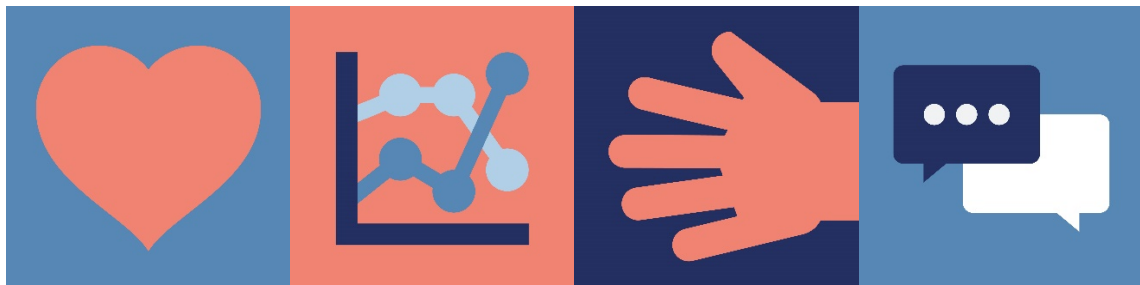


# Guide til måling af individuel inddragelse

*Sker inddragelse af patienterne i praksis  
og hvilken forskel gør det?*



## Guiden du sidder med...

Med denne guide vil ViBIS inspirere til, hvordan man kan måle individuel brugerinddragelse. Den er en indføring i, hvilke overvejelser man skal gøre sig forud for måling af inddragelse, og hvordan man kan gribe sin måling an. Guiden er til dig der arbejder med inddragelse tæt på den sundhedsfaglige praksis for eksempel udviklings- og kvalitetssygeplejersker, kvalitetskonsulenter mv. Guiden bygger på udvalgt litteratur om måling af inddragelse og ViBIS' praksiserfaringer fra inddragelsesprocesser i sundhedsvæsenet.

Individuel inddragelse handler om at give patienter indflydelse på deres eget behandlings- og plejeforløb ([www.ViBIS.dk](http://www.ViBIS.dk)), og det kan komme til udtryk på forskellig måde i den daglige praksis i mødet mellem patienter og sundhedspersoner. Da brugerinddragelse ikke har én fast definition, er der ikke ét sæt målepunkter og -redskaber (Barr et al, 2016). Det er et *komplekst* begreb med flere enkeltdele. Man taler om inddragelse som et *vildt problem*, og derfor er det vanskeligt at pege på entydige årsagsmekanismer og målepunkter (Defactum, 2015).

Inddragelse er et vigtigt element i kvalitetsudviklingen af patientforløb i både kommuner, på hospitaler og hos praktiserende læger. Men der er en usikkerhed om, hvilken forskel inddragelse gør, og dermed hvordan man måler denne forskel. Man vil gerne vide, hvorvidt og i hvilken grad patienter er blevet inddraget, samt hvilke positive og negative effekter brugerinddragelse har på den enkelte patient og sundhedsvæsenet bredere set.

For at øge evidensen for inddragelsens effekter, er det nødvendigt at have robuste målinger. Der er mange måleredskaber, der måler forskellige aspekter af inddragelse, men der er ikke ét universelt accepteret redskab, der entydigt og konsistent måler inddragelse (Barr et al, 2016).

Kvaliteten af måleredskaber er ind til videre ofte lav, og dermed er evidensbasen for inddragelse sparsom og forskelligartet (Da Silva 2014). Det peger på nødvendigheden af at foretage gennemtænkte og gentagne målinger af inddragelse, for at sundhedsvæsenet bedre kan forstå effekterne ved inddragelse og løbende kan udvikle sig.

Guide til måling af individuel inddragelse. *Sker inddragelse af patienterne i praksis og hvilken forskel gør det?*

© Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2021

Udarbejdet af Mette Munch-Petersen, projektleder i ViBIS

Kompagnistræde 22, 1. sal, 1208 København K

[info@danskepatienter.dk](mailto:info@danskepatienter.dk)

[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)

## 9 tips til måling af individuel inddragelse

1	Definer hvad brugerinddragelse betyder hos jer. Bryd inddragelse ned i mindre dele, der er konkrete at måle på.
2	Afklar hvad I vil med inddragelsen. Hvad er formålet? Hvad er jeres forandringsteori? Hvad skal målingen bruges til og af hvem?
3	Overvej hvilke metoder I vil anvende ud fra jeres formål. Vælg et eksisterende redskab, med tilstrækkelige psykometriske egenskaber eller udvikl lokalt spørgeskema, der passer til netop jeres indsats. De kan kombineres, trianguleres, så I både går i dybden og øger generaliserbarheden.
4	Inddrag patienter eller patientperspektivet i udvælgelsen af mål, redskab og indsamlingsmetoder.
5	Afklar hvem der skal bidrage med data i målingen, <b>for eksempel</b> patienter, pårørende, sundhedspersoner eller observatører. Overvej at afdække flere perspektiver samtidigt.
6	Afklar hvornår målingen skal foregå. Skal det være umiddelbart efter en konsultation, hvor patienterne har friske erindringer, eller noget tid efter konsultationen, hvor patienterne har haft tid til refleksion?
7	Lav baselinemåling. Kend jeres inddragelsesstatus inden I begynder at arbejde med at påvirke inddragelsen og dens effekter.
8	Lav en grundig planlægning af processen, organisationen og analyse af data. Lav evt. en pilottest af målingen, hvis den skal gentages som et monitoreringsredskab. Overvej arbejdsbyrden for patienter og sundhedspersoner, og understøt at målinger passer ind i eksisterende målinger og arbejdsgange. Gør det let og meningsfyldt for patienter og medarbejdere.
9	Overvej hvordan resultater fra målingen skal bruges og præsenteres. Forskellige modtagere (sundhedspersoner, patienter, ledere, politikere osv.) har forskellige behov, og de bruger målinger forskelligt. Tilpas præsentationen af resultaterne til målgruppen.

*Inspireret af Da Silva, 2014; Barr et al, 2016*

# Overvejelser inden du måler inddragelse

## Definer hvad inddragelse er – en forudsætning for at kunne måle

Det er essentielt at **definere inddragelse**, både for at kunne udvikle en inddragelsesindsats og for at kunne lave en meningsfuld måling af det. Der er ikke en fast international accepteret definition af brugerinddragelse. Ikke desto mindre er definitionsarbejdet afgørende, fordi definitionen skal støtte til at opstille og kvalificere målinger (operationalisere dem) (Da Silva, 2014).

Inddragelse kan både beskrives *bredt og overordnet* (for eksempel patientcentreret)<sup>1</sup> og brydes ned i *delelementer* (for eksempel fælles beslutningstagning, kommunikation, respekt og empowerment). Jo mere overordnet inddragelsen defineres og måles, jo mindre ved man om, hvordan delelementerne fungerer i praksis. Omvendt kan en meget detaljeret måling af delelementer gøre det svært at sige noget generelt om, hvordan det står til med inddragelsen på afdelingen, hele hospitalet eller i kommunen. Derfor bør man være så specifik som muligt, når man definerer inddragelse og være opmærksom på formål

## Vær tydelig om formålet med inddragelsen

Det er vigtigt at være tydelig i sit formål med inddragelsen. Formålet styrer, hvad og hvordan man skal måle. Formålet og definitionen skal være på plads som det første i udviklingen og implementeringen af en inddragelsesindsats.

**Formålet** med inddragelsesindsatsen kan for eksempel være at:

- patienten har indflydelse på deres eget patientforløb
- patienten og den sundhedsprofessionelle oplever en bedre kommunikation
- patienten bliver mere aktiv i samtalen eller får større viden om behandling og risici
- patienten er bedre til at følge behandlingen (compliance/adhærence)
- patienten opnår bedre kliniske outcomes
- sundhedspersonen oplever større tilfredshed og meningsfuldhed med sit arbejde
- patienten vælger billigere behandling (genoptræning vs. operation)

Hvis formålet er, at *patienterne føler sig mere inddraget*, skal man måle på, hvorvidt patienterne rapporterer at have været inddraget. Hvis formålet er at *implementere en bestemt metode til inddragelse*, kan man måle på om en observatør kan 'se' inddragelsen. Hvis man vil undersøge om inddragelse *øger kliniske outcomes*, skal man både undersøge om inddragelsen har fundet sted og hvilke kliniske outcomes, det afstedkommer.

Inddragelse kan således været både et mål i sig selv eller et middel til andre effekter (se boks nedenfor).

For at udfolde formålet mere og forstå sin indsats kan man tænke i hvilken **forandringsteori**, man har med sin inddragelsesindsats. Det vil sige, hvad forventer man, at patienter, sundhedspersoner eller organisationen får ud af det, og hvilke mekanismer og årsagskæder forventer man, der er på spil. Man skal altså kunne beskrive og 'tegne' en årsagskæde, der underbygger, at en indsats giver et bestemt resultat. Og det er det, man vil undersøge med sin måling.

---

<sup>1</sup> For eksempel Defactums 5 generisk spørgsmål til patienten om inddragelse, [Indikatorer på patientinddragelse - DEFACTUM](#)

## Er inddragelse et mål eller et middel?

... et **mål** i sig selv.

Inddragelse kan anses som en værdi i sig selv, og øget inddragelse anses som en positiv kvalitetsparameter.

... et **middel** til andre effekter.

Inddragelse kan anses som et middel til at nå andre mål (effekterne). Giver øget inddragelse for eksempel bedre kliniske outcomes? Eller mindre brug af sundhedsydelser?

## Vær tydelig om, hvad resultaterne skal bruges til allerede fra start

Der kan være forskellige interesser og behov i forbindelse med måling. Ledelseslaget ønsker overordnede generiske målinger, der giver sammenlignings- og styringsmuligheder. På lokalt plan, i den sundhedsfaglige praksis, er man mere interesseret i konkrete og specifikke målepunkter, som kan omsættes til udvikling af (inddragelses)praksissen (Defactum, 2015).

Overvej derfor hvad resultaterne skal bruges til. Det kan være med til at guide, hvordan der skal handles på dem. Er det for eksempel for, at sundhedspersoner kan udvikle egen inddragelsespraksis? Skal målingen bruges politisk (regionalt, kommunalt, sygehusledelse) og vise handlekraft? Skal målingen vises til patienter og befolkningen?

## Sådan måler du inddragelse

Man kan måle inddragelse på mange måder. Herunder er beskrevet nogle af de aspekter, man skal overveje.

### Hvad måler man?

Man kan måle tre overordnede aspekter af inddragelse (Da Silva, 2014):

1. Måle om **forudsætninger** for inddragelse er til stede (for eksempel organisation, kompetencer, viden, tid, ressourcer osv.) og **definitioner og præferencer** (for eksempel sundhedspersoner og patienters forståelser af inddragelse og deres behov for inddragelse).
2. Måle på **processen**, det vil sige om inddragelsen har fundet sted, og i hvilken grad patienter og sundhedspersoner oplever inddragelsen. Det kan for eksempel være graden af inddragelse over tid eller mellem afdelinger.

3. Måle **effekter**, det vil sige hvad man får ud af processen. Effekterne kan for eksempel være:

- Patienters tilfredshed med processen og mødet med sundhedspersonen, for eksempel kommunikation, respekt osv.
- Patientoplevede effekter af fælles beslutningstagning: kvaliteten af beslutninger, øget viden om egen behandling og risici, tilfredshed med beslutninger og tvivl og fortrydelse.
- Følger patienter behandlingen, adhærens (compliance)
- Hvordan oplever patienter selv deres helbredstilstand, patient rapporterede outcomes (PRO-data)
- Kliniske outcomes, der måles og vurderes af sundhedspersoner
- Brug af sundhedsydelser, tid, økonomi og ressourcer osv.
- Påvirkning på medarbejdertilfredshed og kulturen

At inddragelsen har fundet sted (processen) er en forudsætning for at kunne vurdere effekterne. Det kan være vanskeligt at adskille proces og effekter (især hvis inddragelse er et mål i sig selv).

Måling af kliniske outcomes, PRO-data og brug af sundhedsydelser kan være selvstændige målinger og komme fra andre datakilder. Det vil sige, at man skal kombinere flere måleredskaber og datakilder (Da Silva, 2014). Det kan være vanskeligt at vise kliniske outcomes af inddragelse, medmindre man har meget stor volumen af patienter og over lang tid.

Endelig kan det være relevant at indhente baggrundsinformation på patienter og sundhedspersoner. Det er køn, alder, uddannelse, etnicitet, indkomst, bopæl, civilstatus osv. Hvad der er relevant, afhænger af formålet og ens forandringsteori (tror man, at der er forskel på effekten af inddragelse afhængigt af køn? Eller uddannelse? Eller etnicitet? Eller sundhedspersonens alder?).

## Hvem spørger man?

Man kan indhente data fra forskellige perspektiver:

- **Patientens** oplevelse af brugerinddragelse,
- **Sundhedspersoners** oplevelse af brugerinddragelse,
- En **observatørs** vurdering af samspillet mellem sundhedsperson og patient

Det kan være nødvendigt at indhente data fra både patienter og sundhedspersoner, og her taler man om en **dyade**, hvor man indsamler viden om flere perspektiver (Phillips et al, 2016). Observatører kan iagttage inddragelsen ude fra, men ikke vurdere hvordan det opleves af patient og sundhedsperson. Desuden kan observation være omkostningstungt (Scholl et al, 2011). Hvem, der er de rigtige at få data fra, afhænger af formålet med inddragelsen.

Man kan anvende og stole på patienters vurdering af inddragelsen (Barr et al, 2016). Men der kan være forskel på, hvad der sker i det sundhedsfaglige møde, og hvad patienter og sundhedspersoner oplever. Det er subjektivt og kan være farvet af andre omstændigheder (for eksempel forventninger, patientkarakteristika, survey timing, loyalitet til sundhedspersoner, patientens valg, studiedesign) (Sandager et al, 2016).

Antallet af informanter afhænger af formålet og patientgruppen: vil man have data fra alle patienter i en afgrænset tidsperiode; skal man vælge få udvalgte patienter i en meget stor patientgruppe; eller kan man udvælge en mindre gruppe hver uge som en stikprøve? Vær opmærksom på, at **rekruttering** af patienter og sundhedspersoner kan tage meget tid, og derved blive afgørende for om man kan holde tidsplaner (Defactum, 2015). Tænk i alternative baner for hvordan de gøres opmærksom på målingen, for eksempel ved at opsøge dem direkte via sundhedspersoner eller sociale medier. Det er ikke alle, der læser og reagerer på plakater og pamfletter.

## Hvilke metoder bruger man?

Man kan anvende forskellige metoder til at måle inddragelse:

- **Spørgeskemaer** (surveys) til patienter og sundhedspersoner. Spørgeskemaer er hyppigst anvendt til at måle inddragelse (Barr et al, 2016) og kan udformes på mange måder, for eksempel online, på papir, som postkort, i apps m.m.
- **Observationer** af konsultationer, hvor man typisk bruger et vurderingsredskab for eksempel spørgeskema som udfyldes undervejs eller efter konsultationen af en observatør?
- **interviews** med patienter og sundhedspersoner som supplement til ovenstående metoder. Interviews bruges ikke til at måle og kvantificere inddragelse, men til at forstå dybden af samspillet mellem patient og sundhedsperson. Det kan bruges som motivation til at udvikle inddragelsespraksis. (Barr et al, 2016)

Idet de forskellige metoder har forskellige fordele, ulemper og muligheder, kan de med fordel kombineres, dvs. trianguleres. Ofte anvendes flere måleredskaber og -metoder i kombination for at vise flere aspekter af indsatsen, og ofte kombineres de med andre måleredskaber, der måler andre ting, som for eksempel brug af sundhedsydelser, kliniske outcome, omkostninger osv. (de Silva, 2014).

### Inddrag patienterne i udvikling og udvælgelsen af måleredskaber

I et brugerinddragende sundhedsvæsen kan **patienter** med fordel inddrages i at udvælge hvilke formål, man har med inddragelsen og deraf hvilke redskaber og spørgsmål, der kan bruges til at måle inddragelse. Især hvis man vil spørge patienterne om deres vurdering af inddragelsen (Da Silva, 2014).

Inddrag også **sundhedspersoner**, da de skal udføre indsatsen, indsamle data og finde resultaterne af målingerne relevante, meningsfulde og afspejlende for praksis.

## Spørgeskemaer til patienter, sundhedspersoner og observatører

Nå vi taler om måling af inddragelse, vil man typisk efterspørge kvantitative mål og dermed anvende spørgeskemaer i en eller anden form. Det kan både foregå via apps, online eller på papir. Uanset platform har spørgeskemaerne til formål at indsamle data om omfanget af inddragelse.

Man kan bruge **anerkendte validerede redskaber** eller **selv udvikle spørgeskemaer**, der specifikt indfanger ens lokale inddragelsesindsats.

Uanset hvilket spørgeskema man benytter, er der behov for at målene er robuste. Viden (evidens) om inddragelse er kun så godt som redskabet, der måler. Derfor er det nødvendigt med en kvalitetssikring af måleredskabet (Philips et al, 2016; Ahmad et al, 2020).

Redskaber af god kvalitet skal både være:

- **Valide** – man skal kunne stole på, at de måler inddragelse
- **Reliable** – de skal måle det samme hver gang
- **Feasible** – det skal være muligt at gennemføre målinger med dem i praksis. Det betyder blandt andet, at de skal være korte og lette at forstå og administrere.

Man kan læse mere i metodebøger for spørgeskemakonstruktion og deres psykometrisk egenskaber, eller følge COSMIN-tjeklisten (COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments). COSMIN-tjeklisten understøtter valg af måleredskab og evaluerer måleredskabets metodologiske kvalitet<sup>2</sup> (Gärtner et al, 2018; Ahmad et al, 2020).

Internationalt er der en lang række **anerkendte validerede redskaber** at vælge i mellem, typisk på engelsk, og de måler forskellige aspekter og definitioner af inddragelse (for eksempel Da Silva, 2014; Barr et al, 2016; Gärtner et al, 2018; Ahmad et al, 2020). Redskaberne er enten målrettet patienter, sundhedspersoner eller observatører og fokuserer på hhv. forudsætninger, proces eller effekter. Nogle redskaber er målrettet patienter generelt, og andre er målrettet patienter med en specifik sygdom. Man kan oversætte og anvende internationale redskaber, men vær opmærksom på at foretage oversættelsen efter anerkendte kvalitetsstandarder<sup>3</sup>.

Flere reviews oplister redskaber og vurderer deres kvalitet (Barr et al, 2015; Barr et al, 2016; Köberich & Farin, 2014; Mangin et al, 2016; Gärtner et al, 2018; Ahmad et al, 2020). Dog viser de også, at på trods af at der findes mange redskaber, er ikke alle redskaber tilstrækkelig valide, og der er en lav korrelation mellem dem (Philips et al, 2016; Gärtner et al, 2018; Ahmad et al, 2020).

Hvis man **udvikler måleredskaberne selv**, kan de have stor relevans og meningsfuldhed i praksis, og man kan vælge at inddrage patienter i udviklingen. Men man skal være opmærksom på at undersøge og sikre spørgeskemaets psykometriske egenskaber. Hvis man selv udvikler et redskab, skal det leve op til kvalitetskriterier, for eksempel COSMIN-tjeklisten.

---

<sup>2</sup> Læs mere her: <https://www.cosmin.nl/>

<sup>3</sup> Hvis man **oversætter udenlandske validerede spørgeskemaer** til dansk sprog og kultur er det vigtigt at leve op til kvalitetskriterier via en fast proces (Beaton et al, 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2010). 1. Det originale redskab skal oversættes af to uafhængige oversættere. 2. De to oversættelser skal derefter sammenlignes og uoverensstemmelser afklares. 3. Dernæst skal en proces med kulturel tilpasning foretages, for eksempel ved at bruge en fokusgruppe med sundhedspersoner og/eller patienter. 4. Til slut skal redskabet oversættes tilbage til originalsproget af to uafhængige oversættere, og resultater skal sammenlignes med det originale redskab.



Om det er bedst at anvende eksisterende måleredskaber eller lokalt udviklede redskaber er ikke entydigt. Eksisterende redskaber kan have god kvalitet og dermed kan man stole på sin resultater, mens lokalt tilpassede har den fordel, at de er specifikt tilpasset inddragelsesindsatsen og dens formål. For den konkrete indsats kan det være vigtigst at sikre høj validitet, mens andre indsatser prioriterer, at redskaberne er håndterbare (for eksempel korte og lette at administrere) og meget tæt knyttet til formålet.

Der findes en række redskaber, som er udviklet og/eller oversat til dansk. ViBIS samler løbende danske redskaber til måling af inddragelse sammen på [www.vibis.dk](http://www.vibis.dk).

w

## Måling af fælles beslutningstagning

Fælles beslutningstagning (Shared Decision Making) er en internationalt anvendt og anerkendt metode til at inddrage patienter i behandlingsbeslutninger i deres eget patientforløb.

Formålet med fælles beslutningstagning er at træffe bedre beslutninger og tilpasse behandlingen den enkelte patient ud fra en åben proces, hvor fordele og risici afvejes for netop denne patient.

Idet det er en velbeskrevet metode med specifikke karakteristika, er der udviklet flere redskaber til måling. Der er imidlertid ikke konsensus eller tradition for én bestemt måde at måle fælles beslutningstagning på (Barr et al, 2016). Man kan derfor både måle på:

- **forudsætningerne** (præferencer, sundhedskompetencer, viden og kompetencer, organisationen, beslutningsstøtteværktøjer osv.)
- **processen** (skete delelementerne i fælles beslutningstagning i praksis?)
- **effekter** (hvad er der kommet ud af processen, har patienter fået mere viden om behandlingsforløb, oplever patienten at have taget bedre beslutninger sammen med sundhedspersonen, matcher valget præferencer, er der bedre kliniske outcomes osv.) (Sepucha & Scholl, 2014).

Man kan både måle på patienters, sundhedspersoners og observatørers perspektiv (for eksempel Barr et al, 2016; Elwyn & Blaine, 2016). Studier peger på, at det giver mening at måle *både* fra patientens og sundhedspersonens perspektiv på fælles beslutningstagning (kaldet *dyaden*) (Ahmad et al, 2020).

Der er udviklet en række gode måleredskaber til fælles beslutningstagning, og flere er oversat til dansk.

Se [www.vibis.dk](http://www.vibis.dk), der løbende opdateres.

## Mål på de rigtige tidspunkter og husk baseline

Overvej hvornår I vil måle inddragelsen, da det kan påvirke svarpersoner (Sandager et al, 2016). Det kan være:

- **Under** en konsultation med en observatør
- **Umiddelbart** efter en konsultation, hvor observatør, patient og sundhedsperson har konsultationen frisk i erindringen
- **Efter** efter en konsultation, hvor patient og sundhedsperson har haft tid til refleksion (vær dog opmærksom på risikoen for recall bias, dvs. at man husker 'forkert', hvilket skævvrider resultaterne).

Eller en kombination. De eksisterende redskaber er udviklet til at måle på et bestemt tidspunkt.

Udlevering og indsamling af spørgeskema kan for eksempel foretages af sundhedspersonen, af en sekretær, via iPads i venteområdet eller via mail efterfølgende. Der er flere måder at gøre det på, der hver især kræver noget forskelligt af afdelingen (se mere i Defactum, 2016).

Før inddragelsesindsatsen sættes i gang, skal man udføre en **baselinemåling af inddragelsen**. Den kan bruges til at se på udviklingen over tid. Det er den eneste mulighed man har for at kunne vurdere, om der er sket en udvikling i forbindelse med en inddragelsesindsats.

## Det praktiske – lav et ordentligt og meningsfuldt setup

En grundig måling kan være en omfangsrig opgave. Derfor skal man overveje og planlægge grundigt hvordan indsamling, analyse og præsentation skal foregå. Det er almindelige projektlederkompetencer, der skal bruges, men man skal ikke undervurdere opgaven, blandt andet fordi inddragelse er en kompleks indsats, der griber ind i den sundhedsfaglige praksis og kultur.

Der skal være tilstrækkelig organisering, tid og manpower til at lave en fornuftig indsamling, måling og analyse. Arbejdsbyrden (tid og besvær) for patienter og medarbejdere skal ikke være for stor, da det kan gøre at målingerne ikke bliver foretaget. Vær opmærksom på at det kan tage lang tid at indsamle data, både hvis det er en observatør, der skal vurdere om fælles beslutningstagning finder sted i konsultationen, eller en sygeplejerske der skal sikre udlevering og indsamling af spørgeskemaer efter hver konsultation, uanset om det er på papir eller online.

Udlevering, udfyldning og indsamling af spørgeskemaer skal både være let og meningsfuldt at bidrage til for både patient, sundhedsperson og evt. observatør. Det kan inddragelse i udvikling af redskab og proces understøtte.

Man skal for eksempel tænke igennem:

- Hvem skal stå for forberedelse og udviklingen af spørgeredskaberne, og hvordan skal det gøres?
- Hvordan skal patienter og medarbejdere inddrages i udviklingen?
- Hvem og hvordan rekrutterer man informanterne?

- Hvordan skal indsamlingen af data finde sted i praksis i den sundhedsfaglige hverdag? Og hvordan passer den ind i eksisterende arbejdsgange og andre målingsregimer?
- Hvem laver løbende opfølgning/remindere, og hvordan skal det gøres?
- Hvornår er svarprocent og datakomplethed høj nok?
- Hvem laver analyserne, og hvordan laves de? Og matcher de formål og forandringsteori?
- Hvordan har man ledelsen med?
- Hvordan og hvornår gives feedback til patienter og sundhedspersoner, der har bidraget?

Det kan være en god ide at lave en *pilottest* af målingen og organiseringen. Så kan man både justere redskaber og arbejdsgangene. Hvis målingen skal foretages gentagne gange og bruges som et monitoreringsredskab, er **pilottest** vigtigt.

## Resultaterne analyseres og præsenteres

Når data fra spørgeskemaer (og evt. interviews) kommer ind, skal data **analyseres og præsenteres** for de relevante modtagere. Analyserne skal matche formål og forandringsteori, så man kvalificeret kan forsøge at svare på, om indsatsen har fundet sted, og hvordan indsatsen har vist en effekt.

Da der sjældent er robuste måleredskaber til måling af inddragelse og mange årsagsmekanismer på spil, skal resultater anvendes varsomt. Man skal for eksempel være opmærksom på svarprocenter og hvem der ikke har svaret, da det kan skævvride resultaterne og under/overvurdere inddragelsen (Da Silva, 2014)

Forskellige modtagere (sundhedspersoner, patienter, ledere, politikere osv.) har forskellige behov, og de bruger målinger forskelligt. Derfor skal præsentationen af resultaterne tilpasses de enkelte modtagere i målgruppen.

**Præsentationen** af resultaterne skal udføres, så målgruppen for målingen kan bruge det til noget, for eksempel forbedre lokal sundhedsfaglig praksis eller vise den generelle tendens for inddragelse i en større organisation. Hvis resultaterne skal bruges til at udvikle praksis, er hurtig real-time feedback en god ide. På den måde får sundhedspersonerne hurtigere feedback og kan justere deres indsats, mens den er frisk i hukommelsen (Barr et al, 2016).

Vær opmærksom på, at målingerne kan præsenteres i et tydeligt layout og gerne over tid. Det kan bruges til at motivere sundhedspersoner til at udvikle deres inddragelsespraksis.

Hvis det drejer sig om **gentagne målinger** (monitorering af inddragelsen) skal man lægge en plan for løbende kommunikation og information. Det viser fremdriften i indsatsen, og kan bidrage til motivation til at udvikle den inddragende praksis eller justere den, hvis den ikke fungerer efter hensigten.

# Litteratur

## Generelt om måling af inddragelse

- Barr PJ, et al. Assessment of Patient empowerment – A systematic Review of Measures. PLoS ONE 10(5). 2015
- De Silva. Helping measure person-centred care – A review of evidence about commonly used approaches and tools to help measure person-centred care. The Health Foundation. 2014
- Defactum. Indikator mål for "patientinddragelse" - teoretiske og metodiske overvejelser. Region Midt. 2015.
- Defactum. Metoder til tidstro målinger. Delrapport 4. Region Midt. 2016
- Köberich S, Farin E. A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care. Nursing Inquiry, 22 (2): 106-120. 2015
- Mangin D, et al. Making patient values visible in healthcare: systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. BMJ Open, 6:e010903. 2016
- Philips NM, et al. A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in health care. BMJ Qual Saf. 25: 110-117. 2016.
- Sandager M, et al. Please tick the appropriate box: Perspectives on patient reported experience. Patient Experience Journal. Vol 3. Issue 1, Article 10. 2016

## Måling af fælles beslutningstagning

- Barr et al, 2016. Chapter 26 Patient-reported measures of shared decision making. I: Elwyn et al. Shared Decision making in health care. Achieving evidence-based patient choice. 3. Ed. Oxford -university Press. 2016.
- Elwyn G & Blaine AI, 2016. Chapter 27 Observer measures of shared decision making. I: Elwyn et al. Shared Decision making in health care. Achieving evidence-based patient choice. 3. Ed. Oxford -university Press. 2016.
- Sepucha KR, Schroll I. Measuring Shared Decision Making. A review of constructs, Measures, and Opportunities for Cardiovascular care. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 7; 00-00. 2014.
- Scholl I, et al. Measurement of shared decision making – a review of instruments. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ), 105 : 313-324. 2011

## Om oversættelse af internationale redskaber

- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, and Ferraz MB. Spine (Phila Pa 1976). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. 2000 Dec 15;25(24):3186-91.
- Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2010, 17; 268-274.