse og faglig ledelse».*

- Interesse, forståelse og tillit fra leder til medarbeider

F: *«Jeg tror det er viktig for daglig leder å vise interesse forbi linja. Vise de ansatte at jeg som leder har forståelse for det de jobber med, og interesse ikke minst. Det er et viktig signal i organisasjonen». «At det blir sett det som skjer. At de ansatte opplever en oppriktig interesse fra min side for det de driver med, alle sammen». «Tillit mellom leder og ansatt, det er en forutsetning».*

- Felles mål

F: *«Valget å benytte EQ-5D har vi tatt, og vi er alle innstilt på å bruke det». «Et legenettverk og et FOU-nettverk som vurderer at dette er et godt skjema».*

- Dagsorden

F: *«Det er et lederansvar, at vi får løftet betydningen i bruk av EQ-5D» «Det er et lederspørsmål- dette er fokus».*

- Informasjon og opplæring

«Det er ledelsens ansvar å gi informasjon og opplæring»

F: *«Vi må sørge for opplæring av ledergruppa, som skal være medhjelpere ut i organisasjonen for å få dette til å leve, fullføre trykket ute i organisasjonen». «Vi må løfte medarbeiderens kompetanse gjennom internundervisning, veiledning, opplæring og gjennomgang». «Sørge for at alle får informasjonen de trenger».*

Ledere må også sikre seg at ansatte har tilegnet seg kunnskapen.

F: *«Om informasjonen er gitt er en ting, men den skal også tas imot».*

- Arena for diskusjon/ møter

F: *«Jeg må hele tiden formidle det ut som budskap, på alle arenaer hvor jeg er sammen med mine ledere». «På personalmøtene og avdelingsmøtene, samme tematikk som vi ruller ut hele veien». «Vi må diskutere resultat på ledermøter, allmøter, personalmøter og fagmøter».*

- Rollemodeller

F: *«En sterk fagleder som hjelper deg å holde fokus». «Legegruppen må være engasjert». «Avdelingsledere, medisinsk fagansvarlig, FOU- og kvalitetsleder, alle er budbringere for*

budskapet». «Enhetsledere, daglig ledere, FOU- og kvalitetsleder og avdelingsledere- alle må være opptatt av det».

- Kultur

H: *«Stedets kultur». «Kultur spiser strategi». «Gamle, satte institusjoner». «Sånn har vi gjort det bestandig».*

4.3.3 Motivation (Motivasjon)

Automatic motivation

- Ansvar

Det kommer frem i ledergruppa at ansvar for oppgaven bør plasseres tydelig, slik at de ansatte vet hvem som har ansvar for hva og hva som forventes av dem.

F: *«Det har med roller, ansvar og myndighet å gjøre». «Tydeliggjøring overfor de ansatte hva deres rolle og ansvar er». «Vi må skape en forventning til de ansatte, at de følger dette opp».*

- Prosedyrer

F: *«Det er prosedyrer for ansatte her. Tydelige prosedyrer på at skjema skal gjennomgås».*

- Resultat

F: *«Vi må vise de ansatte hva vi får til, å være stolte av det vi gjør». «Tall synes jeg er virkningsfullt». «Ta resultatene opp på skjerm og vise eksempel. Vise visuelt» sånn ser det ut»»*

- Dårlige resultat kan oppleves demotiverende for leder.

H: *«Det er demotiverende når man bruker mye tid, og opplever at vi ikke får det til». «Jeg har tro på at mine ledere og klinikere skal få dette til, men jeg ser at vi er på stedet hvil med hensyn på svarprosent. Det blir jeg berørt av».*

- Konkurransen

Flere i ledergruppen har tro på konkurranse som virkemiddel.

F: «Gull verdt å bruke konkurranse som motivasjonsfaktor». «Intern konkurranse. Hvilket team er best? Hvem har fått inn flest skjema». «Konkurranse på tvers av enhetene. Man ønsker ikke å ligge nederst på lista» «Kollektiv sekundering, sunn konkurranse».

Reflectiv motivation

- Holdninger om nødvendighet

F: «Det er et tydelig krav fra oppdragsgiver» «Hvis vi ikke viser resultat så overlever vi ikke»

H: «Vi opplever ikke at EQ-5D er noe oppdragsgiver forholder seg til». «Oppdragsgivere ser isolert på tallene. Her var det bra og her var det dårlig»

- At det oppleves meningsfullt

F: «Formålet må være helt klart». «En klar formening om hva EQ-5d skal brukes til. Hva er formålet med implementeringen?»

- Klinisk relevans

H: «Det var feil vinkling hos oss da vi innførte skjema. Vi formidlet at det var forskning, og ikke til nytte for pasienten eller helsepersonellet». «Flere enheter har ikke evnet å ta nok grep, for vi har ikke sett nytten av det»

- Produktkunnskap

F: «EQ-5D gir oss ledere et mer bevisst forhold til pasientgrupper og ytelser». «Det gir oss en større forståelse for de ulike pasientgruppene» «For å vite mer om pasientene våre». «Det hjelper meg å ha bedre kvalitet på diskusjoner med oppdragsgiver»

- Styringsverktøy

F: «EQ-5D er et fint styringsverktøy». «Vi kan måle hvordan vi gjør det per ytelse, og som enhet». «En pekepinn på hvor vi er i løypa».

- Fag- og kvalitetsutvikling

F: «EQ-5D kan benyttes som verktøy for fag- og kvalitetsutvikling». «Spin-off effekter på fagutvikling og forskning». «Et utgangspunkt for å diskutere fag og kvalitet».

4.4. Behaviour (adferd, oppførsel og fremgangsmåte)

Behaviour påvirker også Competence, Opportunity og Motivation i motsatt retning.

Tema Behaviour er plassert i samme tre kontekster: Pasient, helsepersonell/ klinikk og ledelse/organisasjon.

4.4.1 Pasient

- Behaviour som påvirker motivation

Pasienters eller pårørendes adferd kan påvirke helsepersonellens motivasjon for å bruke skjema. At de svarer feil, at de avstår fra å svare, at de ikke svarer ærlig, eller at de pårørende svarer for dem, er adferd som påvirker de ansattes motivasjon til å bruke skjema.

H: *«Mange pasienter misforstår, og svarer feil».*

H: *«Det skjema vi bruker, er ikke ment for pårørende å fylle ut, men pårørende fyller ut likevel.»*

4.4.2 Helsepersonell/klinikk

- Behaviour som påvirker capability, opportunity og motivation

Helsepersonell kan påvirke pasientens evner, motivasjon og muligheter til å besvare skjemaet, ved å tilby veiledning og praktisk bistand.

F: *«At man kan hjelpe pasienten med å besvare skjema».*

- Helsepersonell kan påvirke pasientens evner, motivasjon og muligheter til å svare på skjemaet ved å informere, etterspørre og gjennomgå besvarelsen.

F: *«Vi vil sette oss ned å prate med deg om besvarelsen».*

F: *«Hvis EQ-5D ikke er besvart når pasienten kommer til legen, da blir det etterspurt».*

- Behaviour som påvirker capability og motivation

Helsepersonell kan påvirke hverandres evner og motivasjon ved å diskutere og drøfte.

F: *«Se på tallene sammen. Ha små seanser. Diskutere med hverandre».*

- At helsepersonell bruker skjema i det daglige, vil øke ferdigheter og motivasjon.

F: *«EQ-5D må brukes i klinikken».*

- At helsepersonell ikke forholder seg til skjema, vil kunne svekke evner og motivasjon.

H: *«EQ-5D er organisert i pakker med flere andre skjema som går automatisk til pasientene uten at vi behøver å forholde oss til det».*

- Behaviour som påvirker motivation

At helsepersonellet ikke viser interesse, kan svekke lederens motivasjon

H: *«Læber respons, ingen som deltar aktivt i diskusjonen. Det gjør noe med meg».*

H: *«Jeg har tatt opp resultat på hvert allmøte, en gang i måneden. Det oppleves ikke motiverende». «Jeg mater på med «positive tall, «vi gjør det bedre enn før», men det oppleves som noe de ansatte ikke har noe forhold til».*

4.4.3 Ledelsen/organisasjonen

- Behaviour som påvirker competence, opportunity og motivation

At ledelsen gir tilstrekkelig opplæring og veiledning vil påvirke de ansattes evner, muligheter og motivasjon til å bruke EQ-5D.

F: *«Vi må løfte medarbeiderens kompetanse gjennom internundervisning, veiledning, opplæring og gjennomgang».*

Kommunikasjon som treffer målgruppen

F: *«Hvis vi greier å gjøre det mer faglig. Snakke om hvordan vi kan bruke skjema i pasientforløpet, og hvordan pasientene og helsepersonellet kan ha nytte av det».*

- Behaviour som påvirker competence og motivation

At ledelsen presenterer resultat.

F: *«Å få tallene presentert øker motivasjonen».*

- Behaviour som påvirker motivation og opportunity

At ledelsen viser interesse, forståelse og tillit sørger for forankring i klinikken.

H: *«Skjema ble innført ovenfra og ned. Da mistet vi litt engasjement. Vanskelig å komme seg videre fra det».*

Hvor ofte ledelsen har tematikk i fokus.

F: *«På personalmøtene og avdelingsmøtene, samme tematikk som vi ruller ut hele veien».*

- Behaviour som påvirker motivation og competence

Hvor ofte ledelsen formidler resultat.

H: *«Jeg tror ikke det gir mening for de ansatte å få tallene presentert hver måned».*

F/H: *«Resultatene på gruppenivå blir delt og gjennomgått med de ansatte en gang i halvåret».*

- Behaviour som påvirker competence og motivation

Hvordan resultat blir presentert.

H: *«På allmøtene, statistikk, 5 sekunder, dette er svarprosenten. Det blir presentert sammen med sykefravær og pasientbelegg».*

F: *«Visuell fremvisning av resultat, en mulighet til å se endring sammen».*

4.5 Oppsummering av de viktigste hemmere og fremmere

Mange faktorer er rapportert som både fremmer og hemmer. Et eksempel på dette er at opplæring fremmer implementering, og at mangel på opplæring er en barriere. At alle fremmere og hemmere har en motsetning, gir studien kilde til flere data enn det som fremkommer i intervjuene.

4.5.1 Pasienter

Det er flest data i kategori Competence (n=9) og Opportunity (n=10), og færrest i kategori Motivation (n=3) og Behaviour (n=2).

- Competence (n=9)

Kun hemmere I kategorien (n=9): physical competence (n=4), psychological competence (n=5).

Av ni hemmere er det bare pasientens kunnskap som kan modifiseres i vår kontekst, som pasient i et rehabiliteringsforløp. Sykdomstilstand, språk, syn, alder, leseferdigheter, digitale ferdigheter, kognitiv funksjon og hukommelse er ikke modifiserbare faktorer.

- Opportunity (n=10)

Physical opportunity (n=6)

F: (i) utlån av teknisk/ digitalt utstyr; (ii) skjema på papir; (iii) at pasientene uten norskferdigheter kan anvende oversatt versjon av skjema; (iv) mindre skjemapakker (v) digitale påminnelser; (vi) at det legges til rette for at pasientene svarer på skjema på stedet ved ankomst og før avreise.

Social opportunity (n=4).

F: (i) informasjon (ii) hjelp til utfylling av skjema; (iii) at ansatte etterspør besvarelser; (iv) påminnelser.

- Motivation (n=3)

Automatic motivation (n=0).

Reflectiv motivation (n=5) Flere av observasjonene er plassert både som hemmere og fremmere, og de er likt fordelt.

H (n=2): (i) tanker om negativ konsekvens; (ii) antagelsen at bevarelsen ikke har betydning.

F (n= 3): (i) at spørreskjema oppleves meningsfullt; (ii) antagelsen at bevarelsen vil ha betydning for behandlingen; (iii) at bevarelsen ikke vil ha negativ konsekvens.

- Behavior (n=2)

H: (i) at pasienter misforstår og svarer feil, (ii) at de pårørende svarer for pasienter.

4.5.2 Helsepersonell/klinikk

Det er flest data i kategori Motivation (n=12), Opportunity (n=11) og Behaviour (n=9) og færrest i Competence (n=4).

- Competence (n= 4)

Alle data rapporteres i kategori psychological competence.

H (n=4): (i) manglende kunnskap; (ii) personlig kapasitet; (iii) manglende ferdighet i bruk av skjema; (iv) svake digitale ferdigheter (n=4).

F (n=1): (i) at skjema er enkelt å forstå

- Opportunity (n= 11)

Physical opportunity (n=4)

F: (i) velfungerende IT system, (ii) digital skjemaplattform; (iii) samstemming i digital skjemaplattform og elektronisk pasientjournal; (iv) avsatt tid til gjennomgang av skjema.

Social opportunity (n=7)

F (n=7): (i) undervisning og opplæring; (ii) at resultat etterspørres; (iii) arenaer for diskusjon; (iv)møter; (v) felles mål og fokus; (vi) rollmodeller, (vii) støttende ledelse.

- Motivation (n= 12)

Automatic motivation (n=6)

F: (i) ansvars plassering og rollefordeling, (ii) rutiner; (iii) gode resultat; (iv) presentasjon av data; (v) kontrollør som passer på at besvarelser kommer inn

H: mangel på de over nevnte fremmere; (ii) ubehaget de ansatte opplever ved å at deres arbeid og kvalitet blir bedømt utifra EQ-5D.

Reflective motivation (n=6).

H: (i) de ansattes negative holdning til skjema; (ii) usikkerhet omkring gyldigheten av pasientens besvarelse.

F: (i) at besvarelsen har klinisk relevans; (ii) at skjema er nødvendig for å vise effekt av rehabilitering og å sikre fremtidig eksistens. Behaviour (n=9).

- Adferd (n=6)

Fremmende adferd av betydning for pasienten: at helsepersonell (i) informerer; (ii) hjelper; (iii) etterspør og (iv) gjennomgår besvarelser sammen med pasienten.

Fremmende adferd av betydning for helsepersonell; (i) tverrfaglig diskusjon omkring besvarelser; (ii) ta skjema i bruk i det daglige kliniske arbeidet og forholde seg resultat for enkelte pasienten.

4.5.3 Ledelse/organisasjon

Hos ledelse/ organisasjon er det flest data i kategori Opportunity (n=10). Fordelingen i andre kategoriene er Motivation (n=6), Competence (n=5) og Behaviour (n=5).

- Competence (n=5)

Physical competence: ingen rapporteringer

Psychological competence:

F: (i) lederkunnskap; (ii) kunnskap om skjema; (iii) kommunikasjonsferdigheter; (iv) ferdigheter i implementering hos mellomledere; (v) erfaring i bruk av spørreskjema.

H: (i) mangelfull klinisk forståelse hos ledelsen.

- Opportunity (n=10)

Physical opportunity (n=2)

H: (i) At EQ-5D ble innført samtidig med digital skjemaplattform

F: (i) å bli kjent med skjema ved å samle inn manuelt i en periode

Social opportunity (n=8).

F (n=8): (i) samstemt daglig- og faglig ledelse; (ii) en sterk fagstemme; (iii) felles mål; (iv) rollemodeller; (v) informasjon og opplæring; (vi) arena for diskusjon mellom ledere og ansatte; (vii) Eq-5d på dagsorden; (viii) endringskultur, (ix) interesse, forståelse og tillitt fra leder mot de ansatte.

H (n=2): (i) kultur som ikke er åpen for endring; (ii) mangel på stabil ledelse, faglig og administrativt.

- Motivation (n= 6)

Automatic motivation (n=4):

F (n=4): (i) tydelig plassert ansvar; (ii) prosedyrer; (iii) resultat og (iv) konkurranse innad i og mellom enhetene.

H (n=1): (i) dårlige resultat.

Reflective motivation (n=2)

F: (i) holdningen at skjema er *nødvendig* av hensyn til oppdragsgiver og fremtidige anbud;

F: (ii) at skjema har *betydning* for driften, (a) at skjema har klinisk relevans, (b) at resultat bidrar til «produktkunnskap»; (c) at resultat kan anvendes styringsverktøy og (d) at resultat som kvalitetsindikator i fag-og kvalitetsarbeid.

- Behaviour (n=5)

Det rapporteres fem typer atferd fra ledere som kan påvirke implementering,

F(n=5): (i) en støttende ledelse som viser interesse, forståelse og tillit; (ii) som gir opplæring og veiledning; (iii) som kommuniserer formål og betydning på en effektiv måte; (iv) som presenterer data visuelt og (v) som reflekterer med helsepersonell omkring resultatene.

H (n=2): (i) at ledere ikke har greid å forankre innføring av skjema hos helsepersonellet før implementering og (ii) at resultat blir presentert på en måte som ikke engasjerer helsepersonellet.

5. Diskusjon

«Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabilitering?» I denne eksplorative studien har forfatteren undersøkt hvilke faktorer som kan styrke en implementering av EQ-5D på fire rehabiliteringsenheter. Det er gjort tematisk analyse av intervjudata, og informasjon er plassert i hovedtema Competence, Opportunity, Motivation og Behaviour i henhold til COM-B teorien. Teorien i oppgavene er at hemmere og fremmere for implementering EQ-5D, kan plasseres i kategoriene Competence, Opportunity og Motivation. Ved å påvirke en eller flere av disse elementene, vil man kunne oppnå adfersendring. Ifølge teorien kan også konkurrerende adferd påvirke Competence, Opportunity og Motivation i motsatt retning, og forfatteren har også undersøkt hvilken adferd som kan være hensiktsmessig.

Fire spørsmål ble definerende for oppgaven:

- Hvordan er adferden i dag?
- Hvor skjer denne adferden?
- Hvem er de involverte parter?
- Hvorfor skjer denne atferden?

Adferden i dag er at EQ-5D ikke blir besvart i den grad man ønsker. Adferden foregår både hjemme (dersom pasientene får skjema tilsendt) og på hver enhet. De impliserte parter, slik det kommer frem i oppgaven, er pasientene, helsepersonellet og ledelsen. Hvert tema er derfor plassert i *konteksten* pasient, helsepersonell/klinikk og ledelse/organisasjon. Det er sannsynlig at også oppdragsgivere og helsemyndigheter har en betydningsfull rolle i implementering av EQ-5D, men deres rolle undersøkes ikke og drøftes ikke nærmere i denne oppgaven.

Til sammen 30 *informanter* har deltatt i fem *fokusgruppediskusjoner*. Deltagerne var helsepersonell i klinikken med og uten lederrolle, og en gruppe med daglig ledere.

Oppgavens formål er å undersøke hvilke faktorer og forutsetninger helsepersonellet og ledelsen mener kan fungere som hemmere eller fremmere for vellykket implementering av EQ-5D. *Langsiktig målsetting* er at funn i studien kan anvendes i en målrettet implementeringsprosess, tilpasset hver enhet i organisasjonen. Informantene i studien har delt sine synspunkt om hva de synes fungerer bra eller hva de savner i dagens praksis, og sine ideer for endring og forbedring. Kunnskapen fra studien kan være nyttig når ledelsen skal planlegge og iverksette tiltak for å styrke implementeringen. En vellykket implementering

forutsetter at ledelsen hensyntar involverte parter forutsetninger og behov og tilpasser tiltakene deretter.

Implementering

«Hva legger man i den implementeringen? Er det at folk skal svare? Er det å bruke det i klinikken som er verktøy for den enkelte pasient? Er det for å bruke det som et verktøy? Er det for utvikling?» Spørsmålet ble stilt av en av informantene i fokusgruppediskusjonen. Synonymer til å *implementere* er å inkludere, iverksette, utføre, gjennomføre eller realisere. I denne oppgaven har forfatteren forstått implementering som å innføre skjema på enhetene (inkludere), ta det i bruk i klinikken og i organisasjonen (iverksette og utføre), å oppnå ønsket antall besvarelser fra pasientene og å benytte resultatene til bestemte formål (realisere).

Tematisk organisering i henhold til COM-B

Opportunity, O (muligheter) forstår forfatteren som alle faktorer som ligger utenfor individet, som gjør det mulig for individet eller gruppen å gjennomføre en ønsket adferd. O er den faktoren som i størst grad kan modifiseres i studiens kontekst. Competence, C (evner) er faktorer som ligger i individet. Evner kan modifiseres, men i mindre grad i studiens kontekst. Kategoriseringen av data i tema Competence og Opportunity er derfor basert på forfatterens forståelse av C og O, basert på hva som er realistisk å modifisere i konteksten som er studert.

5.1 Kunnskapsgrunnlaget

Tidligere litteratur har beskrevet både organisasjonsmessige og personlige barrierer og tilretteleggende faktorer for implementering av pasientrapporterte spørreskjema (PROMs), både generelt og for spesifikt for EQ-5D. Artikkelen fra Briggs (2020) er en systematisk oversiktsartikkel som omhandler barrierer og fasilitatorer for implementering av PROMs i poliklinikk. Artikkelen fra Amimi (2021) er en surveystudie om helsepersonells syn på hvilke hemmere og fremmere som er betydningsfulle for implementering av PROMs på poliklinikk på et akademisk sykehus. Artikkelen til Churchill (2021) omhandler et helsesystem i en Canadisk provins som innførte Eq-5D-5D som måleverktøy i et kvalitetsforbedringsprogram, hos rehabiliterings-aktører utenfor sykehus.

Oppsummering av hemmere og fremmere i de tre studiene

Hemmere av betydning hos eller for pasienter var: (i) manglende språkferdigheter, (ii) at skjema-besvarelse krever gode leseferdigheter, (iii) at pasientene ikke forstår betydningen av skjema, (iv) at de trenger hjelp til å fylle ut, (v) at det var for mange spørsmål, (vi) at spørsmålene var vanskelige og (vii) at pasienter ble forvirret og engstelige.

Fremmere av betydning for pasienter: (i) mulighet for pasienten til å svare på papir, (ii) mulighet for den ansatte å gjennomgå besvarelsen med pasienten.

Hemmere av betydning helsepersonell var: (i) holdninger om liten klinisk relevans, (ii) manglende kunnskap og ferdigheter, (iii) utilstrekkelig informasjon og mangelfull opplæring, (iv) at EQ-5D manglet spesifisitet og ikke var anvendelige for deres pasientgrupper, (v) vansker med å tilpasse EQ-5D i egen kontekst, (vi) begrensinger i IT plattformen, (vii) mangel på fasiliteter og teknisk utstyr for gjennomføring, (viii) mangel på brukerstøtte, (ix) mangel på retningslinjer, (x) tidsmangel, (xi) utfordringer i tverrfaglige team, (xii) bekymring for at kvaliteten på behandling vil bli vurdert ut ifra PROMs besvarelser og (xiii) frykt for at resultat ville brukes i de ansattes disfavør

Fremmere av betydning for helsepersonell var: (i) holdning om klinisk relevans, (ii) at besvarelsen hadde verdi i konsultasjonene, (iii) tilstrekkelig opplæring, (iv) lokal veiledning, (v) regelmessige møter og tilbakemeldinger fra kolleger, (vi) tid, (vii) anvendelig infrastruktur for datasamling og fremvisning/ rapportering, (viii) tilgang på digitalt utstyr, (ix) integrering av PROMs i elektronisk pasientjournal, (x) tydelig ledelse (xi) tydelig målsetting for rutinemålinger, (xii) tydelig forventning fra arbeidsgiver og oppdragsgiver, (xiii) forpliktelse og støtte fra administrativ ledelse (xiv) dedikerte koordinatore, og (xv) motiverte medarbeidere.

5.2 Hovedfunn i egen studie

Pasientene

Hemmere av betydning: (i) antagelsen at deres besvarelse ikke har betydning, (ii) antagelsen at besvarelsen kan ha negativ konsekvens, (iii) høy alder, (iv) visse sykdomstilstander, (v) manglende språkferdigheter, (vi) svake leseferdigheter, (vii) svake digitale ferdigheter, (viii) redusert kognitiv funksjon og manglende forståelse av skjema.

Fremmere av betydning: (i) informasjon om hensikt og betydning, (ii) mindre skjemapakker, (iii) at helsepersonellet etterspør besvarelsen, (iv) at pasienten kan få hjelp til utfylling av

skjema, (v) at pasienten har mulighet til å svare på papir, (vi) at pasienten svarer på skjema på stedet, før avreise.

Helsepersonellet

Hemmere av betydning: (i) manglende kunnskap og ferdighet i bruk av skjema, (ii) usikkerhet omkring gyldigheten av pasientens besvarelse, (iii) ubehag ved at arbeid og kvalitet blir bedømt utifra EQ-5D.

Fremmere av betydning: (i) at skjema har betydning for deres arbeid i klinikken, (ii) at helsepersonell tar skjema i bruk i det daglige kliniske arbeidet og forholder seg resultat for enkelte pasienten, (iii) ansvar, (iv) prosedyrer, (v) rutiner, (vi) fungerende IT system og digital skjemaplattform, (vii) samstemming i digital skjemaplattform og elektronisk pasientjournal, (viii) tid, (ix) undervisning og opplæring, (x) møter hvor resultat diskuteres, (xi) en støttende ledelse, (xii) at akkumulert data presenteres, (xiii) at ledelsen gir mulighet til å drøfte av resultatene og (xiv) at resultat kan anvendes i kvalitetsforbedringsarbeid.

Ledelsen

Fremmere av betydning: (i) gode resultat, (ii) holdningen om at EQ-5D har betydning for driften, (iii) samstemt daglig- og faglig ledelse, (iv) en sterk fagstemme i ledelsen og ut i klinikken, (v) rollemodeller i tverrfaglige team, (vi) egen kunnskap om skjema og forståelse for betydningen i klinikken, (vii) ansvar, (viii) prosedyrer, (ix) presentasjon av data, (x) konkurranse innad og mellom enhetene, (xi) en støttende ledelse som viser interesse, forståelse og tillit, (xii) opplæring og veiledning til helsepersonell og (xiii) kommunisere formål, betydning og målsetting på en måte som appellerer til målgruppen.

5.3 COM-B teorien, tidligere forskning og egne funn- hva forteller det oss?

Mine funn samsvarer i hovedsak med tidligere funn og bekrefter COM-B teorien.

Nødvendig og nyttig

En sentral motivasjonsdriver er holdningen at skjema er nødvendig å ta i bruk, relevant i klinikken og har en verdi i pasientkonsultasjonen. I henhold til COM-B teorien gir holdning om nødvendighet, betydning og relevans *refleksiv motivasjon* til den som skal utføre handlingen. I studiene jeg har valgt som kunnskapsgrunnlag, er det holdninger hos helsepersonellet som undersøkes. I egen studie kommer det frem at holdninger om

nødvendighet og betydning også gir refleksiv motivasjon for pasientene og gruppen med daglig ledere. I en travel arbeidshverdag kan man ikke forvente at helsepersonell prioriterer oppgaver de ikke finner nyttig eller forstår betydningen av. Man kan heller ikke forvente at pasienter vil utføre oppgaver uten mål og mening. Et angrepspunkt for implementering er å kommunisere betydning og nytte til helsepersonell og til pasientene.

Kunnskap og ferdighet

Hemmere som rapporteres i alle studiene er manglete kunnskap eller ferdigheter. Dersom helsepersonellet ikke vet hvordan oppgaven skal løses, vil oppgaven sannsynligvis løses feil eller ikke i det hele tatt. I egen studie kommer det frem at dette også gjelder pasientene og for gruppen med daglig ledere.

Tillit

Dersom oppgavene løses feil av pasientene, svekkes helsepersonellens tillit til besvarelsen.

Dersom ledelsen løser oppgaven feil, er det grunn til å tro at det vil svekke helsepersonellens tillit til dem. Svekket tillit vil påvirke deres legitimitet og mulighet til å påvirke sine ansatte, i en implementeringsprosess.

IT infrastruktur

Svak IT infrastruktur, som gjør det vanskelig eller tidkrevende for helsepersonell å utføre oppgaven, vil påvirke atferden direkte. Manglene fysiske forutsetninger påvirker i henhold til COM-B modellen også adferden indirekte, ved å svekke motivasjon. Å fjerne fysiske barrierer, slik at det blir lett og raskt å gjøre jobben, vil fremme implementering.

Papirskjema

Mulighet til svare på papir gir pasientene er fysisk mulighet til å svare. Dette rapporteres som en fremmer i flere studier. Min erfaring fra egen praksis er at omkring 30 % av pasienten fra egen praksis foretrekker å svare på papir. Disse stemmene er like viktige som dem som svarer digitalt. Å gi pasienten valgmuligheten, er et enkelt grep for å sikre flere besvarelser.

Ansvar

Ansvar gjør det enkelt for helsepersonell å vite hvem som skal utføre oppgaven og utgjør ifølge COM-B *automatisk motivasjon*. Uten ansvar er det tilfeldig og opp til hver enkelt ansatt, å velge atferden eller ikke. Det øker sjansen for at oppgaven ikke blir løst. I egen studie ble det diskutert hvem som burde ha ansvaret: sykepleier, lege, fysioterapeut eller noen

andre? Informantene mente EQ-5D var et tverrfaglig skjema, og de kom i diskusjonen frem til at det var hensiktsmessig å fordele ansvaret på flere i den tverrfaglige gruppen.

Prosedyrer

Prosedyre for hvordan oppgavene skal løses er en fremmer som rapporteres i flere studier. I Amimis studie skulle skjema besvares på poliklinikken før konsultasjon og gjennomgås i konsultasjonen. En fremmer som rapporteres i egen studie er å få pasientene til å svare på skjema etter ankomst, og før avreise, og å gjennomgå besvarelsen med pasienten. På enhetene i egen studie er prosedyren for tildeling og gjennomgang ulik. Det kan se ut til at det vil være hensiktsmessig å utforme en prosedyre som beskriver hvem som skal svare på skjema/ ikke skal svare (for eksempel kognitivt svekket, ikke språk), når i forløpet skjema skal besvares og hvordan resultat skal anvendes og følges opp. En prosedyre gir ifølge COM-B teorien, automatisk motivasjon, og vil styrke implementeringen på enhetene, dersom den følges.

Skjemapakker

I egen studie rapporterer informantene at skjema er enkelt, kortfattet og lett å forstå for de fleste. Der EQ-5D er innlemmet i større skjemapakker, har antall skjema betydning. Dette kommer også fram til Brigg studie. Manglende språkferdigheter og leseferdigheter er rapportert som hemmere i alle studiene. Større skjemapakker stiller høyere krav til leseferdigheter hos pasienten, og kan svekke motivasjonen hos pasienter med svakere ferdigheter. Denne informasjonen er et viktig argument imot store generiske skjemapakker, og en begrunnelse for at færre og målrettede PROMs kan være fornuftig.

Anvendelighet

At EQ- 5D ikke er anvendelige for alle pasientgrupper rapporteres både i egen og andres studie. Informantene i Churchills studie problematiserer at EQ- at flere terapeutiske områder og aspekter ved helse ikke ble fanget opp i Eq-5D domene. Dette fremkommer også som en problemstilling i egen studie. Informantene mister motivasjon til å bruke skjema hos pasientgrupper som alltid skårer lavt, eller aldri skårer bedring. De opplever at skjema er for banalt i komplekse situasjoner. I egen studie er det flere som mener skjema er et dårlig verktøy for å vurdere effekt hos enkelte pasientgrupper. Mestring og aksept er viktige mål i rehabilitering, som ikke blir fanget opp i domene. Objektivt sett kan pasienten ha fremgang, men likevel skåre seg lavere ved avreise enn ved innkomst, for eksempel dersom de har flyttet målene sine i henhold til de krav og forventninger som stilles til dem etter

rehabiliteringsoppholdet. Churchill og medforfattere vurderer å lage programspesifikke terskler for måloppnåelse. Et slikt arbeid tror jeg kan ha betydning for implementering av EQ-5D.

Hensikt

Tydelig hensikt er rapportert som en fremmer i egen studie. Hensikten å styrke pasientens medbestemmelse i behandlingen, bidra med informasjon til klinisk praksis, utfallsmåling og bidra til kvalitetsforbedring og programutvikling er beskrevet i andre studier. Dette må kommuniseres tydelig fra ledelsen til helsepersonell, og fra helsepersonell til pasienten. En tydelig hensikt styrker refleksiv motivasjon i henhold til COM-B. Det er grunn til å tro at helsepersonell eller pasienter som blir bedt om å utføre en oppgave uten mening (og mål) vil velge oppgaven bort.

Målsetting

Målet for programmet Churchill studerte var at 60 % eller flere opplever forbedring etter rehabiliteringstiltaket, basert på MID for Eq-5D index skår. Hos Amimi var tydelig målsetting for rutinemåling rapportert som en fremmer. Informantene i egen studie rapporterer ikke kjennskap til overordnet målsetting. Å sette mål sammen med pasientene, er sentralt i rehabilitering. Målene skal være SMARTE; (i) spesifikke, (ii) målbare, (iii) attraktive, (iv) realistiske, (v) tidsavgrensede og (vi) mulige å evaluere. Jeg mener det vil være klokt å anvende samme metode for målsetting for implementering av EQ-5D på de ulike enhetene.

Å etterspørre besvarelsen

At helsepersonell etterspør besvarelser, er i henhold til COM-B teorien, en sosial mulighet som styrker pasientens motivasjon for å utføre oppgaven. Dersom helsepersonellet ikke spør, kan det gi pasienten inntrykket av at besvarelsen ikke har betydning. Jeg antar at det vil påvirke pasientens motivasjon til å svare på slutten av oppholdet. Data fra enhetene som er studert, viser dårlig(ere) respons ved avreise. Og etterspørre besvarelsen, kan være et viktig angrepspunkt.

Gjennomgå besvarelsen med pasienten

Å gjennomgå besvarelsen med pasienten rapporteres i flere studier som en fremmer. Når helsepersonellet anvender VAS skår og domeneskår i dialog med pasienten og til fastsetting av felles mål, vil det i henhold til COM-B rammeverket styrke kompetanse og ferdighet hos

helsepersonell og pasientens automatiske motivasjon. Skjema er utviklet for å være pasientens «stemme» i klinikken. Det er viktig at vi «hører etter», ved å gjennomgå besvarelsene med dem.

Informasjon, opplæring og tilgang på lokal veiledning

I programmet Churchill studerte ble det gjennomført tiltak etter adferdsendringsmodell. Det ble først gitt grundig opplæring. Skjema ble deretter tatt i bruk i klinikken for å kartlegge pasientens helsetilstand, og planlegge rehabiliteringstiltak og på enhetsnivå for programutvikling og kvalitetsforbedring. I hele prosessen ble det gitt støtte og veiledning underveis. I egen studie forteller informantene at de har fått for lite informasjon og opplæring. De som har hatt ansvar for opplæringen, synes de har gitt opplæring og informasjon mange ganger. I COM-B rammeverket representerer opplæring og veiledning sosiale mulighetene som må ligge til rette for en adferdsendring. Informasjon, opplæring og veiledning er en kontinuerlig prosess. Den må tilpasses hver enkelt, med ulike metoder og på ulike plattformer, om den skal nå alle. Ikke alle leser e-post. Ikke alle er med på undervisning. «At opplæring blir gitt er ikke tilstrekkelig, det skal også tas imot», ble uttalt av en deltager.

Møter

Regelmessige møter, diskusjoner og tilbakemeldinger fra kolleger nevnes som viktige fremmere i egen og andres studier. Dette representerer i COM-B sosiale muligheter til å lære og tillegge EQ-5D betydning som vil styrke refleksiv motivasjon. Når VAS- skår og domenebesvarelse tas i bruk i tverrfaglige møter for å kartlegge og beskrive pasientene, styrker det kunnskap, ferdigheter og motivasjon i gruppen.

Tilbakemelding på resultat

Det kommer frem i flere av studiene at tilbakemelding på resultat på overordnet nivå kan være en driver for kunnskap og motivasjon. I Churchills studie ble dataanalyse og dataanimering gjort tilgjengelig for ledere hver måned, for hvert sted hver for seg, sammenliknet med andre og sammenliknet med normdata. Helsepersonellet i studien fikk ikke resultatene presentert, og rapporterte dette som en hemmer. I egen studie etterspør helsepersonell at data presenteres visuelt og at ledelsen reflekterer sammen med helsepersonell omkring resultatene. I henhold til COM-B teorien vil tilbakemelding på resultat være en adferd som kan styrke kompetanse og en sosial mulighet som vil styrke motivasjon. I egen studie rapporterer informantene i alle fokusgruppene et behov for å diskutere betydningen bak tallene. Det er et godt utgangspunkt

for å diskutere fag og kvalitet. Når pasientene rapporterer liten endring i VAS skår eller domener før og etter et opphold, bør en som leder og helsepersonell reflektere omkring om noe bør gjøres annerledes. Individuelle resultat kan også diskuteres med pasienten. Hva tror du (pasienten) er grunnen til at resultatet ble sånn eller sånn. Gode resultat gir motivasjon. Dårlige resultat er nyttig. Var målene vi satt urealistiske eller feil? Har tiltakene under rehabiliteringsoppholdet ikke vært hensiktsmessige? Hva kan vi, eller du gjøre annerledes fremover eller neste gang?

Kvalitetsmåling

Bekymring for at kvaliteten på behandling vil bli vurdert ut ifra PROMs besvarelser er til stede hos et mindretall i henhold til Amimis funn (67 % er ikke bekymret for dette). I egen studie nevnes ubehaget ved å bli bedømt utifra EQ-5D er barrieren av flere, og svekker i henhold til COM-B helsepersonellens refleksive og automatiske motivasjon. Tillit til ledelsen eller helsepersonellet vil styrke motivasjonen til å likevel utføre handlingen. Ledelsens støtte og forståelse for ubehaget helsepersonellet opplever, representerer en sosial mulighet for ledelsen til å påvirke helsepersonellet til å gjøre handlingen eller ikke.

Hva er nytt i min studie?

At helsepersonellet ikke stoler på pasientens besvarelser, er ikke rapportert som hemmere i andre studier. Informantene forteller at pasienter svarer feil fordi de misforstår skjema, noen svarer ikke selv (de pårørende gjør det) og andre svarer ikke i det hele tatt i frykt for negative konsekvenser. I henhold til COM-B teorien vil lav tillitt til besvarelsen svekke helsepersonellens refleksive motivasjon. Disse barrierene kan modifiseres ved at pasientene får god informasjon, hjelp og at skjema besvares etter ankomst og før utskrivelse.

At daglig ledere deltok i egen fokusgruppe i min studie, kan ha bidratt til mer helhetlig informasjon. Gruppen tror en samstemt daglig- og faglig ledelse med felles mål, er en fremmer av betydning for implementering. Manglende klinisk forståelse hos leder, nevnes som en barriere. Det gjør dem sårbare mot sterke faglige motstemmer i klinikken. En sterk fagstemme innad i ledelsen og ut i klinikken, vil kunne styrke ledelsens legitimitet i klinikken. Daglige ledere etterspør mer kunnskap om skjema og tolkningen av resultat. God kommunikasjon med ansatte forutsetter at daglig ledere selv forstår skjemaets muligheter og begrensingene. Dette representerer ifølge COM-B teorien ledergruppens evner og sosiale muligheter. Ledelsen ser det som sin oppgave å kommunisere formål, betydning og

målsetting og resultat på en måte som er tilpasset målgruppen. Det vil ha betydning for helsepersonellens refleksive og automatiske motivasjon. Konkurransen innad i og mellom enhetene nevnes som en viktig fremmer for motivasjon i fokusgruppen med daglig ledere. Dette har ikke kommet frem i tidligere studier, og kom ikke frem blant deltagerne i de andre fokusgruppene.

Betydningen av egne funn

Jeg mener at en vellykket implementering på de ulike enhetene krever en større innsats fra ledergruppen på hvert sted. Det er ledelsens ansvar å legge til rette for at de ansatte og pasientene kan utføre oppgavene som blir forventet av dem. Iverksetting av tiltak, må komme som et initiativ fra ledelsen. Ledelsen kan ikke forvente at helsepersonellet, med de krav de har i hverdagen, skal iverksette en endring selv. Inntrykket jeg fikk i fokusgruppeintervjuene, er en generell positiv innstilling til å bruke EQ-5D. Kunnskapen fra studien, om barrierer og fremmere, kan være nyttig når ledelsen skal planlegge og iverksette tiltak for å styrke implementeringen på enhetene. Informantene i studien har delt sine synspunkt om hva de synes fungerer bra eller hva de savner i dagens praksis, og sine ideer for endring og forbedring.

Betydningen av funnene samlet

Funn i tidligere studier og egen studie bekrefter COM-B teorien. Hemmere og fremmere som kommer frem, kan alle plasseres i rammeverket. Det viser at COM-B modellen er et nyttig utgangspunkt i implementeringsarbeid.

5.4 Gyldighet

Intern gyldighet

Hovedfokus i oppgavene var å undersøke hvilke faktorer og forutsetninger som kan fungere som hemmere eller fremmere for vellykket implementering av EQ-5D i rehabilitering. Forfatteren har undersøkt informantenes holdninger og erfaringer med EQ-5D og implementering av skjema på sine enheter. Med forbehold om forfatterens påvirkning på resultatet, er det forsøkt å mest mulig objektivt fremstille hvilke årsaker informantene mener er sentrale. Resultatene vil på den måten være gyldige for gruppen som er studert.

Ekstern gyldighet

Funn fra denne kvalitative studien, er konsistente med tidligere funn i kvantitative analyser, fra enheter i og utenfor sykehus. Dette styrker mulighetene for at funnene i denne studien kan ha nytteverdi i sammenhenger utover enhetene som er studert.

5.5 Svakheter ved studien

Bias og refleksivitet

Forfatterens egne erfaringer og holdninger om tema kan ha påvirket spørsmålene i fokusgruppediskusjonen og tolkningen av data. Forfatterens rolle som leder på en annen enhet, var kjent for flere av informantene. Ko-moderator i fokusgruppediskusjonene var også kjent for flere av informantene, som rådgiver for Kunnskaps Basert Praksis i konsernet. Dette kan ha påvirket informantenes mulighet til å diskutere åpent og ærlig. Våre roller kan ha pålagt dem en forventning om å fremstå med motivasjon og engasjement, og de kan ha holdt tilbake viktige kritiske betraktninger.

Utvalget

At medisinsk faglig ledelse og FoU ledelse deltok i fokusgruppene, kan ha begrenset diskusjonen. FoU lederne har arbeidet for implementering av Eq-5D på de ulike enhetene. På en av enhetene inntok en FoU leder en lytterrolle, mens på de andre enhetene deltok FoU leder mer aktivt i diskusjonen. Medisinsk faglig ledelse deltok på tre av fire enheter. Det kan tenkes at informanter ikke ønsket å kritisere sine kollegaer, eller at de av hensyn til hverandre har inntatt en mer positiv innstilling i intervjuet enn det som er reelt.

En annen svakhet kan være at enhetene som har kommet henholdsvis lengst og kortest i implementeringen ikke deltok i de fire fokusgruppene med helsepersonell. Man kan tenke seg at informanter fra enheter med vellykket implementering ville rapportere flere gode fremmere, og at informanter fra enheter som har kommet kortere i implementeringsprosessen ville rapportert andre barrierer.

Metoden

Det er risiko for at relevant data er forkastet, ved at tematisk analyse ble gjennomført av forfatteren alene.

5.6 Styrker

Teorien

Tematisk analyse kombinert med det teoretiske rammeverket COM-B var en nyttig måte å sortere data i oversiktlige kategorier. Informasjonsmetningen var god med data i alle kategorier, fra samtlige enheter.

Utvalget

Studien omfatter åtte ulike yrkesgrupper, på enheter med et bredt utvalg helsetilstander. Det er enheter med både dag- og døgnrehabilitering, og enheter med kun dagtilbud. Informantene i gruppen med daglig ledere, var fra enheter i ulike stadier av implementering, hvorav to var fra enheter med mest erfaring og best resultat. Dette kan ha bidratt til å fremme noen viktige fremmere.

5.7 Relevans

EQ-5D er det anbefalte måleinstrumentet i helseøkonomiske analyser, og er det første måleinstrumentet som inngår som kvalitetsindikator i «Rehabiliteringsregisteret» i regi av Helsedirektoratet. Tidligere studier om EQ-5D i rehabilitering har kvantitativt design, og mangler ifølge Amimi (2021) dybdeforståelse om mekanismer mellom barrierer eller fremmere. To av studiene var begrenset til poliklinikk. (Briggs 2020), (Amimi 2021). Denne studien kan bidra med kunnskap om EQ-5D i konteksten rehabilitering og døgnopphold.

Implementering av EQ-5D har betydning i klinikken, på enhets nivå og på helsesystemnivå og kan komme til å få stor betydning for rehabiliteringsfagets fremtidige status og prioritering. På helsesystemnivå vil EQ-5D være et konsistent mål for kvalitet, og åpenhet omkring resultat på EQ-5D styrke troverdighet og pålitelighet til de ulike tilbudene

5.8 Klinisk overføringsverdi / implikasjoner for praksis

Gjennom fokusgruppeintervjuene kan forfatteren ha skapt en forventning om endring, der deltagerne kan ha en aktiv rolle. Funnene i studien kan være en forberedelse og et steg en i implementeringsprosess. Samtalen mellom deltagerne har gitt innsikt i deres ønsker og behov og legger grunnen for implementeringsarbeidet. En kan ikke slå fast hvordan endringsprosessen skal være, basert på teori, tidligere funn eller funn i denne oppgaven. Adferdsendring forutsetter bedre kjennskap til den enkelte avdeling. Implementeringsprosessen bør innebære et samarbeid og diskusjon mellom ledelse og

helsepersonell om hvilke faktorer som er relevante og kan ha betydning for implementering i deres miljø. Tydelig målsetting for implementering er rapportert som sentrale fremmere. Målsetting for antall besvarelser ved innkomst og avreise, bedring på VAS og antall som opplever forbedring i henhold til MID for Eq-5D index skår, bør fastsettes for hver ytelse og hver enhet. Kortsiktig mål er at kvartalsvis dataresultat tas i bruk på hver enhet og i felles kvalitetsforbedringsprosjekt. Langsiktig mål er at hver enhet innlemmes i et nasjonalt kvalitetsregister for rehabilitering.

5.9 Hva bør studeres videre?

Det er behov for å undersøke nærmere hvilken endring pasienter oppnår i VAS helse og i EQ-5D index, i ulike sykdoms/pasientkategorier og ulike rehabiliteringsprogram. Denne kunnskapen kan bidra til å fastsettes programspesifikke eller sykdomsspesifikke terskler for måloppnåelse.

5.10 Mine anbefalinger for praksis/ råd til de impliserte parter

Ledelsen/ organisasjonen

Ledelsen bør forsøke å forstå hvilke faktorer som gjør at helsepersonellet eller pasientene ikke bruker skjema og forsøke å fjerne disse barrierene. Sett i lys av teorien COM-B kan implementeringen av EQ-5D (B) være svakere enn ønsket, selv om motivasjon (Motivation) er sterk, dersom Evner (Competence) eller Muligheter (Opportunity) ikke er tilstrekkelige. COM-B teori og funnene i studien er utgangspunktet for råd som følger: (i) fastsett hensikt og målsetting på enhetsnivå og i klinikken; (ii) sørg for selv å ha nødvendig klinisk forståelse; (iii) sikre en sterk fagstemme i ledelsen med legitimitet i klinikken; (iv) gi helsepersonellet tilstrekkelig opplæring og veiledning underveis; (v) legg til rette med velfungerende tekniske hjelpemidler, og samstemming mellom elektronisk pasientjournal og digital skjemaplattform; (vi) lag prosedyrer; (vii) plasser ansvar for innhenting; (viii) presenter data visuelt og reflekter sammen med helsepersonellet omkring betydningen av resultatene; (ix) opptre støttende og vis forståelse for ubehaget helsepersonellet opplever ved å at deres arbeid og kvalitet blir bedømt utifra EQ-5D og (x) bruk resultat i kvalitetsforbedringsarbeid.

Helsepersonell/klinikken

(i) Ta i bruk EQ-5D i klinikken som tverrfaglig kartleggingsverktøy; (ii) fordel ansvaret for å etterspørre resultat på flere i det tverrfaglige teamet; (iii) diskuter pasientens besvarelse i tverrfaglig møter; (iv) benytt den enkeltes pasients sin besvarelse på domener og VAS skår som dialogverktøy, i målsettingsarbeid med pasienten og for å fastsette rehabiliteringsplan og (v), bruk EQ-5D som utfallsmål i sluttevalueringen med pasienten og i epikrisen.

En barriere som kom fram, er at helsepersonellet er usikre på gyldigheten av pasientens besvarelse. Forsøk å minimere denne barrieren. (vi) Informer pasientene om hvorfor det er viktig at de svarer på skjema; (vii) tilby praktisk hjelp; (viii) legg til rette for at pasienten kan svare digitalt eller på papir, på eget språk eller ved hjelp av pårørende og (ix) legg til rette for at pasientene svarer på skjema på stedet ved ankomst og i alle fall før avreise.

6. Konklusjon

Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabilitering? «Ikke så mye mer enn opplæring og at det oppfattes som meningsfullt» uttalte en deltager i fokusgruppeintervjuet. Studien bekrefter tidligere funn. Opplæring og holdninger om betydning og klinisk relevans er forutsetninger når nye metoder eller oppgaver iverksettes i klinikken.

Implementering av EQ-5D i rehabilitering er avhengig av oppslutning fra pasient, helsepersonell og ledelse. Å lykkes i implementeringsprosessen krever ifølge COM-B teori for adferdsendring og funn i denne studien at impliserte parter har evner, muligheter, motivasjon til å velge å bruke verktøyet, og at motivasjonen til å bruke det er større enn motivasjonen til ikke å ta det i bruk.

Sentrale fremmere som kommer frem i studien er: (i) tydelig målsetting (ii) sterk fagstemme i ledelsen med legitimitet i klinikken; (iii) rollemodeller i tverrfaglig team; (iv) opplæring i bruk og tolkning av resultat; (v) prosedyrer for gjennomføring; (vi) ansvar plassert på flere i tverrfaglig gruppe; (vii) et velfungerende IT system og samstemming mellom digital skjemaplattform og elektronisk pasientjournal; (viii) mulighet for pasienten til å svare digitalt, på papir og på eget språk; (ix) møter hvor resultat diskuteres, (x) at resultat brukes i klinikken i kartlegging og gjennomgås med pasienten for målsetting og for å bestemme rehabiliteringstiltak og (xi) at samlede data presenteres for helsepersonell i klinikken og brukes i kvalitetsforbedringsarbeid.

«Vi trenger EQ-5D for å dokumentere vår eksistensberettigelse i helsetjenesten. At rehabilitering er en disiplin som virker», utalte en annen deltager i studien. Rehabilitering har vært forskningsmessig forsømt gjennom mange år. Opptappingsplanen for rehabilitering har vist seg å være en nedtrappingsplan, med nedbygging i spesialisthelsetjenesten uten tilsvarende opprusting i kommunene. Nå må rehabiliteringsfaget vise sin styrke. Og for denne gangens skyld - før skaden har skjedd.

Referanseliste

‘... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten’, (2005). Sosial og Helsedirektoratet.

Amini, M. *et al.* (2021) ‘Facilitators and barriers for implementing patient-reported outcome measures in clinical care: An academic center’s initial experience’, *Health Policy*, 125(9), pp. 1247–1255. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.001>.

‘Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, NOU 2014: 12’ (2014). Helse- og omsorgsdepartementet.

Braun, V. and Clarke, V. (2006) ‘Using thematic analysis in psychology’, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101. Available at: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

Briggs, M.S. *et al.* (2020) ‘Implementing Patient-Reported Outcome Measures in Outpatient Rehabilitation Settings: A Systematic Review of Facilitators and Barriers Using the Consolidated Framework for Implementation Research’, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(10), pp. 1796–1812. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.04.007>.

Churchill, K. *et al.* (2021) ‘Implementation of EQ-5D-5L as a routine outcome measure in Community Outpatient and Specialized Rehabilitation Services’, *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(Suppl 2), p. 103. Available at: <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00369-z>.

‘EuroQual.org’ (2023.04.04) Available at: <https://euroqol.org/euroqol/>.

‘Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)’ (2000).

Garratt, A.M. *et al.* (2022) ‘Norwegian population norms for the EQ-5D-5L: results from a general population survey’, *Quality of Life Research*, 31(2), pp. 517–526. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02938-7>.

‘Helseregnskap 2018’ (2019). Statistisk sentralbyrå.

Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven), LOV-2016-06-17-73

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63

Malterud, K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave.

Universitetsforlaget.

Michie, S., van Stralen, M.M. and West, R. (2011) 'The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions', *Implementation Science*, 6(1), p. 42. Available at: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.

'Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), Meld. St. 16 (2010–2011)' (2011). Helse- og omsorgsdepartementet.

'Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023' (2019). Helsedirektoratet.

'Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)' (2016). Helse- og omsorgsdepartementet.

'Prioritering på ny — Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste' NOU 1997:18. Sosial- og helsedepartementet.

'Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten' (2018). Helsedirektoratet.

West, R. and Michie, S. (2020) 'A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation', *Qeios* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.32388/WW04E6.2>.

Wisløff, T. (2015) 'Prioriteringskriterier i helsetjenesten', *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(15), pp. 1373–1375. Available at: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0228>.

Appendix 1: Informasjonsskriv

Hei! Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt?

” Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabiliteringsinstitusjoner”?

Formål

I dette prosjektet ønsker jeg å finne ut hvilke faktorer som fremmer implementering av spørreskjema EQ -5D ved enhetene i Unicare Rehabilitering, og hvilke faktorer som hemmer en slik implementering.

Jeg ønsker å snakke grupper på 5-8 medarbeidere på tre eller fire av enhetene i Unicare Rehabilitering. Gruppene vil bestå av tverrfaglig helsepersonell og ansatte i støttfunksjoner. Jeg håper du vil være med!

Jeg vil for eksempel stille spørsmål som:

1. Hvilke holdninger og erfaringer har dere med å bruke EQ-5D i deres kliniske hverdag?
2. Hvilke forventinger har dere til nytten av EQ-5D?
3. Hvilke tilretteleggende faktorer opplever dere er betydningsfulle for implementering av EQ-5D?
4. Hvilke barrierer opplever dere at finnes for implementering av EQ-5D?

Dette prosjektet er et forskningsprosjekt fra Universitetet i Oslo, Medisinsk Fakultet, avd. for helseledelse og helseøkonomi.

Hvem leder forskningsprosjektet?

Liv Ariane Augestad, Førsteamanuensis UiO Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
E-post: l.a.augestad@medisin.uio.no

Forskningsprosjektet veiledes av: Liv Ariane Augestad

Forskningsprosjektet gjennomføres av: masterstudent Siri Aaland Kolflaath

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg spør deg om å være med, fordi du er medarbeider i Unicare Rehabilitering. Jeg ønsker din hjelp til å forstå hvilke faktorer som bidrar til at EQ-5D blir tatt i bruk eller ikke.

Jeg vet ennå ikke hvem du er, men min kontaktperson ved Unicare Rehabilitering gir deg dette brevet (e-posten). Om du ønsker å være med i forskningsprosjektet, må du skrive under på samtykket nederst i brevet og sende meg beskjed om at du ønsker å delta på e-post Siri.kolflaath@unicare.no

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil jeg inkludere deg i en gruppe med 5-8 kollegaer på arbeidsplassen din i et gruppeintervju. Jeg vil stille dere 5-10 spørsmål om dine

erfaringer og holdninger til bruken av spørreskjemaet EQ -5D. Medhjelper Britta Madsen Rasmussen vil være med under intervjuet, og gjøre lydopptak. Britta er fysioterapeut ved Unicare Hokksund, masterstudent i Kunnskapsbasert Praksis og koordinator for Kunnskapsbasert Praksis i Unicare Rehabilitering Intervjuet vil ta ca. 1 time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Du kan når som helst avslutte intervjuet eller trekke tilbake informasjon som er gitt under intervjuet. All informasjon om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker opplysninger fra deg

Jeg følger loven om personvern. Jeg vil bare bruke informasjonen fra deg til å undersøke hvilke faktorer som fremmer eller hemmer implementering av spørreskjema EQ -5D ved enhetene i Unicare Rehabilitering.

Det er inngått databehandleravtale mellom UiO og Unicare Hokksund. Utstyret som brukes til lydopptak (telefon uten simkort) og transkribering av intervju (stasjonær PC) eies av Unicare Hokksund.

Jeg sletter lydopptak fra intervjuet når jeg har skrevet ned alt vi har snakket om. Lydopptak, notater og masteroppgaven vil bli anonymisert, og informasjonen vil ikke kunne tilbakeføres til deg. Jeg lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.

Personvernombudet ved UiO er [Roger Markgraf-Bye](#). Personvernombudet kan nås via e-post: personvernombud@uio.no

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter prosjektet?

Jeg skal levere masteroppgaven i desember 2022. Da vil lydopptak fra deg være slettet.

Dine rettigheter

Du har rett til å lese informasjon fra deg som kommer frem i intervjuet. Du vil få en kopi av det nedskrevne intervjuet til godkjenning. Dersom det er opplysninger som er feil, kan be meg rette dem og du kan be om at informasjonen slettes. Du kan klage til Datatilsynet dersom du mener jeg har behandlet opplysningene fra deg på en uforsiktig eller uriktig måte.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Før intervjuet ber jeg deg om å samtykke i deltagelsen ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta. Jeg behandler informasjon fra deg bare hvis du skriver under på samtykkeskjemaet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med Siri Aaland Kolflaath
Telefon 97778792. E-post [Siri.kolflaath @ unicare.no](mailto:Siri.kolflaath@unicare.no)

Med vennlig hilsen

Siri Aaland Kolflaath

Lege og prosjektleder.

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet

Sted/Dato

Signatur

Appendix 2: Intervjuguide

1. Hvilke holdninger har du til å bruke spørreskjema til pasienter som kartleggingsverktøy.
2. Hvilke erfaringer har du med å bruke EQ-5D i din kliniske hverdag.
3. Hvilke forventinger har du til nytten av EQ-5D.
4. Hvilke barrierer opplever du at finnes for implementering av EQ-5D
5. Hvilke tilretteleggende faktorer opplever du er betydningsfulle for implementering av EQ-5D

Appendix 3: NSD Godkjenning

1. Meldeskjema
2. Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabiliteringsinstitusjoner
3. Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

142748

Vurderingstype

Standard

Dato

09.01.2023

Prosjekttittel

Hva fremmer implementering av EQ-5D i rehabiliteringsinstitusjoner

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig

Liv Ariane Augestad

Student

Siri Aaland Kolflaath

Prosjektperiode

01.01.2022 - 04.05.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 04.05.2023.

Meldeskjema

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato. Vi har nå registrert 04.05.2023 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet!