



Steno Diabetes Center
Copenhagen

Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering

Værktøjer

Kompetencer

Værdier

Indhold

Resumé	4
Introduktion	5
Formål og opdrag	5
Baggrund og kontekst	5
Afgræsning og metode	7
Definitioner	8
Erfaringer med værktøjer og metoder til behovsvurdering	10
Kommunal rehabiliteringspraksis	10
Evidens	10
Grundmodel: Værdier, kompetencer og værktøjer	14
Værdier og teorier	15
Kompetencer	16
Værktøjer	18
Faldgruber i Den afklarende samtale	23
Mentale genveje og stereotype kategoriseringer	23
Sproglige fejlskud	23
Apparatfejlsmodel	23
Ekspertstyret samtale	23
Instrumentalisering af samtalerne	25
Anbefalinger	26
Princip #1: Hvad er vigtigt for borgeren?	27
Princip #2: Hvad er borgeren motiveret for?	29
Princip #3: Hvordan støttes borgeren bedst ift. princip #1 og #2?	30
Perspektivering	31
Andre metoder og værktøjer til behovsvurdering	31
Udvalgte eksempler	33
Referencer	43

Kolofon

Opdragsgiver: Sundhedsstyrelsen

Forfattere: Ulla Møller Hansen, Nana Folmann Hempler, Ingrid Willaing. Alle Steno Diabetes Center Copenhagen

Layout (figur 3, 6, 7): Fati E. Ghasemi

Vi takker Morten Ejlersen, KL, for adgang til resultater fra spørgeskemaundersøgelsen fra 2018 om kommunal rehabiliteringspraksis, herunder *Den afklarende samtale*.

På Steno Diabetes Center Copenhagen er sundhedsfremmeforskningen informeret af fem principper, der lægger op til integrering af et bredt sundhedsbegreb, deltagelse, handlekompetence, lighed i sundhed og et setting-perspektiv i forskningen [1]. Principperne operationaliseres ved anvendelse af bestemte forskningsmetodikker (værktøjer) som fx designbaseret forskning og aktionsforskning. Værdierne afspejles både i forskningsprocesserne og i de koncepter og begreber, der udvikles gennem forskningen.

ISBN 978-87-92759-30-6

Anvendelse: Uddrag og kopiering af materialet er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Udgiver: Steno Diabetes Center Copenhagen

Gentofte, november 2018

Resumé

Denne erfaringsopsamling præsenterer anbefalinger baseret på gældende viden om effektive værktøjer og metoder til behovsvurdering, som kan benyttes i *Den afklarende samtale* med personer med type 2 diabetes. *Den afklarende samtale* betegner et indledende møde mellem en kommunal sundhedsprofessionel og en borger, som er henvist fra almen praksis eller sygehus til kommunal rehabilitering efter at være blevet diagnosticeret med type 2 diabetes (T2D). Formålet med samtalen er at opnå en fælles forståelse af forventninger, behov og muligheder i relation til kommunal rehabilitering, hvor borgerens funktionsevne, hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation drøftes for at sikre et individuelt, relevant og meningsfuldt rehabiliteringsforløb for alle borgere.

Erfaringsopsamlingen tager udgangspunkt i den samlede forskningserfaring inden for brugerinvolverende metoder, patientuddannelse i relation til diabetes fra Steno Diabetes Center Copenhagen, videnskabelig litteratur samt udvalgte eksempler på metoder, der anvendes i *Den afklarende samtale* i kommunalt regi.

Rapporten beskriver værktøjer, kompetencer og værdier og konkluderer, at der ikke er basis for at anbefale én specifik model eller metode til behovsvurdering i *Den afklarende samtale*. Der er tværtimod identificeret en række værktøjer, metoder og teknikker, som kan anvendes i den afklarende samtale. Disse kan grupperes i hhv. samtaleværktøjer, spørgeskemaer og fysiske tests. Måden, hvorpå et værktøj anvendes i en samtale, har stor betydning for udfaldet, og fokus på sundhedsprofessionelles kompetencer til at anvende værktøjer efter hensigten er nødvendigt. Der skelnes mellem faglige, tekniske og sociale kompetencer, som kan trænes og forbedres hos sundhedsprofessionelle, der arbejder med *Den afklarende samtale*. Endelig udgør værdier (herunder teorier og filosofier) grundlaget for *Den afklarende samtale*. Værdier er indlejret i den kommunale rehabiliteringsorganisation og ledelse. Værdier kan udtrykkes som en teori eller filosofi som fx empowerment. Rapporten anbefaler tre tværgående principper, som har til formål at guide *Den afklarende samtale*. *Principperne* er tværgående i den forstand, at de afspejles i både værktøjer, kompetencer og værdier. Princip #1 Hvad er vigtigt for borgeren? – Afdækning af borgerens livssituation. Princip#2 Hvad er borgeren motiveret for? - Afdækning af borgerens parathed til at ændre vaner, herunder opfattelse af egen sygdom. Princip #3 Hvordan støttes borgeren bedst ift. princip #1 og #2? – Afklaring af, hvordan borgeren bedst kan støttes, baseret på hvad borgeren finder vigtigt og er motiveret for.

Rapporten anbefaler, at den trinvise skelnen mellem værdier, kompetencer og værktøjer, samt de foreslåede principper, anvendes som rettesnor for udvikling og afprøvning af konkrete initiativer, værktøjer og metoder til behovsvurdering i den lokale, kommunale setting. På den måde lægges op til kontekstafhængig variation og fortolkning, tilpasset forskellige lokale vilkår, forskellige borger-karakteristika og forskellige kompetencer og kvalifikationer hos de sundhedsprofessionelle, der gennemfører *Den afklarende samtale* i de forskellige kommuner.

Introduktion

Formål og opdrag

Lægekunstens fader, Hippokrates, lod sin samtid forstå, at det er vigtigere at vide, hvad det er for et menneske, der lider af en sygdom, end at vide, hvad det er for en sygdom, dette menneske lider af. Denne tankegang er aktuel for nærværende erfaringsopsamling, som handler om værktøjer og metoder til behovsvurdering i *Den afklarende samtale* målrettet borgere med type 2 diabetes (T2D).

I juni 2016 lancerede Sundhedsstyrelsen rapporten 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'. Rapporten anbefaler, at borgere med T2D efter henvisning fra almen praksis eller hospital til kommunale rehabiliteringsforløb deltager i en afklarende samtale. Det er hensigten, at Den afklarende samtale danner baggrund for et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb med netop de elementer, som den enkelte borger har behov for og er motiveret for at deltage i. En forløbsplan er en individuel plan, der tydeliggør, hvilke tilbud og hvilket forløb en borger, der er diagnosticeret med T2D, kan forvente. Forløbsplaner er dermed en konkretisering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme på individuelt niveau [2].

Formålet med denne rapport til Sundhedsstyrelsen er at udarbejde en erfaringsopsamling om anvendelse af behovsvurderingsværktøjer i *Den afklarende samtale*, herunder forudsætninger for brugen af værktøjerne.

Erfaringsopsamlingen adresserer initiativ 8 i Den Nationale Diabetesbehandlingsplan, lanceret i november 2017, vedrørende individualisering af behandlingsforløb: "SST skal udvikle et værktøj til behovsvurdering, som kan støtte sundhedsprofessionelle og patienter, når de i fællesskab træffer beslutning om, hvordan forløbet bedst tilrettelægges ud fra patientens situation, ressourcer og motivation"[3].

Baggrund og kontekst

Type 2 diabetes (T2D) er en kronisk sygdom kendetegnet ved nedsat følsomhed over for insulin, som gør, at insulinen ikke i tilstrækkelig grad kan få blodsukkeret til at falde som hos raske mennesker [4]. T2D er en progressiv sygdom, som er forbundet med en lang række alvorlige følgesygdomme og komplikationer, herunder skader på nervesystemet, nyresygdom, blindhed og hjerte-kar-sygdom. Omkring 15.000 danskere diagnosticeres hvert år med T2D, og cirka 225.000 danskere lever med T2D i dag (RUKS 2016).

T2D kan ikke kureres og kræver derfor livslang behandling i form af fysisk aktivitet, eventuelt vægttab og sund mad samt hyppigt medicinsk behandling med tabletter og eventuelt insulin. Mange borgere med T2D henvises til kommunale rehabiliteringsforløb, som blandt andet kan indeholde sygdomsmestring, fysisk træning og rygestopkurser [3]. Rehabiliteringen har til formål at forebygge eller udskyde udvikling af komplikationer og at uddanne personen i at håndtere egen sygdom samt støtte personen i at leve et liv, som er mindst muligt påvirket af sygdom [3].

Nye guidelines fra den toneangivende amerikanske diabetesforening (ADA) samt andre faglige selskaber fremhæver, at uddannelse og rehabilitering i diabetes er en vigtig del af behandlingsforløbet og opstiller fire tidspunkter, hvor det er kritisk at få uddannelse [5]:

- Når man får diabetesdiagnosen
- En gang om året derefter
- Når der opstår belastninger i hverdagen, der kan gøre det vanskeligt at håndtere diabetes
- Når der sker ændringer i behandlingen

Diabetesforeningens medlemsundersøgelse fra 2015 blandt 676 personer med T2D viste imidlertid, at under halvdelen, 47 %, er blevet tilbudt et undervisningsforløb udover kontrol hos egen læge eller på sygehuset¹. Det resultat er i tråd med DAWN-2 studiet, som på tværs af 17 lande viste, at gennemsnitligt 49 % af personer med diabetes havde fået tilbudt eller havde deltaget i patientuddannelse [6].

Denne *Rule of Halves* [7, 8] indebærer, at blot halvdelen af dem, som har diabetes, modtager behandling. Af dem, er det kun halvdelen, som når deres behandlingsmål (ibid), og af dem er det igen blot halvdelen, der når det ønskede udbytte og lever et liv uden komplikationer (ibid).

Det danske Diabetes Impact Study, som er gennemført for Diabetesforeningen af Institute of Applied Economics and Health Research, ApEHR, viste, at personer med diabetes, som har lav uddannelse, får diagnosen senere, lever kortere tid og får flere følgesygdomme inden for kortere tid [9]. Det peger på et særligt stort forebyggelsespotentiale i at sikre denne gruppes deltagelse i og udbytte af kommunal rehabilitering.

Individualisering som værdi – men hvordan?

Individualisering er en central værdi i sundhedsvæsenet i disse år [5, 10-16]. Individualiseringen har ifølge Professor Pål Gulbrandsen sin etiske begrundelse i respekten for individets autonomi [17]. I litteraturen og i daglig praksis anvendes forskellige begreber såsom individualisering, person-centrering, brugerinvolvering og borger-centrering

Et politisk ønske om at individualisere behandlingsindsatsen til personer med T2D lægger sig i forlængelse af en generel tendens til inddragelse og involvering af borgere og patienter, fx med brug beslutningsstøtteværktøjer [18], patientrettigheder og adgang til egne data samt øget brug af patientrapporterede oplysninger. Individualisering som værdi står nærmest uanfægtet men forbliver ofte en programerklæring, som ikke følges af konkrete værktøjer, metoder eller guidelines for, *hvordan* individualiseringen skal finde sted. Et eksempel er de kliniske retningslinjer fra det britiske National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som angiver²:

“Adopt an individualized approach to diabetes care that is tailored to the needs and circumstances of adults with type 2 diabetes, taking into account their personal preferences, comorbidities, risks from polypharmacy, and their ability to benefit from long term interventions because of reduced life expectancy [2015]”

Et andet eksempel stammer fra de amerikanske retningslinjer for *diabetes self-management and support (DSMES)*:

“People with diabetes should engage in DSMES during various stages after their diabetes diagnosis. Regardless of the stage, people with diabetes have their own priorities and needs. The DSMES services must be designed using person-centered care practices, in collaboration with the participant, focusing on the participant’s priorities and values [...] Research indicates the importance of individualizing DSMES to each participant” (excerpt from standard 7: Individualization) (3).

¹ Diabetesforeningens undersøgelse om patientuddannelse. 676 medlemmer med T2D svarede på spørgsmålene i april 2015

² <http://pathways.nice.org.uk/pathways/type-2-diabetes-in-adults> NICE Pathway last updated: 05 January 2018

³ 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support <https://doi.org/10.2337/dci17-0025>

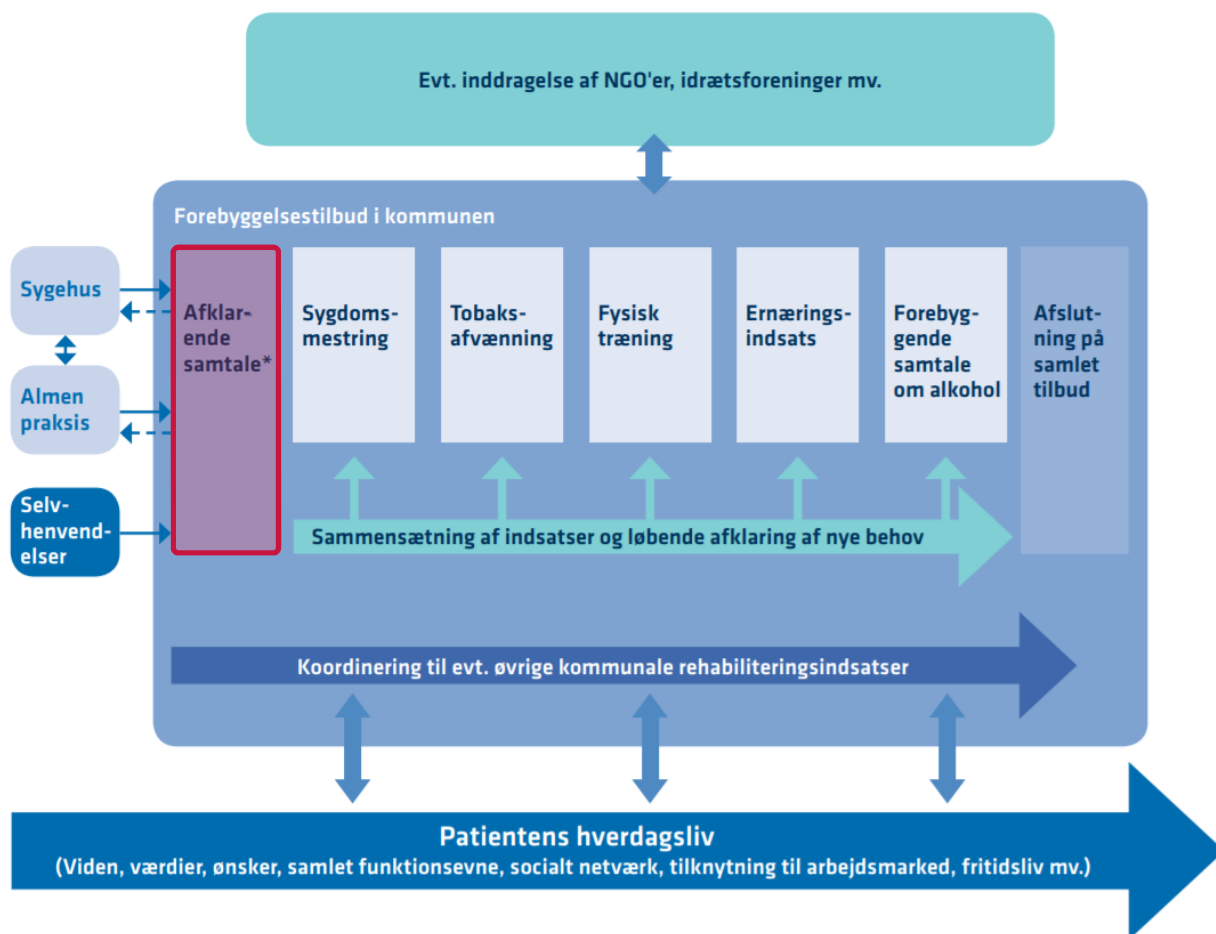
De fleste sundhedsprofessionelle tilslutter sig ideen om person-centrering [19], men forskning viser, at det kan være vanskeligt for sundhedsprofessionelle at omstille deres praksis fra en traditionel ekspert-styret form til en person-centreret tilgang [20-22], blandt andet fordi de sundhedsprofessionelle mangler træning i sundhedspædagogik samt træning i at adressere de psykosociale aspekter af livet med diabetes [23]. Brug af værktøjer og metoder til at identificere behov og målrette indsatser til den enkelte borger kan støtte de sundhedsprofessionelle i at omstille deres praksis [10, 11].

Afgræsning og metode

Rapporten tager afsæt i følgende flow for rehabiliteringspraksis, som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud' fra 2016 [2], vel vidende at den lokale kommunale praksis varierer:

- Når en borger får konstateret T2D, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at lægen (i almen praksis eller på hospitalet) vurderer, hvorvidt den enkelte har behov for rehabilitering.
- Hvis det er tilfældet, bør lægen (i almen praksis eller på hospitalet) henvise borgeren til en afklarende samtale i kommunen.
- I *Den afklarende samtale* vil den sundhedsprofessionelle i dialog med borgeren tilrettelægge et rehabiliteringsforløb, som passer til den enkelte.

Forløbet er i Sundhedsstyrelsens rapport illustreret i nedenstående figur [2]:



Figur 1. Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge [2]

Nærværende rapport fokuserer på at samle erfaringer og fremsætte anbefalinger i forhold til den gældende **viden om effektive værktøjer og metoder til behovsvurdering, som kan benyttes i Den afklarende samtale.**

En systematisk afdækning af tilgængelige værktøjer og metoder ligger udenfor opgavens opdrag og tidsramme. Rapporten baserer sig på den samlede erfaring fra forskning på Steno Diabetes Center Copenhagen i patientuddannelse og diabetes suppleret med udvalgte aktuelle illustrative danske cases samt interviews (Lene Dørfler og Morten Ejlersen, Center for forebyggelse i praksis, KL). De fleste eksempler og referencer stammer fra diabetesområdet. Det er sandsynligt, at de samlede anbefalinger lader sig overføre til andre kroniske sygdomsområder, men det må bero på yderligere undersøgelser.

Definitioner

I det følgende afgrænser og definerer vi nærværende rapport centrale begreber.

Den afklarende samtale

Den afklarende samtale betegner et indledende møde mellem en borger og en kommunal sundhedsprofessionel med henblik på at ”opnå en fælles forståelse af forventninger til tilbud, herunder de overordnede målsætninger med deltagelse i tilbuddene, og gennem dialog at støtte borgeren i en relevant og behovsorienteret prioritering af tilbud” [2]. Den afklarende samtale bør, uanset den specifikke metode eller det valgte konkrete samtaleredskab, komme grundigt omkring fire gensidigt overlappende områder [2]:

- Funktionsevne
- Hverdagsliv
- Risikofaktorer
- Sygdomssituation

Funktionsevne anvendes som forståelsesramme for rehabilitering jf. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [24], som på dansk kaldes Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand, hvor funktionsevne omfatter tre komponenter; kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse.

Patientinddragelse/behovsvurdering/individualisering

Trods udbredelsen af person-centrering som værdi og princip er der ikke konsensus i litteraturen om, hvordan begrebet defineres [25]. I denne rapport læner vi os op ad VIBIS’ (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet) definition af brugerinddragelse på individniveau, som sker, når den enkelte brugers præferencer, behov og viden afdækkes og indgår i beslutninger om eller tilrettelæggelse af dennes behandling, rehabilitering og pleje [26].

Rehabilitering

I rapporten benytter vi, i tråd med Sundhedsstyrelsen, WHO’s definition af rehabilitering⁴: ”Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få

⁴ I dansk, kommunal sammenhæng er rehabilitering synonym med patientrettet forebyggelse. På engelsk bruges typisk betegnelsen *self-management education and support*.

nedsat funktionsevne, i at opnå eller vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund” [2].

Ifølge en dansk hvidbog om rehabilitering fra 2004 er følgende elementer karakteristiske og nødvendige for god og effektiv rehabilitering [27]:

1. Borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen
2. Individuel og fleksibel tilrettelæggelse
3. Helhedsorienteret tilgang
4. Målorientering og tidsperspektivering
5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
6. Koordinering
7. Vidensbaseret og kvalitetsorientering
8. Planlægning

Sundhedspædagogik

Sundhedspædagogik er en disciplin, der har som formål at skabe muligheder for forandring hos deltagerne i en pædagogisk proces. Pædagogikken drejer sig her om at tilrettelægge betingelserne, så en målgruppe, her borgere med T2D, bliver i stand til at udvikle ideer, tage beslutninger og handle på et kvalificeret grundlag i relation til deres liv med T2D. Dermed har sundhedspædagogik en ambition om at støtte mennesker i at gribe ind i deres eget liv og er altså meget mere end blot formidling af viden [28].

Erfaringer med værktøjer og metoder til behovsvurdering

Kommunal rehabiliteringspraksis

Kommunal rehabiliteringspraksis er i rivende udvikling i disse år. Med Kommunalreformen fra 2007 fik kommunerne ansvar for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgerne. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom som fx T2D betegnes *patientrettet forebyggelse* i modsætning til *borgerrettet forebyggelse*, som er rettet mod raske borgere. I denne rapport bruger vi betegnelsen rehabilitering i tråd med opdraget.

En kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne fra 2011 [29] viste, at disse typisk begynder med en indledende, individuel samtale, hvor borgerens situation, sundhedsvaner mv. afklares, og en form for visitering finder sted (i 80 ud af 84 kommuner med mindst ét tilbud).

Ifølge en endnu ikke offentliggjort undersøgelse af kommunal rehabiliteringspraksis foretaget af Kommunernes Landsforening (KL) [30] ser den aktuelle kommunale rehabiliteringspraksis således ud:

1. 69 af kommunerne (80 %) vurderer, at der ofte, meget ofte eller altid henvises direkte til et diagnosespecifikt forløb, mens 33 af kommunerne (38 %) vurderer, at der ofte, meget ofte eller altid henvises direkte til en afklarende samtale⁵.
2. 79 af kommunerne (98 %) svarer, at de tilbyder en afklarende samtale til borgere med T2D. *Den afklarende samtale* er således en etableret ydelse i kommunerne. Tallet siger dog ikke noget om, hvor ofte samtalen faktisk bliver foretaget.
3. 70 af kommunerne (81 %) anvender ofte, meget ofte eller altid faglige redskaber eller skabeloner ved *Den afklarende samtale*.
4. Der anvendes en lang række forskellige redskaber og skabeloner i ren eller modificeret form som kan kategoriseres i tre grupper, hvor behovsvurdering/individualisering kan finde sted på forskellige niveauer, afhængig af det aktuelle sygdomsområde:
 - 1) Fysiske mål og test fx gangtest
 - 2) Screeningsredskaber fx WHO-5 [31]
 - 3) Dialogredskaber fx Esbjerg-modellen [32]

Evidens

Af Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse fra 2009 fremgår det af den samlede vurdering, at der er moderat evidens for, at patientuddannelser til personer med T2D er effektive, såfremt de baseres på 'terapeutisk patientuddannelse' med anvendelse af deltager- og empowerment-orienterede samt voksenpædagogiske principper [33]. Denne MTV pegede i lighed med andre rapporter, fx [34], [35], [36], på, at der mangler viden om relevant sundhedspædagogisk praksis og metoder.

⁵ Der pågår pt. et udviklingsarbejde i regi af et datapuljeprojekt i 11 kommuner i forhold til henvisningsstandarder til kommunale forebyggelsestilbud. Dog indgår der ikke en egentlig aftale om henvisning i de praktiserende lægers overenskomst.

Inden for de seneste ti år er der sket en del i udviklingen af sundhedspædagogiske metoder og værktøjer. Som et eksempel har sundhedsfremmeforskningen på Steno Diabetes Center Copenhagen udviklet flere forskellige sundhedspædagogiske koncepter baseret på fem styrende sundhedspædagogiske principper [1]. Koncepterne er målrettet særlige grupper og situationer/settings, fx sårbare personer med diabetes [37, 38], gruppeundervisning på tværs af diagnosegrupperne T2D, KOL og hjertesygdom [NEED] [39-41], individuelle diabeteskonsultationer [EMMA] [42], familier til personer med T2D [PIFT] [43] og personer med psykisk sygdom [LIP] [44-46]. Feltet er stadig relativt ungt, og den (inter)nationale evidensbase er fortsat under udvikling.

Et stort internationalt studie med fokus på individuel tilrettelagt behandling til personer med kroniske sygdomme (herunder T2D) fandt, at der var større effekt af individualiserede tilgange sammenlignet med standardtilgange [11]. Effekten var tilsyneladende større, når indsatsen var helhedsorienteret, intensiv og integreret i det etablerede behandlingssystem.

I studiet skelnede forfatterne mellem indsatser, der er målrettet patienterne, sundhedsprofessionelle eller begge grupper, som det fremgår med eksempler fra hver type i tabel 1.

Tabel 1. Eksempler på indsatser til individuel tilrettelagt behandling for personer med kroniske sygdomme [11].

Indsats målrettet patienter	Indsats målrettet professionelle	Indsats målrettet både patienter og professionelle
<ul style="list-style-type: none"> • Informationsmateriale eller beslutningsstøtteværktøjer til patienter [47] • IT-indsatser til at støtte patienter i adfærdændring [48] • Brug af liste med forslag til spørgsmål patienten kan stille for at skabe involvering [49] • Coaching og motivationsstøtte til at identificere mål, løse problemer og opnå adfærdsmål [50] • Inddragelse af patientens egen journal til at skabe overblik over personlige mål og resultater [51] 	<ul style="list-style-type: none"> • Træning i fælles beslutningstagning, forløbsplan og/eller motiverende samtale [52] • Guidelines og feedback med vægt på at omsætte patientens præferencer til forløbsplaner [53] • Algoritmer indlejret i kliniske IT-systemer til at informere forløbsplaner [54] 	<ul style="list-style-type: none"> • Værktøjer til brug i planlægning af behandlingsforløb til at drøfte muligheder og handlinger [55] • En elektronisk eller fysisk skabelon til dokumentation og opfølgning af fælles beslutninger [56]

Et andet eksempel udenfor Danmarks grænser stammer fra den engelske uafhængige tænketank *The Health Foundation*, som i 2014 gjorde status over evidensbasen på tværs af 11 store programmer⁶ med fokus på implementering af *shared decision making* og *self-management support*, som kan betragtes som elementer i *Den afklarende samtale*, se figur 2. Forfatterne identificerer tre kategorier af *virksomme ingredienser* [10]:

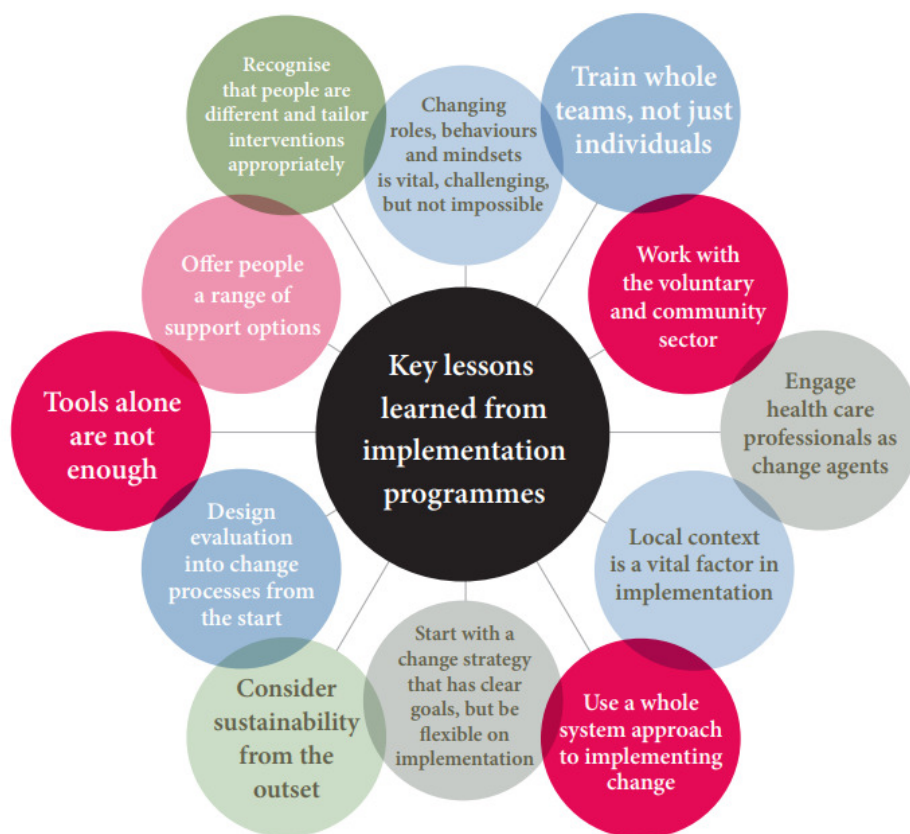
- **Brug af værktøjer og teknikker** til at støtte *shared decision making* og *self-management support* – men værktøjer er i sig selv ikke nødvendigvis tilstrækkelige til at være effektive og kræver et mindset, der støtter involvering af patienter. Følgende værktøjer og teknikker fremhæves: motiverende samtaleteknikker, målsætning, handlingsplaner, forløbsplaner samt patientforberedelse forud for konsultationer.
- **Træning og støtte til brug af værktøjer og teknikker i den lokale kontekst** – forfatterne finder opbakning til skræddersyede værktøjer og teknikker frem for generiske tilgange. Tilpasningen kan ske i forhold til fx sygdomsgrupper, etniske subgrupper eller parathed.
- **Forandringsledelse på organisatorisk og politisk niveau** – herunder en fælles vision, en stærk infrastruktur for implementering og tilskyndelse af lokalt ejerskab.

Læs mere her:

Ahmad, N., Ellins, J., Krelle, H., & Lawrie, M. (October 2014). Person-centred care: from ideas to action. Bringing together the evidence on shared decision making and self-management support. The Health Foundation. <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-ideas-action>

Coulter, A., Entwistle, V.A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd010523. <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010523.pub2/epdf>

⁶ De 11 programmer dækker over forskellige sygdomsspecifikke indsatser (fx nyresygdom, kræft, diabetes, psykisk sygdom) og mere tværgående indsatser.



Figur 2. Læring fra implementering af 11 programmer med fokus på implementering af shared decision making og self-management support [10]

Forfatterne konkluderer, at evidensbasen for *self-management support* og *shared decision making*, herunder for brug af specifikke værktøjer og teknikker, er blandet og visse steder svag [10]. Patientuddannelse og rehabilitering hører til komplekse interventioner [57] med mange forskellige komponenter, aktører og settings og deraf følgende udfordringer med at isolere de virksomme ingredienser. Det er derfor vanskeligt at undersøge og udlede effekter af hvert enkelt værktøj eller metode, fx målsætning, ligesom det er vanskeligt at udlede, om det er kombinationen af værktøjer og metoder, der er virksom, eller om det er omfanget og kvantiteten, der er afgørende for den observerede effekt [10].

Grundmodel: Værdier, kompetencer og værktøjer

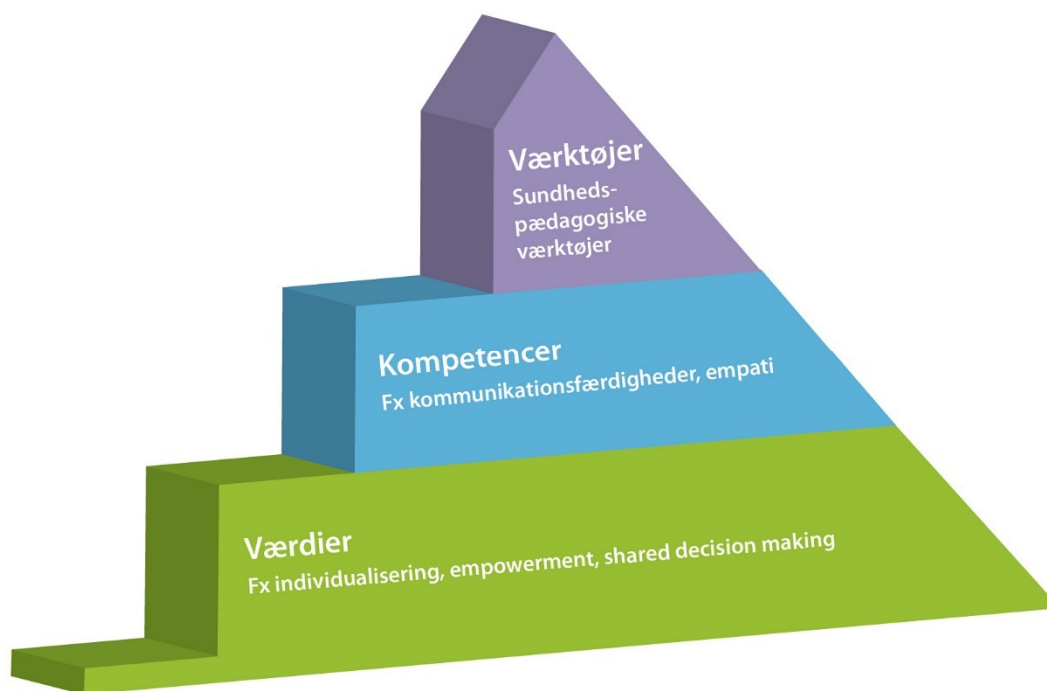
“Skills trump tools, but attitudes trump skills” [58].

Den samlede ramme af anbefalinger til behovsvurderingsværktøjer til brug i *Den afklarende samtale* baserer sig på en trinvis skelnen mellem værktøjer, kompetencer og værdier. Denne indsigt stammer fra førnævnte engelske meta-analyse af 11 programmer, som finder, at anvendelse af værktøjer i sig selv ikke er tilstrækkelige til at implementere *shared decision making* og *self-management support* [10].

Det er måden, hvorpå værktøjerne anvendes, der kan gøre værktøjerne velegnede til at tilrettelægge individuelle rehabiliteringsforløb for borgere med T2D. Fagprofessionelles kompetencer til at anvende værktøjerne er således afgørende for udfaldet. Men helt overordnet er det de fagprofessionelles grundlæggende værdier vedrørende den enkelte borgers mulighed for at få indflydelse på udformningen af sit eget forløb, som er afgørende for, i hvilken grad borgerens forløb bliver udformet med udgangspunkt i den enkelte borgers præferencer og behov.

Mange værktøjer kan være velegnede til at skabe afklaring med henblik på individualisering af forløb for borgere med T2D. Modellen, som er beskrevet i det følgende, har derfor form af *principper* for anvendelse af værktøjer [63].

Figur 3 illustrerer, hvordan værdier (herunder teorier og filosofier) udgør grundlaget for *Den afklarende samtale*, mens sundhedsprofessionelles kompetencer og brug af værktøjer i praksis ses som en trinvis udmøntning af værdier og teorier, som kan ske, hvis kompetencerne til at anvende værktøjerne i overensstemmelse med værdier og intentioner er til stede. Kompetenceudvikling ses som midlet til at kunne implementere værktøjerne i overensstemmelse med gældende værdier/teori/filosofi.



Figur 3. Tre elementer i *Den afklarende samtale*

De følgende afsnit uddyber hvert af de tre niveauer i figuren.

Værdier og teorier

I modsætning til kompetencer knytter værdier og teorier sig ikke alene til den enkelte sundhedsprofessionelle, men skal også være indlejret som værdisæt i den kommunale rehabiliteringsorganisation og ledelse. Forskellige værdier kan blandt andet udtrykkes ved en teori, som kan danne basis for brugen af behovsvurderingsværktøjer i *Den afklarende samtale*. En bærende værdi/teori/filosofi i relation til individualisering kommer fx stærkt til udtryk i empowerment-filosofien [59, 60] samt i teorier om patientcentrering [61].

Et andet værdisæt, der kan inspirere brugen af værktøjer, stammer fra positiv psykologi med den amerikanske psykolog Martin Seligmann som ophavsmand, herunder begreberne *Learned helplessness* og *Flourishing* [62].

I *Textbook of Diabetes* anviser Willaing og Vallis forskellige teorier for sundhedsadfærd og sundhedspædagogik [63], som kan guide *Den afklarende samtale*.

Tabel 2. Teorier for sundhedsadfærd og sundhedspædagogik [63].

	Teori	Model	Eksempler
Person med Diabetes	Health Beliefs	Self-Regulation Model [64]	Opfattede konsekvenser, personlig kontrol, behandlingskontrol, tidsplan og følelsesmæssig betydning
	Motivation	Social Cognitive Theory [65] Theory of Planned Behavior [66] Transtheoretical Model [67]	Self-efficacy, opfattede sociale normer, parathed til forandring/intentioner
	Emotion	Diabetes Distress Scale [68]	Følelsesmæssig bekymring, regime-relateret bekymring, læge-relateret bekymring, interpersonlig bekymring
Patient-underviser-relation ¹	Patient Centredness	Patient Centred Clinical Method [61]	Udforske personens sygdomsoplevelse, finde fælles grundlag og ”kultivere”/opdyrke relationen i forhold til at overvinde barrierer
	Motivational Communication	Motivational Interviewing [69]	Ikke-dømmende nysgerrighed, effektiv brug af spørgsmål og lytning, arbejde med ambivalens og støtte self-efficacy
	Empowerment	Patient Empowerment [70]	Påskønne og respektere autonomien hos personer med diabetes

¹Patient-underviser relationen kan sørge for en kontekst, hvor der tages hensyn til nye handlemuligheder

Kompetencer

Med kompetencer sigter vi mod adækvat kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle, så de har de nødvendige og relevante forudsætninger for at anvende behovsvurderingsværktøjer.

Disse kompetencer og egenskaber er vigtige for, at intentionerne med værktøjerne bliver realiseret i praksis. Et konkret eksempel på, at relevante og nødvendige kompetencer ikke altid er til stede ses i DAWN2-studiet. Et survey demonstrerede, at personer med diabetes og sundhedsprofessionelle ikke har samme opfattelse af, hvor ofte de professionelle fx spørger personer med diabetes, hvordan sygdommen påvirker deres liv; 52 % af de adspurgte sundhedsprofessionelle angav, at de ofte eller altid spurgte patienterne, mens 19 % af patienterne angav, at de ofte eller altid blev spurgt om det [71].

Man kan skelne mellem faglige, tekniske og sociale kompetencer. Faglige kompetencer vil ofte ligge i forlængelse af ens faglige basisuddannelse, mens tekniske kompetencer typisk er færdigheder, man har erhvervet i praksis. Endelig bunder de sociale kompetencer som udgangspunkt i den måde, man kommunikerer og agerer på, og de fleste kan tillære sig nye og/eller aflære sig sociale kompetencer [72].

Den sundhedsprofessionelle part i *Den afklarende samtale* har en formel kompetence i form af en autorisation inden for sit fag, fx sygepleje, fysioterapi, fysisk træning, ernæring og kostvejledning. Men det er ikke tilstrækkeligt med basale faglige kompetencer. Særlige sundhedspædagogiske, formidlingsmæssige og sociale kompetencer skal også være til stede. Med *Den afklarende samtale* lægges der op til, at den sundhedsprofessionelle skal udvise nysgerrighed, empati, høj faglighed vedrørende adfærd og motivation samt kommunikative færdigheder til at forstå, igangsætte og handle hensigtsmæssigt i relation til borgerens situation, præferencer og behov.

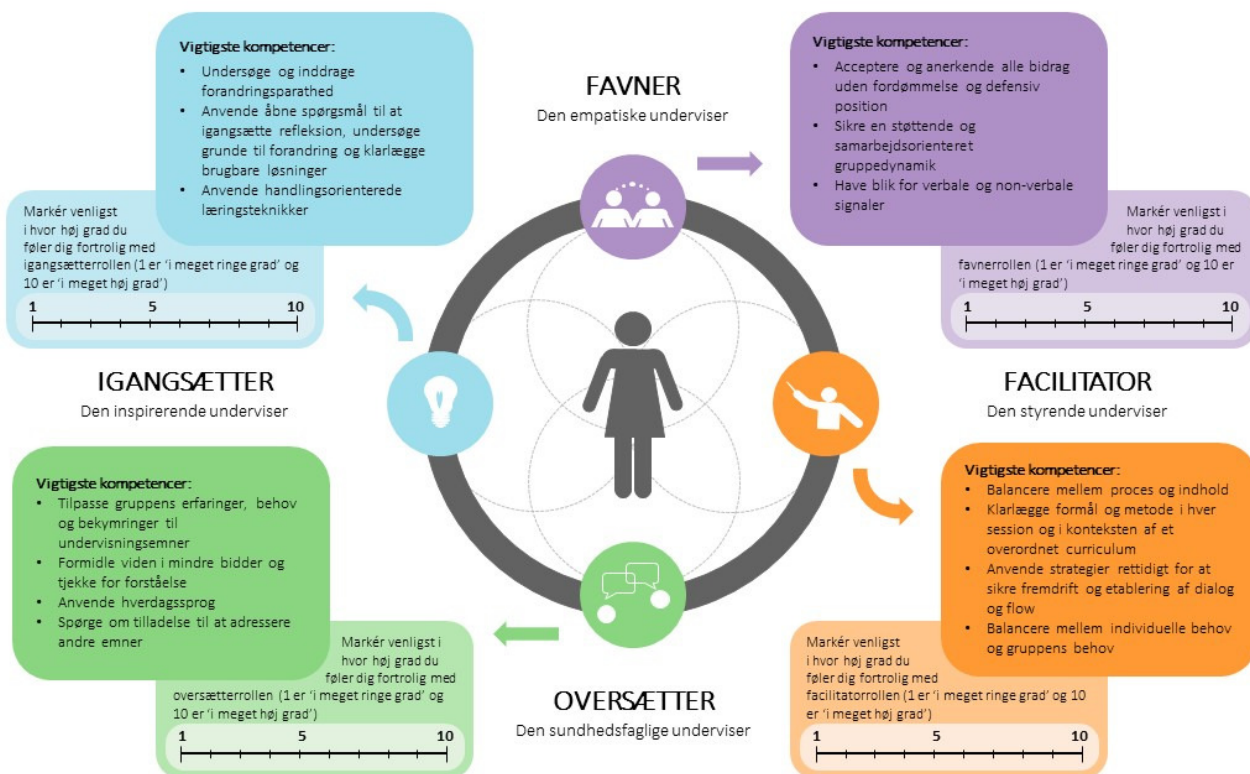
Kompetenceudvikling er den proces eller de aktiviteter, der støtter erhvervelsen af forskellige kompetencer. Kompetenceudvikling handler om læring og dermed om den proces, hvor det enkelte menneske omsætter information til viden og handling fx. i form af patient-centreret, individuel behovsvurdering og planlægning i *Den afklarende samtale*.

I projektet 'Patientuddannelse på tværs' i samarbejde med Region Syddanmark udviklede Steno Diabetes Center en model for sundhedspædagogisk kompetenceudvikling hos sundhedsprofessionelle: *Den sundhedspædagogiske jonglør* [73]. Modellen anskuer den sundhedsprofessionelle som en sundhedspædagogisk mediator, der skal kunne jonglere med fire forskellige roller:

- Favner: Den empatiske sundhedsprofessionelle
- Facilitator: Den styrende sundhedsprofessionelle
- Oversætter: Den faglige sundhedsprofessionelle
- Igangsætter: Den inspirerende sundhedsprofessionelle

Modellen er siden videreudviklet i regi af ph.d.-projektet *Person-centered methods in group-based diabetes education* [74], og er blevet omsat til et selvvrderingsværktøj for sundhedsprofessionelle til at identificere styrker og udviklingsbehov i kompetenceudviklingsforløb målrettet facilitering af gruppebaseret, person-centreret diabetesuddannelse (se figur 4).

VURDERING AF EGNE PROFESSIONELLE KOMPETENCER



Figur 4. Selvvurderingsværktøj til brug i kompetenceudvikling af person-centreret diabetesuddannelse [20]

Med afsæt i dette arbejde anbefaler ph.d.-afhandlingen:

- At kompetenceudviklingen tilrettelægges i et socialt læringsperspektiv, der tager afsæt i læring i *praksisfællesskaber*, hvor gruppen af sundhedsprofessionelle lærer sammen. I dette praksisfællesskab foregår dynamiske læreprocesser, hvor deltagerne får mulighed for at diskutere, reflektere og afprøve værktøjer og metoder med henblik på at beherske nye tilgange og forståelser. Erfaringsudveksling og erfaringsdannelsen er centralt for konsolidering af læreprocesserne og må ses som en kontinuerlig proces [75].
- At der etableres opfølgning med mulighed for supervision og løbende erfaringsudveksling bl.a. ved dannelse af lokale erfaringsudvekslings-grupper blandt de involverede kommunale sundhedsprofessionelle i *Den afklarende samtale*, hvor de sundhedsprofessionelle kan observere og give feedback til hinanden samt reflektere over udfordringer med nye roller og udveksle viden. Et Cochrane-review fra 2012 konkluderede, at audit og feedback fører til små, men potentielt vigtige forbedringer i professionel praksis [76].
- Både kompetenceudvikling og opfølgning kan benytte sundhedspædagogiske læringsmetoder, som fx rollespil, video-observationer med feedback centreret omkring lokal træning i de konkrete værktøjer.

International Association for Communication in Healthcare (EACH), har flere gode ressourcer til rådighed på deres hjemmeside. Alle ressourcer er peer-reviewed af medlemmer af tEACH committee:
<http://www.each.eu/teaching/resources/>

I implementeringen af ny kommunal praksis og i tilrettelæggelsen af kompetenceudvikling kan man hente inspiration fra fem udfordringer og barrierer identificeret i det engelske MAGIC programme [58]:

Udfordring 1: “Vi gør det allerede”

Udfordring 2: “Vi har ikke de rigtige værktøjer”

Udfordring 3: “Borgerne ønsker ikke fælles beslutningstagning”

Udfordring 4: “Hvordan kan vi måle om det virker?”

Udfordring 5: “Vi har for mange andre opgaver og prioriteringer”

Værktøjer

Et konglomerat af værktøjer, metoder og teknikker kan bringes i anvendelse til individualisering af rehabiliteringsforløbet i kommunalt regi for borgeren med T2D.

Med afsæt i KLS kortlægning [30] kan værktøjerne kategoriseres i følgende tre typer:

- *Samtaleværktøjer* – kendetegnet ved en eksplorativ tilgang. Samtaleværktøjerne er i udgangspunktet udforskende uden en fast form.
- *Spørgeskemaer* – kendetegnet ved præ-definerede spørgsmål og svarkategorier, fx vedrørende KRAM-faktorer og ICF-modellen. Spørgeskemaer rummer typisk stratificeringselementer i form af scoring for problemomfang, motivation og forandrings-parathed.
- *Fysiske tests* – kendetegnet ved objektive målinger af udvalgte bio-fysiologiske parametre, fx gangtest og HbA1c.

I nedenstående tabel beskrives udvalgte værktøjer indenfor hver af de tre typer. Alle redskaberne kræver specifikke kompetencer og træning ved anvendelse. Som et konkret eksempel kan nævnes, at sundhedsprofessionelle i Esbjerg Kommune, der arbejder med Esbjerg-modellen, får en sundhedscoach-uddannelse.

Tabel 3. Oversigt over de forskellige skabeloner og redskaber ift. værdier og værktøjer.

VÆRKTØJ	VÆRDIER	BESKRIVELSE
SAMTALEVÆRKTØJER		
<p>Roskildehjulet Beskrevet i [77]</p> 	<p>Erfaringsbaseret viden på tværs af sektorer</p> <p>Tværfaglighed</p> <p>Systematisk indsamling af viden</p>	<p>Papskive med seks fokusområder. Udviklet i samarbejde mellem Roskilde Kommune og Roskilde Sygehus til tidlig opsporing af tegn på sygdom eller svækkelse af en ældre borger: 'Psykisk-sociale', 'Medicin-indtagelse', 'Hverdagsaktiviteter', 'Hjemmet', 'Spise/drikke', 'Fysiske klager', som medarbejderen kan "dreje sig frem til", hvad man skal være særlig opmærksom på indenfor hvert fokusområde.</p> <p>Elektronisk udgave af hjulet findes.</p>
<p>Esbjerg-modellen (samtaleredskab) [32]</p>	<p>ICF (WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand).</p> <p>En systematisk model for koordinering med borgeren i centrum. Modellen skal understøtte en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, der aktivt inddrager borgerne i vurderingen af egne rehabiliteringsbehov og beslutninger om det aktuelle rehabiliteringsforløb.</p> <p>Salutogenese</p>	<p>Spørgeskema baseret på generiske ICF kategorier (GBCS 2011) på tværs af målgrupper og helbredstilstande. Anvendes til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos mennesker med kronisk sygdom.</p> <p>Samtalehjul – systematisk afdækning af borgerens oplevelse af egen mestring og handlekompetence (ressourcer vs. begrænsninger).</p>
SPØRGESKEMAER		
<p>SOC (Sense of Coherence) [78]</p>	<p>Antonovskys teori, som indeholder begreberne "begribelighed", "håndtérbarhed" og</p>	<p>Spørgeskema med henholdsvis 29 og 13 spørgsmål. Der findes også</p>

	<p>”meningsfuldhed”, og som er skabt ud fra en interesse for, ”hvad der gør og holder mennesker robuste, sunde og raske” (fysiske, psykiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer).</p>	<p>flere kortere spørgeskemavarianter af SOC.</p>
<p>GSE (General Self-Efficacy Scale)</p> <p>[79]</p>	<p>Social Cognitive Theory (Bandura).</p> <p>Self-efficacy forstås som patientens selvoplevede evne til at kunne gennemføre en specifik adfærd.</p>	<p>Spørgeskema med 10 spørgsmål omkring selvoplevet evne til at kunne gennemføre en specifik adfærd med mulighed for 4 graderede svar (not at all true – exactly true)</p>
<p>heiQ (Health Education Impact Questionnaire)</p> <p>[80]</p>	<p>Mestring af egen hverdag og sygdom måles med heiQ (Health Education Impact Questionnaire).</p>	<p>Spørgeskema designet til at måle effekten af patientuddannelsesprogrammer til mennesker med kronisk sygdom. Indeholder i alt 40 spørgsmål, som grupperes i otte domæner, der hver især beskriver et aspekt af mestring.</p>
<p>EQ5D (European Quality of Life – 5 dimensions)</p> <p>[81]</p> <p>[82]</p>	<p>EQ-5D er et ikke-sygdomsspecifikt instrument udviklet med henblik på at vurdere helbredsrelateret livskvalitet.</p>	<p>Spørgeskema med 26 spørgsmål vedrørende helbredsrelateret livskvalitet (helbredstilstand i dag) – berører områderne ”bevægelighed”, ”personlig pleje”, ”sædvanlige aktiviteter”, ”smerter/ubehag”, ”angst/depression” og en scoring fra 0-100 på spørgsmålet ”..hvor godt eller dårligt er dit helbred i dag?”</p>
<p>MoEva (Monitorering og Evaluering af patientuddannelse) [83]</p>	<p>Baseret på Sense of Coherence (Antonovsky).</p> <p>Teorier bag heiQ og SF12.</p>	<p>Værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.</p> <p>Opbygget i basismodul og to opfølgingsmoduler, der danner grundlag for en effektevaluering.</p>

		Standardiserede og validerede spørgsmål, som stilles ved hvert af de tre måletidspunkter (indeholder bl.a. SF12, heiQ).
WHO-5 (trivselsindeks) [31]	<p>Psykosomatisk tilgang til trivsel og mental sundhed</p> <p>Bio-psyko-social forståelse af sundhed.</p>	<p>Spørgeskema med 5 spørgsmål, som måler trivsel indenfor de sidste 2 uger.</p> <p>WHO-5 måler graden af positive oplevelser og kan anvendes som et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende (svarmuligheder med 6 gradueringer fra ”hele tiden” til ”på intet tidspunkt” på fx spørgsmålet: ”I de sidste to uger har jeg været glad og i godt humør...?)</p>
SF-12 (the 12-item Short Form Health Survey) [84]	<p>SF-12 står for Short Form og består af 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger.</p> <p>Der beregnes en samlet score for to generelle helbredskomponenter, hhv. en fysisk (Physical Component Summary – PCS) og en mental helbredskomponent (Mental Component Summary – MCS).</p>	<p>Et spørgeskema om selvoplevet helbredstilstand. Oplysningerne skal give et overblik over, ”hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål”</p>
FYSISKE TESTS		
Rejse-sætte-sig-test	<p>Biomekanisk model.</p> <p>Fysisk funktionstest, som er en enkelt af i alt 7 fysiske funktionstest fra ”Senior Fitness Testen”, som måler fysisk formåen hos ældre (styrke i ben og arme, kondition, adræthed og smidighed).</p>	<p>Fysisk test, som måler, hvor mange gange en person på 30 sekunder kan nå at rejse sig fra og sætte sig på en stol.</p>

Gangtest	Biomekanisk model	<p>Der findes flere forskellige gangtest. En ofte benyttet gangtest er 6 minutters gangtest, som er mest velegnet til svage personer (fx. patienter eller ældre), og som måler, hvor langt en person kan gå på 6 minutter. Testen bruges til at vurdere udvikling af fysisk funktionsniveau over tid.</p> <p>Derudover kan man bruge testen som sammenligningsgrundlag, så den tilbagelagte distance holdes op imod normalværdier for en tilsvarende rask aldersklasse.</p>
RM-test (Repetition Maximum)	Biomekanisk model	<p>Anvendes som muskelstyrketest og til at vurdere belastning under træning (1RM angiver, hvor stor en vægt, der kan løftes, når man kun skal klare 1 gentagelse før udmattelse, 8RM angiver, hvor stor en vægt, der kan løftes, når man skal kunne klare netop 8 gentagelser før udmattelse).</p>

Faldgruber i Den afklarende samtale

Der er fundet en begrænset mængde litteratur om, hvad der virker i forhold til at sikre individuel behovsvurdering, men litteraturen rummer indikationer på, hvad der *ikke* virker. Det følgende afsnit fremhæver fem faldgruber ved *Den afklarende samtale*, som er med til at danne baggrunden for vores anbefalinger til brug af behovsvurderingsværktøjer:

Mentale genveje og stereotype kategoriseringer

Mentale genveje og stereotype kategoriseringer kan spænde ben for behovsvurderingen i *Den afklarende samtale*, hvis den sundhedsprofessionelle fx lader en persons sociale karakteristika (alder, køn, etnicitet, uddannelse) være bestemmende for vurderingen af personens behov [85-87]. Dette fænomen er fundet i et norsk studie, som viser, at sundhedsprofessionelle altid er forudindtagede i mødet med en patient [88]. Denne 'casting' i bestemte typer risikerer at stå i vejen for, at man får øje på tvetydighed eller ambivalens. I en hverdag med tidsstyring og stramme retningslinjer er mentale genveje og stereotype kategoriseringer et nødvendigt redskab, men med *Den afklarende samtale* lægger Sundhedsstyrelsen op til et åbent møde med tid og plads til at afklare den enkelte persons behov og ønsker.

Sproglige fejlskud

Sodemann kalder det gråzonesprog, når simple fagudtryk og professionelle vendinger, som fx 'forebyggende', 'fedme', 'kontrol' og 'BMI', bruges uden forklaring [85]. I kontekst af *Den afklarende samtale* kan det være ord som 'indsats', 'forebyggende tilbud', 'rehabilitering' og 'afsluttet', men også selve betegnelsen 'Den afklarende samtale' kræver oversættelse og præcisering for borgerne.

Den afklarende samtale bærer bestemte forventninger og forestillinger med sig afhængigt af, hvordan man forstår ordet "afklaring". Afklaring for hvem – den sundhedsprofessionelle eller borgeren? Afklaring til hvad – til livet med T2D? Til at påbegynde et kommunalt rehabiliteringsforløb? Eller til at gå ud af døren? Afklaring hvornår – er man nødvendigvis afklaret efter en samtale på 1 time?

Apparatfejlsmodel

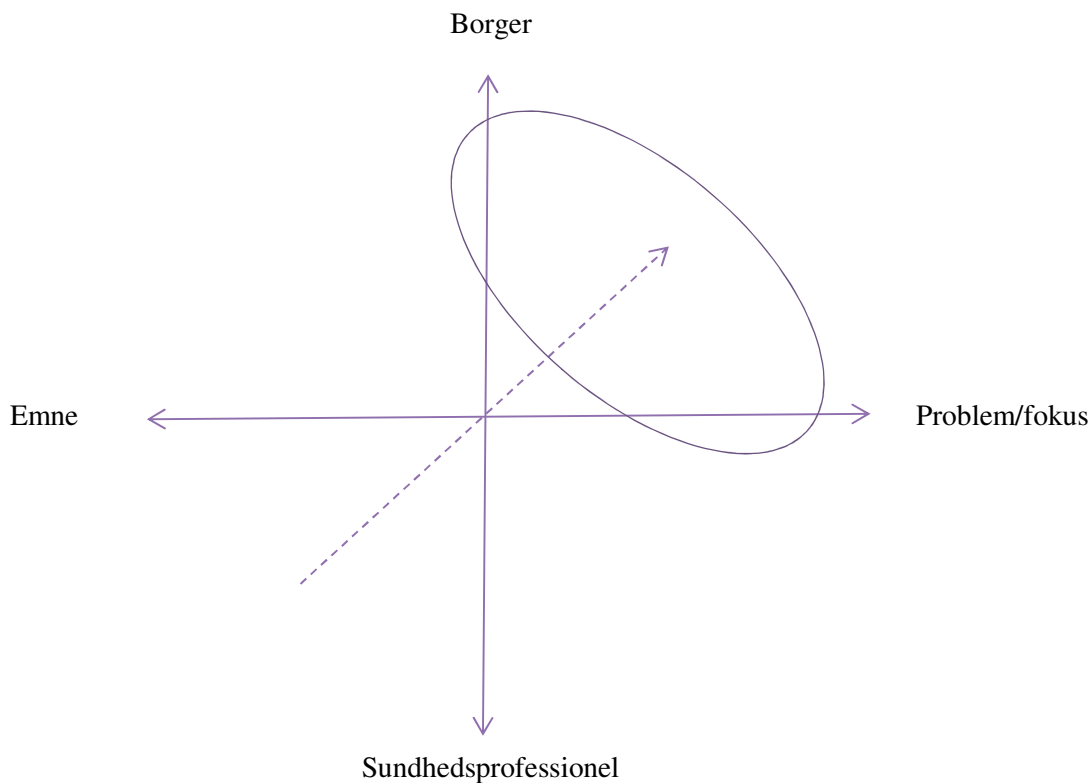
De fleste sundhedsprofessionelle er socialiseret til den biomedicinske apparatfejlsmodel [89], og ICF udgør ryggraden i *Den afklarende samtale* [2]. På trods af dens iboende helhedstankegang er ICF blevet kritiseret for ikke i tilstrækkelig grad at inddrage subjektive perspektiver på sygdom og hverdagsliv, og kritikerne peger på behovet for at inddrage redskaber eller arbejdsmetoder, der indkredser borgerens perspektiv i planlægning af rehabiliteringsforløb [90] – uden dog at anvise konkrete redskaber eller metoder.

Der er således risiko for, at den sundhedsprofessionelle fokuserer på borgerens problemer, udfordringer og begrænsninger frem for det, der giver borgeren livskvalitet, styrke og mening.

Ekspertstyret samtale

Der er risiko for, at samtalen bliver (for) ekspertstyret og ikke i tilstrækkelig grad tager afsæt i det, der er vigtigt og betydningsfuldt for borgeren, men i højere grad, hvad den professionelle tror, er vigtigt. Figuren nedenfor illustrerer, hvordan mødet mellem borger og sundhedsprofessionel kan være mere eller mindre styret af borgerens eller den sundhedsprofessionelles agenda, og at samtalen kan tage mere eller mindre afsæt i forudbestemte emner (af den sundhedsprofessionelle) eller aktuelle problemer (af borgeren). For at

realisere intentionen bag *Den afklarende samtale* kan samtalen med fordel flytte fokus fra den sundhedsprofessionelle til borgeren og fra forudbestemte emner til aktuelle problemstillinger og behov.



Figur 5. Fra ekspertstyret til borgercentreret samtale [91]

Selvom der er forholdsvis stærk dokumentation for, at det at sætte mål kan være med til at påvirke sundhedsadfærd i positiv retning, fx [10], kan det diskuteres, om målsætning bør være en del af *Den afklarende samtale* og i givet fald hvordan.

Et nyere studie fra Australien har vist, hvordan det at sætte mål i samtalen mellem en sundhedsprofessionel og en borger med kronisk sygdom afhænger af involveringsgraden og interaktionen mellem sundhedsprofessionel og borger. Forfatterne skelner mellem tre former for interaktion [92]:

- *Kontrolleret interaktion*, hvor den sundhedsprofessionelle beslutter borgerens mål baseret på biomedicinske standarder, og hvor målene formidles, som noget borgeren skal gøre.
- *Begrænset interaktion*, hvor borgeren inviteres til at formulere mål, men det er den sundhedsprofessionelles sprog og spørgsmål, som toner målene i biomedicinsk retning.
- *Fleksibel interaktion*, hvor både borger og sundhedsprofessionel bidrager til at formulere mål, og hvor den sundhedsprofessionelle orienterer sig mere åbent mod borgerens ønsker og værdier.

I litteraturen er der begyndende evidens for betydningen af deltagelse og involvering af deltagerne i patientuddannelse. Cooper et al. finder fx., at der er størst effekt af uddannelse, der baserer sig på social learning-teknikker, mens tilgange der baserer sig på *top-down*-metoder, har mindst sandsynlighed for at skabe effekt [93]. I overensstemmelse hermed viser et randomiseret studie, [94], at jo mindre underviseren taler, desto større er sandsynligheden for at deltagerne mener, at de kan håndtere deres diabetes.

Effekten af målsætning på diabetes egenomsorg er undersøgt i begrænset omfang. I en meta-analyse fandt Fredrix et al., at målsætningsfokuserede interventioner har en gavnlig effekt på blodsukkerniveauet (HbA1c) blandt personer med diabetes. Målsætning havde umiddelbart ingen effekt på andre diabetesrelaterede udfald, herunder kropsvægt, psykosociale udfald (self-efficacy og livskvalitet), adfærdsændringer (fysisk aktivitet) og blodsukkermåling. Meta-analysen er dog baseret på få studier, hvilket kan forklare den svage eller manglende effekt. Det er således ikke klart, om det er hensigtsmæssigt at introducere målsætning (allerede) i *Den afklarende samtale* [95].

Det er velbelyst, at der er begrænset støtte og muligheder for at udvikle personcentrerede kommunikationsfærdigheder hos sundhedsprofessionelle [23, 96]. Brug af værktøjer til at sætte borgeren i centrum for samtalen kan medvirke til at flytte fokus i retning af det, der er relevant for borgeren (se figur 5) [41, 63, 97-99].

Instrumentalisering af samtalerne

Selvom værktøjer kan være nyttige, er der risiko for instrumentalisering af samtalerne, hvor værktøjer og teknikker i (for) høj grad kommer til at fungere som forskrifter for, hvad den sundhedsprofessionelle kan gøre for at håndtere de situationer, han eller hun befinder sig i [100]. Af samme grund er det vores anbefaling, at værktøjerne ses som det ene af tre elementer, hvor de andre to vedrører kompetencer og værdier, se figur 3.

Anbefalinger

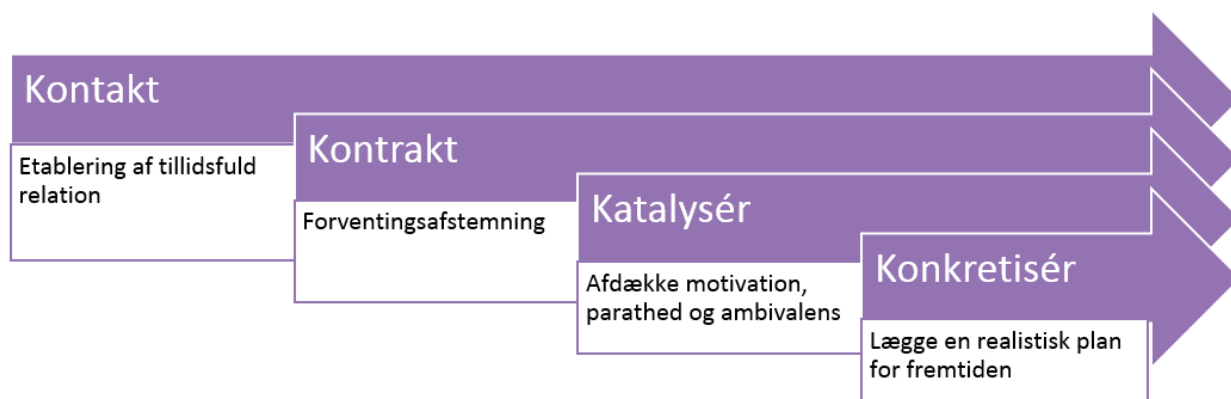
Som det fremgår af KLS spørgeskemaundersøgelse [30] og af de udvalgte eksempler sidst i rapporten, findes der en mængde forskellige værktøjer, metoder og programmer i den kommunale praksis med mere eller mindre stærk dokumentation for effekt.

Vi mener ikke, at der er basis for at anbefale én bestemt model eller metode. Et værktøj er netop blot et værktøj, og det er derfor principperne og værdierne bag tilgangen og de sundhedsprofessionelles kompetencer til at anvende værktøjet i overensstemmelse med disse principper og værdier, der bestemmer, hvordan værktøjet anvendes. Det er vores anbefaling, at de foreslåede principper anvendes som rettesnor for udvikling og afprøvning af konkrete initiativer, værktøjer og metoder til behovsvurdering i den lokale setting, og at der på den måde lægges op til kontekstafhængig variation og fortolkning lokalt, tilpasset forskellige målgrupper og sundhedsprofessionelle med forskellige styrker og erfaringer. Hermed sigter vi mod, at den kommunale rehabiliteringspraksis skal være standardiseret efter *funktion* – hvad vil man opnå med Den afklarende samtale? – og ikke efter indhold [101-102].

Forløbet i *Den afklarende samtale* kan overordnet ses som en proces, som starter med et møde mellem en kommunal sundhedsprofessionel og en borger, og optimalt slutter med et ønske og mål hos borgeren om at ville starte en forandring hen imod at opnå øget sundhed i et samarbejde mellem borgeren og kommunen. Samtalen skal først og fremmest sikre, at der bliver skabt et tillidsfuldt rum og en tillidsfuld relation, hvor borgeren (under samtalen) har lyst til og mulighed for at fortælle den sundhedsprofessionelle om det, som ligger borgeren mest på sinde i forhold til *Den afklarende samtales* formål – og at den sundhedsprofessionelle har lyst til og mulighed for at samarbejde med borgeren om et forløb i kommunen, hvor borgerens styrker, problemer og præferencer indgår i planlægningen.

Psykologen Nanna R. Lang har opsat en model (se figur 6) for processerne i den motiverende samtale. Modellen fremhæver samtals vigtige milepæle: Kontakt, kontrakt (mål for samtalen), katalyse (frembring forandringsudsagn) og konkretisering (planlægge forandringen).

Inden for rammerne af de **tre virksomme ingredienser** [10] [58] (værdier, kompetencer og værktøjer) og Nanna R. Langs model præsenterer vi **tre tværgående principper** for *Den afklarende samtale* identificeret med afsæt i den videnskabelige litteratur. Principperne er tværgående i den forstand, at de afspejles i både værdier, teorier og værktøjer (se figur 7).



Figur 6. Nanna R. Langs model for processerne i den motiverende samtale [103].

Forskellige borgere vil have vidt forskellige forudsætninger og motiver for enten at ville (eller ikke ville) gå i gang med at ændre sundhedsvaner og lære at håndtere kronisk sygdom, hvilket stiller forskellige krav til den sundhedsprofessionelle, som skal forestå *Den afklarende samtale*. Tidligere positive erfaringer med rehabilitering kan måske gøre, at én borger allerede i starten af samtalen efterspørger konkrete behandlingstilbud, mens en anden borger kan have flere mislykkede rehabiliteringsforsøg bag sig og derfor fremstår mere skeptisk eller modløs.



Figur 7. Model for processerne i *Den afklarende samtale*. Frit efter Nanna R. Lang⁷

Princip #1: Hvad er vigtigt for borgeren?

Fokus på borgerens ressourcer og livskvalitet

Dette princip sigter mod afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren: Hvem er borgeren? Hvordan er borgerens situation: hverdag, udfordringer, erfaringer?

Den biomedicinske apparatfejlsmodel dominerer fortsat mange rehabiliteringsaktiviteter, herunder også ICF. I modsætning til et fokus på mangler og problemer anbefaler vi, at man især tænker i baner af ressourcer og livskvalitet, når man i *Den afklarende samtale* undersøger, hvad der er vigtigt for borgeren.

Princippet tager afsæt i et bredt sundhedsbegreb frem for et mere smalt KRAM-baseret sundhedsbegreb. For mange borgere er der andre, vigtigere hensyn end sundhed, fx hverdagsliv, arbejdsliv, identitet, fritidsinteresser og familie. Denne bevægelse fra sygelighed til livskvalitet kommer blandt andet til udtryk i den positive psykologi, fx [62], og specifikt for diabetes i teorien om diabetes empowerment [59]. En række nyere publikationer betoner betydningen af positiv og personcentreret sprogbrug [104], [105],[106], senest fra den engelske diabetesforening Diabetes UK [107]. Se tabellen nedenfor for nogle eksempel på uhensigtsmæssig sprogbrug og forslag til alternativer.

⁷ Eksempler på værktøjer stammer fra blandt andet Steno Diabetes Center Copenhagen og Esbjerg Kommune.

Tabel 4. Med inspiration fra den australske diabetesforenings position statement 'A new language for diabetes' [104].

Undgå	Brug i stedet	Begrundelse
Diabetiker Patient	Person med diabetes	Når man bruger betegnelsen 'diabetiker' om en person, bliver diabetes den definerende faktor ved personen. 'Patient' er også misvisende i kommunal rehabiliteringssammenhæng, hvor man først og fremmest er et menneske eller en borger med præferencer, behov og hverdagsliv, der rækker ud over sygdommen.
Dårlig/god kontrol Dårlig/god regulering	Stabilt/optimalt blodsukkerniveau Højt/lavt blodsukkerniveau	Når man bruger betegnelsen 'god' eller 'dårlig' kontrol, afgiver man en moralsk dom om personens opførsel som værende god eller dårlig. Den form for kritik og domsfældelse er uhensigtsmæssig og urimelig, da en lang række faktorer, også udenfor personens kontrol, påvirker blodsukkerreguleringen.
Du bør/bør ikke Du er nødt til Du skal/skal ikke	Du kan overveje Du kan prøve	Personen er ekspert i sin egen sygdom, og hvis man bruger ord som: 'du bør' og 'du skal', antyder man, at man selv ved bedre end personen. I stedet er det hensigtsmæssigt at betone valgmuligheder og respektere personens frihed og ansvar.

Den amerikanske diabetesaktivist Riva Greenberg, som selv har diabetes, er eksponent for et "nyt" mind-set, som hun kalder *The flourishing mindset*, som tager afsæt i de positive oplevelser og erfaringer, folk bringer med sig, og bygger videre på dem [108]. Fremfor at fokusere på sygdommen og på fejlretning anbefaler hun, at man fokuserer på patientens livskontekst og på de aspekter, der fungerer godt. Se eksemplerne nedenfor.

Table 1. Comparison of Coping and Flourishing Treatment Strategies

Treatment Characteristics	Coping Mindset	Flourishing Mindset
Approach	Cope and repair	Design and build on what is already working
Goal	Come up to "normal"	Go beyond "normal" and flourish physically and psychologically
Direction	Avoid what you <i>don't</i> want	Move toward what you do want
Focus	The disease, what is going wrong, and corrective actions	The patient in personal life context, what is going well, and building on successes
Health care provider-patient relationship	Health care provider is the expert and decides, tells, and explains what the patient should do	Health care provider and patient are both experts who leverage each other's strengths to co-design a way forward
View of diabetes and impact on one's life	A burden that one must fight/battle/overcome and that makes life smaller/limiting	Bestows benefits, integrates into one's life, and makes life bigger/possibilities

Tips for Working From a Flourishing Mindset

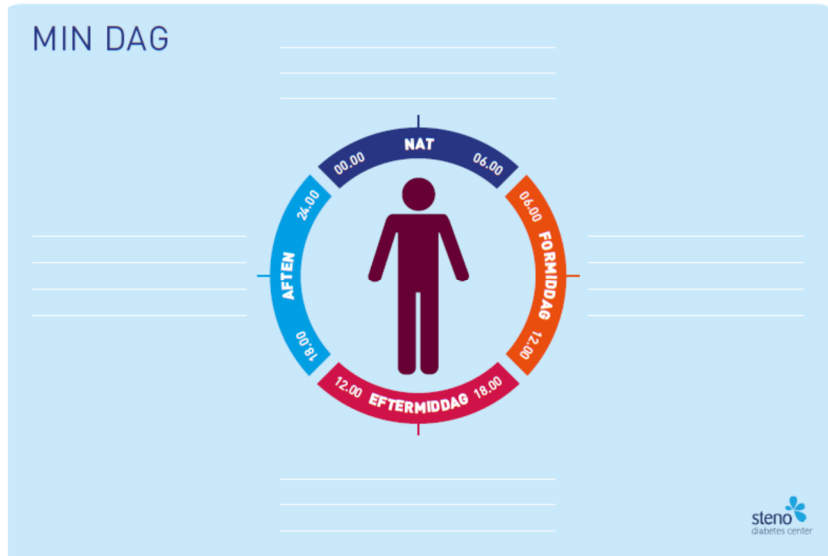
1. Begin each session asking, "What's improved since we last met?" This encourages the patient to reflect on successes, thereby guiding the visit in a positive direction.
2. Ask the patient to share a challenge or difficult life event and describe the steps he or she took to overcome it. Listen for strengths that were used, provide congratulations, and ask, "How can you use these strengths to help improve your diabetes management?"
3. When looking at a patient's logbook or discussing proposed nutrition interventions, focus on what he or she is doing well, such as blood glucose numbers that are in range or the two vegetables a week he or she does eat. Ask "How did you do this?" and "What can you do to make this happen more often?"
4. Provide patients with suggested areas where improvement is needed and ask them to identify areas of focus and goal setting. Patients are more likely to be successful when they feel ownership for the goal. Discuss ideas for improvement and encourage the patient to implement one or two of them. Even if the selected approach(es) is/are not successful initially, the patient is more likely to engage in alternative approaches and future recommendations by the health care provider, if given the opportunity to choose.
5. Be present, attentive, and mindful in your visit with a patient. Show genuine curiosity and interest. As is often quoted in medicine, "Patients don't care how much you know until they know how much you care."

Figur 8. Eksempler af The Flourishing Mindset [108]

For at få indsigt i, hvad der er vigtigt for borgeren, må den sundhedsprofessionelle etablere et fælles refleksionsrum med borgeren, så borger og professionel ikke sidder med hver deres isolerede tankesæt [109].

Eksempler på metoder og værktøjer der understøtter princip #1 og etablering af et fælles refleksionsrum:

- Værktøjet *Min dag* fra Steno Diabetes Center Copenhagen [110]



Figur 9. Min Dag

- Grundspørgsmål i narrativ medicin:
 - Hvad er det vigtigste ved din situation, jeg som sundhedsprofessionel skal vide?
 - På en skala fra 0 til 10, hvor tæt er du på at leve det liv, du gerne vil med T2D?

Princip #2: Hvad er borgeren motiveret for?

Fokus på borgerens parathed

Dette princip sigter mod at afdække borgerens parathed til at ændre vaner, herunder borgerens accept af sin sygdom: Hvordan har borgeren det med sin(e) sygdom(me)? Er borgeren parat til at ændre vaner? Er borgeren ambivalent?

Princippet tager afsæt i tanker formuleret af den canadiske adfærdspsykolog Michael Vallis omkring parathed til forandring. Ifølge Vallis er følgende egenskaber og kompetencer hos sundhedsprofessionelle vigtige for at styrke samarbejde og empowerment hos borgeren [111]:

- At forstå sundhedsadfærd som et komplekst fænomen
- At afstå fra 'teach and tell'
- At have gehør for ambivalens
- At mestre motiverende kommunikationsteknikker, fx aktiv lytning, spejling, værdiklargøringsrespons
- At anlægge en empatisk, ikke-dømmende nysgerrighed [112].

Eksempler på metoder og værktøjer der understøtter princip #2:

Parathed til forandring er et opmærksomhedspunkt flere steder. I Esbjerg Kommune har man udviklet værktøjet 'Lyskurven', som er en brugerinddragende stratificeringsmodel, hvor borgeren vurderer sig selv i forhold til lyskurvens farver (figur 10).



Figur 10. Lyskurven fra Esbjerg Kommune [32]

Princip #3: Hvordan støttes borgeren bedst ift. princip #1 og #2?

Fokus på borgerens hele livssituation

Dette princip sigter mod at afklare, hvordan man bedst kan støtte borgeren, baseret på, hvad der er vigtigt for borgeren (princip #1), og hvad borgeren er motiveret for (princip #2): Hvilke af kommunens eksisterende forebyggelsesydelse/rehabiliteringsydelser matcher borgerens behov og motivation? Hvilke andre muligheder er der for støtte til netop denne borger (i civilsamfundet, familien, lokalsamfundet)?

Mens de to første principper har mere generisk karakter, tager dette tredje princip form af den lokale kontekst. Vi fremhæver to opmærksomhedspunkter i forhold til sårbarhed blandt borgere med T2D; relationsdannelse og mænds sundhed.

Relationsdannelse

Ensamme mennesker har 50 % større risiko for tidlig død sammenlignet med mennesker med gode sociale relationer [113]. Samtidig ved vi, at mænd har større ophobning af risikofaktorer og højere sygelighed og dødelighed sammenlignet med kvinder [114]. Af den grund er der belæg for, at man i *Den afklarende samtale* fokuserer på relationsdannelse, særligt når det gælder mænds sundhed, i tilrettelæggelsen af rehabiliterende ydelser.

”Her peger meget på, at særligt de kortuddannede mænds behov ikke tidligere er blevet identificeret og tilgodeset. Det er derfor vigtigt at styrke de **relationelle kompetencer** i forhold til mandlige patienter. Det er altså ikke manden, der er noget galt med.” (Svend Aage Madsen i [115]).

Et dansk ph.d.-studie har sat fokus på barrierer for mandlige kræftpatienters deltagelse i kommunal rehabilitering [116] og konkluderer, at kræftrehabilitering for mænd bør fokusere på at bevare kontrol og normalitet.

Mænd og sundhedsopfattelser⁸

- Underforbrugere af forebyggende tiltag
- Sundhed er eget ansvar - egen sag
- Vil helst være fri for bekymring – egen og andres
- Vil ikke tage sorger på forskud
- Ser gerne på håbet – er optimistiske
- Vil ikke have moraliseren og formaninger
- Kortuddannede, arbejdsløse, single mænd og mænd med lav indkomst har få nære relationer til andre mennesker.

Et opfølgingsstudie blandt personer med T2D har undersøgt effekten af personligt tilpasset behandling sammenlignet med standardbehandling og fandt, at kvinderne i studiet opnåede 25 % lavere dødelighed sammenlignet med kvinder, som modtog standardbehandling, men at der ikke var effekt for mændene [117].

Ifølge psykolog og mandeforsker Svend Aage Madsen er den sociale kompetence *mentalisering* central for at se en patient eller borger som et individ og tage vedkommendes ønsker og holdninger alvorligt. Det indebærer at danne sig forestillinger om og forholde sig til, forstå og reflektere over mentale tilstande hos sig selv og andre. Herunder gælder det også, at man må forstå både egne og andres handlinger som grundet i de mentale tilstande [115].

Eksempler på metoder og værktøjer, der understøtter princip #3:

- Fodbold-fitness og gå-fodbold i Helsingør Kommune – et samarbejde mellem Snekkersten IF og Helsingør Rehabiliterings- og Træningscenter: Et tilbud henvendt til især mænd med lav kondition og balanceproblemer. Gå-fodbold er oprindeligt fra England (walking football), hvor det i 2011 blev introduceret, og nu er udbredt til mere end 800 klubber over hele landet⁹.

⁸ Slides fra Svend Aage Madsen, præsenteret på møde i nationalt netværk for sundhedspædagogik i patientuddannelse om mænds sundhed på Steno Diabetes Center Copenhagen, 7. marts 2018.

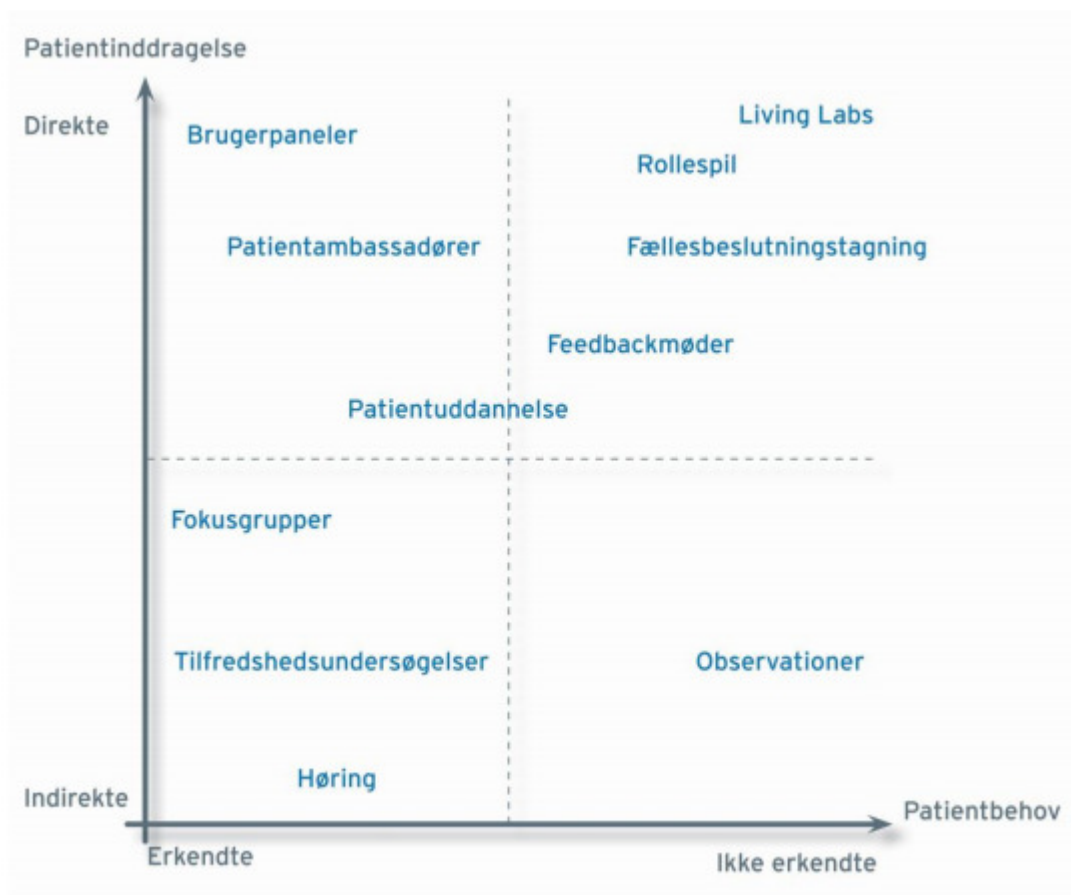
⁹ <https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiS86i7k4LaAhVDaFAKHyeVctgQFgg-MAI&url=https%3A%2F%2Fwww.theguardian.com%2Ffootball%2Fshortcuts%2F2016%2Foct%2F12%2Fwalking-football-rules-what-you-need-to-know-fa&usg=AOvVaw0OmyVR7iDDVtYYLhCgawiz>

Perspektivering

Andre metoder og værktøjer til behovsvurdering

Rapporten har fokuseret på behovsvurdering ved *Den afklarende samtale* i mødet mellem den enkelte borger og sundhedsprofessionelle. I dette afsnit breder vi perspektivet ud og diskuterer, hvordan behovsvurdering også kan tage andre former.

I et notat om patientinddragelse fra 2012, udarbejdet af Center for Kvalitet i Region Syddanmark, anskueliggøres forskellige metoder til afdækning af patienters behov, ønsker og viden i nedenstående matrix for brugerdreven innovation (figur 11).



Figur 11. Matrix for brugerdreven innovation [118]

Den horisontale linje viser et kontinuum over patienters hhv. erkendte og ikke-erkendte behov, mens den vertikale linje viser et kontinuum over hhv. indirekte og direkte patientinddragelse.

Vi bruger modellen her til at minde om, at værktøjer og metoder til behovsvurdering for rehabilitering ikke nødvendigvis skal afgrænses til *Den afklarende samtale* mellem én patient og én sundhedsprofessionel, men også kan tage andre former fx workshops med grupper af borgere med henblik på at udvikle og tilpasse *Den afklarende samtale* til den lokale kontekst.

Udvalgte eksempler

Eksempel	Beskrivelse
Kommunalt startsamtalekoncept fra Esbjerg – 'Esbjerg-modellen' med fokus på ICF-komponenter	<p>Et eksempel på et omfattende koncept og guide for startsamtale med mennesker med kronisk sygdom.</p> <p>Sundheds- og omsorgsforvaltningen i Esbjerg Kommune har siden 2010 arbejdet med at udvikle en systematisk model for koordination med borgeren i centrum (Esbjerg-modellen). Modellen skal understøtte en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, der aktivt inddrager borgerne i vurderingen af egne rehabiliteringsbehov og beslutningerne om det aktuelle rehabiliteringsforløb. Målet er således, at den enkelte borger får støtte i at mestre eget liv med afsæt i en præcis vurdering af de aktuelle behov, samt at borgeren gives ressourcer og kompetencer til at håndtere livet med funktionsnedsættelse. Esbjerg-modellen er udviklet over flere år, og den udmærker sig ved, at der både er udviklet konkrete værktøjer til individuel borgerinddragelse og en organisering og ledelsesstrategi, der understøtter medarbejdernes daglige anvendelse af redskaberne [32].</p> <p>Alle sundhedsprofessionelle i Esbjerg Kommune deltager i uddannelsen til sundhedscoach og får dermed del i et fælles sprog og den røde tråd i Esbjerg-modellen.</p> <p>Behovsvurderingsredskab til brug ved startsamtales: Generic Brief Core Set (2011) og samtalehjul med hjælpekort.</p>

Behovsvurderingsredskab ICF-klassifikation BCS 2013

Spørgeskema og
Samtalehjul sendes ud
som forberedelse inden
start samtalen

MarselisborgCentret er
december 2014 blevet
færdige med at linke og
validere udsagnene til
ICF-koderne i BCS 2013

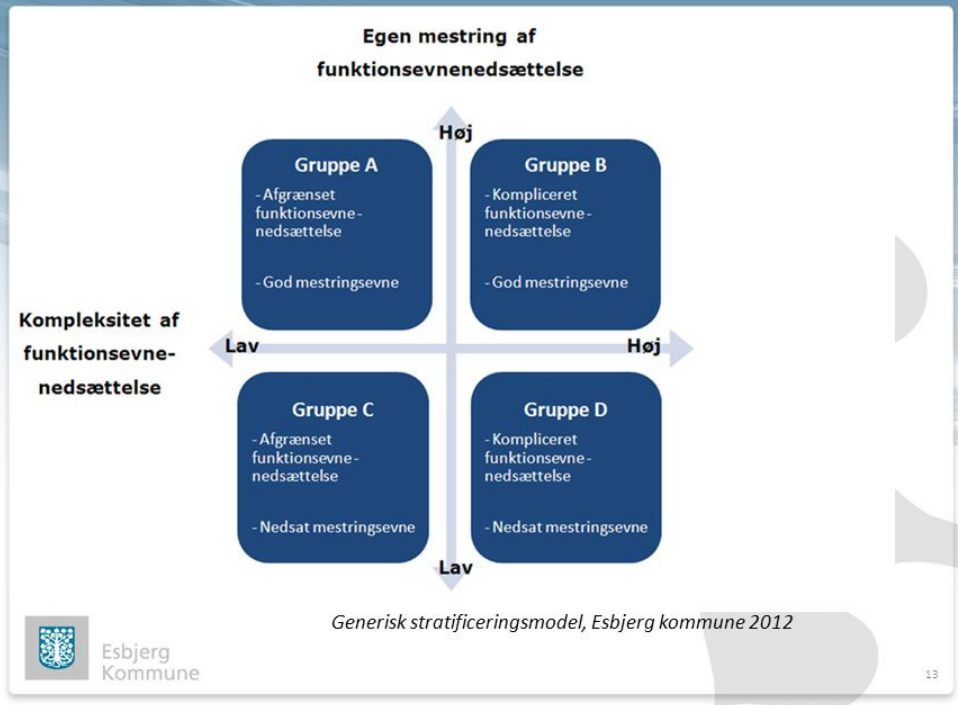
Spørgeskema til afdækning af rehabiliteringsbehov
linket til ICF Brief Code Set (2013)

NOTAT



Samtalehjulet og de medfølgende hjælpekort adresserer komponenterne i ICF og understøtter en stratificeringsmodel med variablene Funktionsevnenedsættelse (høj vs. lav) og Mestringsevne (høj vs. lav).

ICF - stratificeringsmodel



Patientsamtaler med checklister i Medical Centre, Lucerne, Schweiz.

Medarbejderne i en rehabiliteringsenhed i Lucerne, Schweiz har implementeret ICF i form af checklister for hver af ICF's komponenter og oplevede at checklisterne hjalp dem til at sikre at patientsamtalerne, og den efterfølgende rehabiliteringsplan, tog mere udgangspunkt i patienternes ønsker og behov [119].

Eksistenslaboratoriet [100]

Et eksempel på hvordan man taler man om eksistens og åndelighed med strukturelle barrierer og i en travl klinisk hverdag. Et kompetenceudviklingsprogram med fokus på at håndtere svære samtaler om død og angst under tidspres. Den sundhedsprofessionelle bruger sig selv som redskab.

Introduceret til hele Region Hovedstaden.

<p>Socialt differentieret hjerterehabilitering – Region Midtjylland</p>	<p>Et ældre dansk studie [120] har vist, at socialt udsatte hjertepatienter (i lige så høj grad som de ikke-socialt udsatte hjertepatienter) kan blive rekrutteret til, deltage i samt gennemføre et hjerterehabiliteringsforløb med lige gode resultater. Metoden i undersøgelsen var bl.a. at foretage en systematisk screening ud fra socialt netværk og uddannelsesniveau og derudover at tilstræbe en høj grad af sammenhæng i behandlingsforløbet hos læge, sygeplejerske, diætist eller anden behandler, såvel i den akutte fase under indlæggelse til op til et år efter behandlingsopstart (i hospitalsregi, hos egen læge, i Hjerteforeningens hjertecenter, på lokalcenter eller eventuelt i patientens eget hjem). Der var i studiet lagt stor vægt på at få patientens oplevelser, ønsker, færdigheder og mulighed for opbakning frem under samtalen med den sundhedsprofessionelle i forhold til at nå motionsmål, kostmål etc. Studiet viste, at patienter i socialt differentieret hjerterehabilitering, sammenlignet med en historisk kontrolgruppe, havde signifikant færre genindlæggelser på grund af ny blodprop i hjertet og dødsfald.</p> <p>Et eksempel på et samlet socialt differentieret koncept for hjerterehabilitering hvor differentieringen baserer sig på screening for at leve uden partner og have lav uddannelse. Overført til den afklarende samtale kan det være nyttigt at afdække relationer og netværk, fx med brug af et særligt værktøj og i forhold til at tænke i at henvise personen til gruppehold.</p>
<p>What matters to you?</p>	<p>I en artikel fra 2012 i <i>New England Journal of Medicine</i> introducerede Michael Barry og Susan Edgman-Levitan konceptet med at spørge, "What matters to you?" (Hvad betyder noget/dette for dig), som et spørgsmål, der skulle supplere lægens vanlige spørgsmål ("What is the matter with you?" /Hvad er der i vejen med dig) [121]. Det blev foreslået i forbindelse med indførelsen af ideen om fælles beslutningstagning med patienter. Ambitionen var at øge klinikernes bevidsthed om de problemer, der var vigtige for patienterne i deres liv, i forsøget på at skabe bedre tilpassede og holdbare behandlingsplaner i samarbejde med patienten.</p> <p>Et eksempel på bevægelsen fra psychopathology (what is the matter with you) til quality of life (what matters to you)</p>
<p>Indvandrermedicinsk klinik [115]</p>	<p>I forhold til at målrette indsatsen mod sårbare patienter arbejder indvandrermedicinsk klinik dels med en række metoder til at "gå ind i patientens liv", dels med nogle enkle måder at tale om symptomer og sygdom, som er beskrevet nærmere nedenfor.</p> <p>Tema Opgaver og spørgsmål</p> <p>Patientens baggrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livshistorien • Problemlisten

- Familietræ: Beskriv din familie og dit netværk
- Centrale begivenheder, traumer, oplevelser
- Misbrug
- Hvad har bragt patienten ud af kurs?
- Hvilke forstyrrelser har der været i patientens liv?
- Hvilke faktorer komplicerer patientens liv (se også social co-morbiditet)
- Stor social diskordans mellem læge og patient kan formindskes ved hjemmebesøg

Patientens selvopfattelse

- Patientens selvforståelse (skyld, skam, isolation, auto-stigmatisering, udsathed, sårbarhed, årsager)
- Selvbedrag, irrationalitet, misforståelser, fordomme
- Locus of control, introvert/ekstrovert
- Katastrofe-gøring?
- Kontraproduktive ideer om sygdom og inkapacitet?
- Måling af patientens stress niveau
- Individuelle og kollektive patient stresspunkter
- Misforståelser? Fejlopfattelser?
- Kommer patienten med skjulte prøveballoner?
- Tvetydigheder italesættes

Patientens symptomer

- Hvad betyder symptomerne for patienten?
- Har patienten drøftet sine symptomer med andre – hvad var reaktionen fra dem der kender patienten godt?
- Det der ikke kan forklares kan evt. vises (billeder) eller tegnes
- Søvn mønster
- Tankemylder, tankekontrol
- Selvoplevet alder
- Tidshorisont/tidsopfattelse
- Abnorm træthed
- Kronisk sorg/melankoli?

Livet med sygdom

- Kortlægning af patientens skjulte sygdoms- og behandlingsbyrder
- Skjulte barrierer (sociale, psykiske, økonomiske)
- Patientens præferencer ift. diagnose, behandling og rehabilitering
- Er der social co-morbiditet?

Patient inddragelse

- Hvordan og på hvilke områder vil patienten inddrages
- Hvad er vigtigst for patienten?
- Vil patienten "bare fixes"?

Prioritering & fælles strategi

- Hvad er problemet – og hvad gør det ved patienten?
- Hvad vil patienten helst have hjælp til?

Tillid og kontakt

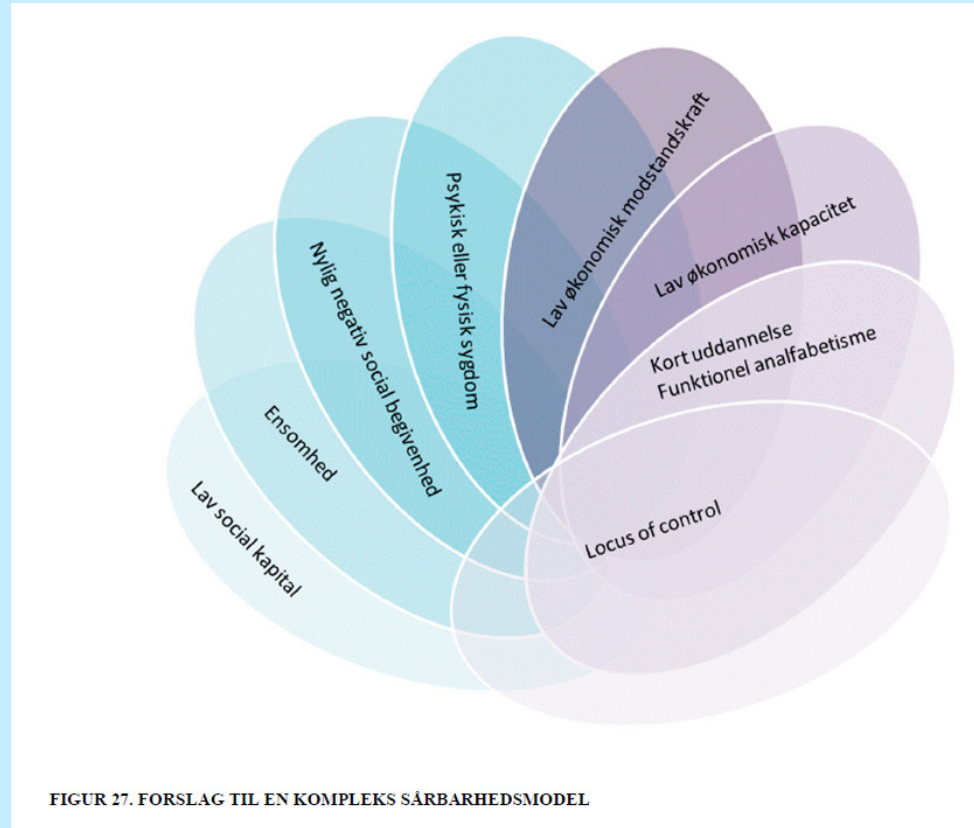
- Er der noget i situationen, patienten er bange for?
- Har patienten tillid til lægen?
- Tror patienten på diagnosen?
- Tror patienten på, at behandlingen kommer til at virke?

Det fælles produkt

- En fælles udtømmende problemliste
- Navn og aktion på alle problemer
- En prioriteret opgaveliste
- Er der noget, jeg har overset?
- Er der noget, patienten finder vigtigt men ikke tør tale om?
- En kontrakt om opgavefordeling og mål
- Aftale om revision og evaluering

**Kompleks
sårbarhedsmodel [115]**

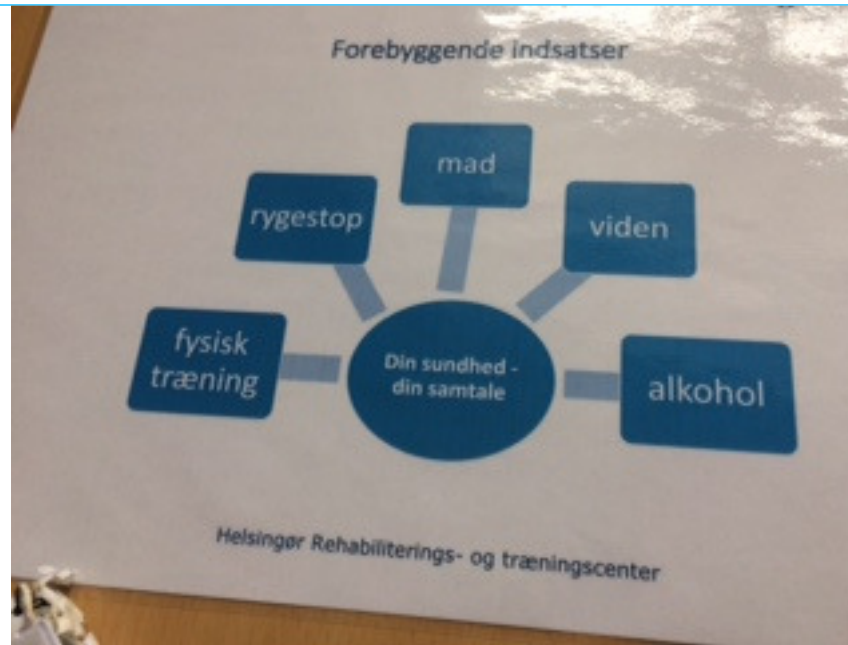
Morten Sodemann fra Indvandrermedicinsk klinik foreslår nedenstående komplekse sårbarhedsmodel, som giver et godt billede af de store variationer, der kan være i sårbarhed i løbet af et liv, og hvordan forskellige dimensioner kan føre til sårbarhed.



**Helsingør Kommune:
”Din sundhed – din
samtale”[122]**

Et eksempel på et kommunalt koncept for *Den afklarende samtale* med forskellige værktøjer fx *Min Dag* og *Mål og Plan*.

I Helsingør Kommune har man introduceret et nyt samtalekoncept omkring *Den afklarende samtale* kaldet ‘Din sundhed – din samtale’ og udarbejdet en menu over de forebyggende indsatser, kommunen tilbyder, og som kan tilbydes borgeren ud fra de behov og ønsker, der fremkommer i samtalen.



**Københavns Kommune:
PatientSpecifik
Funktional Skala (PSFS)**

Et eksempel på et værktøj til at arbejde med ICF-baseret behovsvurdering. Testen fungerer dels som et dialog- og inddragelsesredskab og dels som et effektmålingsredskab. Den sundhedsprofessionelle kan bruge PSFS til at afdække udvalgte vigtige aktiviteter i hverdagen, som borgeren er ude af stand til eller har svært ved at udføre, og sammen med borgeren fastsætte mål. Testen kan også benyttes til at følge udviklingen i borgerens selvoplevede funktion, og er et ofte benyttet redskab ved genoptræning og rehabilitering i Københavns Kommune.

http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/psfs_skema.pdf

**Svendborg Kommune:
Fælles
beslutningstagning [123]**

I Svendborg Kommune er der med inspiration fra metoden *fælles beslutningstagning* udviklet et beslutningsstøtteværktøj med det formål at sikre et individualiseret rehabiliteringsforløb for den enkelte borger. Det har fx. betydet, at borgerne, allerede inden første samtale omkring rehabilitering, har haft mulighed for at se en animationsfilm og dermed har orienteret sig om og reflekteret over valgmuligheder inden mødet med behandleren. Det har endvidere medført, at borgeren selv kan vælge om han/hun vil starte direkte op i et behandlingstilbud eller først vil modtage en uddybende samtale og at borgeren modtager en fysisk mappe, som skal sikre overblik og sammenhæng i forløbet. Det har medført,

	<p>at borgeren løbende kan modtage individuelle eller gruppebaserede feedback-samtaler for at understøtte egen læring og udvikling.</p>
<p>Behaviour Change Institute</p>	<p>Et eksempel på et værktøj til at afdække forandringsparathed.</p> <p>På det canadiske Behaviour Change Institute arbejder man med en interview-baseret vurdering af forandringsparathed med afsæt i fire spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do you view X (fx. din vægt) as a problem? • Does X concern you or cause distress? • Are you interested in changing? • Are you ready to change now? <p>http://www.behaviourchangeinstitute.ca/Tools.html</p>
<p>En narrativ samtalemodel [124]</p>	<p>Et eksempel på spørgeteknikker der kan give adgang til en dybere forståelse af borgeres situation og liv.</p> <p>Samtaleværktøjerne låner typisk inspiration fra en narrativ samtalemodel, som kan give adgang til en dybere forståelse af den enkeltes personlige, kulturelle og sociale verden og dermed skabe et solidt grundlag for en relevant borgerinddragende og ressourcefokuserende praksis [124]. Denne tilgang tager et sundhedsantropologisk udgangspunkt, hvor opfattelsen og forståelsen af sundhed og sygdom ses som bundet til både kontekst og til de mennesker, som begreberne berører [124].</p> <p>Som eksempel vil en borger med fx T2D have en anden forståelse af sundhed end en kommunal sundhedsarbejder, hvor sundhed fx for personen med diabetes kan handle om fællesskab eller om det gode liv og ikke i første omgang er synonymt med KRAM-faktorer.</p> <p>Den narrative tilgang giver således professionelle et redskab til at undgå forudfattede opfattelser om den modpart, man lytter til. Ved at spørge til fremtid, ønsker og drømme får borgeren mulighed for at sætte et refleksivt mål for sig selv. Ved at spørge til sundheden som en del af denne fremtid opnår man, at borgeren bringer sin egen opfattelse af livet og sundheden som en del af dette i spil.</p> <p>Eksempel på spørgsmål i en narrativ tilgang:</p> <p>Hvad tænker du om din sundhed nu, og hvordan vil du gerne have, at det udvikler sig?</p>

- Hvad forstår du ved sundhed, prøv at beskrive det?
- Hvad er vigtigt for din sundhed, hvis du skal kigge 3 år ud i fremtiden?

Prøv at fortælle om din dagligdag?

- Prøv at beskrive med dine egne ord, hvordan din dagligdag går?
- Hvad oplever du som udfordringer?
- Hvad gør dig ked af det i din dagligdag?
- Hvad gør dig glad i din dagligdag?
- Hvem er du sammen med i din dagligdag, prøv at beskrive dem?
- Hvad betyder de for dig?
- Hvad betyder dit helbred for dig i dagligdagen?
- Hvornår føler du, at du trives allerbedst i din dagligdag?

Referencer

1. Grabowski, D., et al., *Principled Promotion of Health: Implementing Five Guiding Health Promotion Principles for Research-Based Prevention and Management of Diabetes*. Societies, 2017. **7**(2): p. 10.
2. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom* 2016.
3. Sundheds- og Ældreministeriet, *Den nationale diabetesbehandlingsplan*. 2017.
4. *2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2018*. Diabetes Care, 2018. **41**(1): p. S13-S27.
5. Beck, J., et al., *2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. Diabetes Care, 2017. **40**(10): p. 1409-1419.
6. Nicolucci, A., et al., *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes*. Diabet Med, 2013. **30**(7): p. 767-77.
7. Hart, J.T., *Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care*. Br J Gen Pract, 1992. **42**(356): p. 116-119.
8. Smith, W., et al., *Control of blood pressure in Scotland: the Rule of Halves*. Vol. 300. 1990. 981-3.
9. Sortso, C., et al., *Social inequality in diabetes patients' morbidity patterns from diagnosis to death - A Danish register-based investigation*. Scand J Public Health, 2018. **46**(1): p. 92-101.
10. Ahmad, N., et al., *Person-centred care: from ideas to action bringing together the evidence on shared decision making and self-management support*. October 2014, The Health Foundation.
11. Coulter, A., et al., *Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions*. Cochrane Database Syst Rev, 2015(3): p. Cd010523.
12. *AADE position statement. Individualization of diabetes self-management education*. Diabetes Educ, 2007. **33**(1): p. 45-9.
13. Powers, M.A., et al., *Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics*. Clin Diabetes, 2016. **34**(2): p. 70-80.
14. Young-Hyman, D., et al., *Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association*. Diabetes Care, 2016. **39**(12): p. 2126-2140.
15. Wilkinson, M.J., Nathan, A.G., Huang, E.S., *Personalized decision support in type 2 diabetes mellitus: current evidence and future directions*. Curr Diab Rep, 2013. **13**(2): p. 205-12.
16. Collins, A., *Measuring what really matters. Thought paper* 2014, The Health Foundation.
17. Gulbrandsen, P., et al., *Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity*. Patient Educ Couns, 2016. **99**(9): p. 1505-10.
18. Coylewright, M., et al., *Shared decision making in patients with stable coronary artery disease: PCI choice*. PLoS One, 2012. **7**(11): e49827.
19. Silva, D., *Helping people help themselves. A review of the evidence concerning whether it is worthwhile to support self-management*. 2011, The Health Foundation: London.
20. Stenov, V., et al., *The potential of a self-assessment tool to identify healthcare professionals' strengths and areas in need of professional development to aid effective facilitation of group-based, person-centered diabetes education*. BMC Med Educ, 2017. **17**(1): p. 166.
21. Adolfsson, E.T., et al., *Implementing empowerment group education in diabetes*. Patient Educ Couns, 2004. **53**(3): p. 319-24.
22. Anderson, R.M., Funnell, M.M., *Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm*. Patient Educ Couns, 2005. **57**(2): p. 153-7.

23. Byrne, J.L., et al., *Deficiencies in postgraduate training for healthcare professionals who provide diabetes education and support: results from the Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) study*. *Diabetic Med*, 2017. **34**(8): p. 1074-1083.
24. World Health Organization. *International classification of functioning, disability, and health : ICF*. 2001, Version 1.0. Geneva : World Health Organization.
25. Mead, N., Bower, P., *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. *Soc Sci Med*, 2000. **51**(7): p. 1087-1110.
26. VIBIS, *Manifest for brugerinddragelse*, 2018.
27. MarselisborgCentret, *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. 2004: Århus.
28. Jensen, B.B., *Sundhedspædagogiske kernebegreber*, i *Forebyggende Sundhedsarbejde*, Kamper-Jørgensen, F., Almind, G., Jensen, B.B., Editors. 2009, Munksgaard: København.
29. Norman, K., et al., *Patientrettet forebyggelse i kommunerne. En kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner*. 2011, Trygfondens forebyggelsescenter: København.
30. KL, *KL spørgeskemaundersøgelse om kommunernes rehabiliteringstilbud målrettet borgere med kronisk sygdom*. 2018.
31. Bech, P., *Measurement of Psychological Distress and Well-Being*. *Psychother Psychosom*, 1990. **54**(2-3): p. 77-89.
32. Brorholt, G., Graff, L., Buch, M.S., *Sats på Esbjerg. Vidensopsamling om Esbjerg-modellens borgerinddragende metoder*. 2017, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
33. Sundhedsstyrelsen, *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*. 2009, Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering: København.
34. Grabowski, D., et al., *En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse*. 2010, Steno Diabetes Center: Gentofte.
35. Willaing, I.F., Folmann, N.B., Gisselbæk, A.B., *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter 2005*, Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen. København.
36. Skovlund, S.E., Peyrot, M., *The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: A New Approach to Improving Outcomes of Diabetes Care*. *Diabetes Spectr*, 2005. **18**(3): p. 136-142.
37. Varming, A.R., et al., *Guide til sundhedspædagogiske værktøjer - Undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom*. 2015.
38. Varming, A.R., et al., *Targeting "hardly reached" people with chronic illness: a feasibility study of a person-centered self-management education approach*. *Patient Prefer Adherence*, 2018. **12**: p. 275-289.
39. Torenholt, R., Engelund, G., Willaing, I., *Bringing person-centeredness and active involvement into reality: The feasibility of a participatory concept for patient education*. *Health Educ*, 2015. **115**(6): p. 518-33.
40. Jensen, N.K., Pals, R.A., Willaing, I., *The use of dialogue tools to promote dialogue-based and person-centred patient education for people with type 2 diabetes*. *Chronic Illn*, 2016. **12**(2): p. 145-56.
41. Pals, R.A., Olesen, K., Willaing, I., *What does theory-driven evaluation add to the analysis of self-reported outcomes of diabetes education? A comparative realist evaluation of a participatory patient education approach*. *Patient Educ Couns*, 2016. **99**(6): p. 995-1001.
42. Varming, A.R., et al., *Empowerment, motivation, and medical adherence (EMMA): the feasibility of a program for patient-centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes*. *Patient Prefer Adherence*, 2015. **9**: p. 1243-1253.
43. Grabowski, D., et al., *Involvement of family members in life with type 2 diabetes: Six interconnected problem domains of significance for family health identity and healthcare authenticity*. *SAGE Open Med*, 2017. **5**: p. 1-9.

44. Pals, R.A., Hempler, N., *How to achieve a collaborative approach in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services*. Scand J Caring Sci, 2018.
45. Hempler, N., et al., *Livstilssguide i praksis. Sundhedspædagogisk samarbejde mellem professionelle og voksne med psykisk sygdom*. 2017, Region Syddanmark, de 22 syddanske kommuner og Steno Diabetes Center Copenhagen, Diabetes Management Research.
46. Hempler, N., Pals R.A., Pedersbæk L., *Inspiration til implementering af sundhedspædagogiske værktøjer. Historier fra professionelle i Region Syddanmark*. 2016, Region Syddanmark, de 22 syddanske kommuner, UC Syd og Steno Diabetes Center, Health Promotion Research.
47. Protheroe, J., et al., *An intervention to promote patient participation and self-management in long term conditions: development and feasibility testing*. BMC Health Serv Res, 2010. **10**: p. 206.
48. Glasgow, R.E., et al., *A Practical Randomized Trial to Improve Diabetes Care*. J Gen Intern Med, 2004. **19**(12): p. 1167-1174.
49. Shepherd, H.L., et al., *Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial*. Patient Educ Couns, 2011. **84**(3): p. 379-85.
50. Frosch, D.L., et al., *Evaluation of a behavior support intervention for patients with poorly controlled diabetes*. Arch Intern Med, 2011. **171**(22): p. 2011-7.
51. Dijkstra, R.F., et al., *Introduction of diabetes passports involving both patients and professionals to improve hospital outpatient diabetes care*. Diabetes Res Clin Pract, 2005. **68**(2): p. 126-34.
52. Kennedy, A., Gask, L., Rogers, A., *Training professionals to engage with and promote self-management*. Health Educ Res, 2005. **20**(5): p. 567-578.
53. Wensing, M., Vingerhoets, E., Grol, R., *Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? Patient Educ Couns*, 2003. **51**(2): p. 149-53.
54. Ell, K., et al., *Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly Hispanic subjects with diabetes: a randomized controlled trial*. Diabetes Care, 2010. **33**(4): p. 706-13.
55. Elwyn, G., et al., *Option Grids: shared decision making made easier*. Patient Educ Couns, 2013. **90**(2): p. 207-12.
56. Ross, S.E., et al., *Providing a web-based online medical record with electronic communication capabilities to patients with congestive heart failure: randomized trial*. J Med Internet Res, 2004. **6**(2): e12.
57. Craig, P., et al., *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. Int J Nurs Stud, 2013. **50**(5): p. 587-92.
58. Joseph-Williams, N., et al., *Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme*. BMJ, 2017. **357**.
59. Funnell, M.M., Anderson, R.M., *Empowerment and Self-Management of Diabetes*. Clin Diabetes, 2004. **22**(3): p. 123-127.
60. Funnell, M.M., et al., *Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education*. Diabetes Educ, 1991. **17**(1): p. 37-41.
61. Stewart, M., et al., *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 2003, Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd.
62. Seligman, M.E.P., *Flourish. A visionary new understanding of happiness and well-being*. 2011, New York: Free Press.
63. Willaing, I., Vallis, M., *Educating the person with diabetes*, in *Textbook of Diabetes*, Holt, R.I.G, et al., Editors. 2017, Wiley Blackwell: West Sussex.
64. Leventhal, H., Phillips, L.A., Burns, E., *The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management*. J Behav Med, 2016. **39**(6): p. 935-946.
65. Bandura, A., *Social cognitive theory: an agentic perspective*. Annu Rev Psychol, 2001. **52**: p. 1-26.

66. Godin, G., Kok, G. *The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors*. Am J Health Promot, 1996. **11**(2): p. 87-98.
67. Ruggiero, L., *Helping People With Diabetes Change Behavior: From Theory to Practice*. Diabetes Spectr, 2000. **13**(3).
68. Polonsky, W.H., et al., *Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale*. Diabetes Care, 2005. **28**(3): p. 626-31.
69. Miller, W., Rollick, S., *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 3rd ed. 2013, New York: Guilford Press.
70. Anderson, R.M., Funnell, M.M., *Patient empowerment: myths and misconceptions*. Patient Educ Couns, 2010. **79**(3): p. 277-82.
71. Willaing, I., *DAWN2 study highlights importance of active involvement, engagement and education of people with diabetes*. Diabetes Voice, 2013. **58**: p. 25-28.
72. Steno Center for Sundhedsfremme, *Den sundhedspædagogiske jonglør. Kompetenceudviklingsmodel for patientuddannelse på tværs af diagnoser*. 2011.
73. Engelund, G., Hansen, U.M., Willaing, I., *"The Health Education Juggler": Development of a model describing educator roles in participatory, group-based patient education*. Health Educ, 2014. **114**(5): p. 398-412.
74. Stenov, V., *Person-centered methods in group-based diabetes education: An intervention study investigating, developing, and implementing new approaches*, in Graduate School of Health and Medical Sciences. 2018, University of Copenhagen.
75. Lave, J., Wenger, E., *Situeret læring og andre tekster*. 2003 København: Hans Reitzels Forlag.
76. Ivers, N., et al., *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(6): No.: Cd000259.
77. Sundhedsstyrelsen, *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger*. 2013.
78. Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. 1987, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
79. Schwarzer, R., Jerusalem, M., *Generalized Self-Efficacy Scale*, in *Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs*, Weinman, J., Wright, S., Johnson, M., Editors. 1995, NFER-NELSON: Windsor England. p. 35-37.
80. Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Whitfield, K., *The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions*. Patient Educ Couns, 2007. **66**(2): p. 192-201.
81. *EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life*. Health Policy, 1990. **16**(3): p. 199-208.
82. Cudex, C.M., Sørensen, J., *Vurdering af EQ-5D - Et generisk mål for helbredstilstand*. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 1998. **76**(10): p. 1339-1345.
83. Region Midtjylland, Defactum, *MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse*. [cited 2018 25. juni]; Available from: <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>.
84. Ware, J., Jr., Kosinski, M., Keller, S.D., *A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. Med Care, 1996. **34**(3): p. 220-33.
85. Sodemann, M., et al., *De blinde vinkler i samtalen med indvandrerpatienten*. Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital.
86. Macrae, C.N. and G.V. Bodenhausen, *Social cognition: Categorical person perception*. Br J Psychol, 2001. **92 Part 1**: p. 239-255.
87. Gilbert, D.T., Hixon, J.G., *The trouble of thinking: Activation and application of stereotypic beliefs*. J Pers Soc Psychol, 1991. **60**(4): p. 509-517.
88. Gulbrandsen, P., Hjortdahl, P., Fugelli, P., *General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey*. BMJ, 1997. **314**(7086): p. 1014-8.

89. Stenov, V., et al., *An ethnographic investigation of healthcare providers' approaches to facilitating person-centredness in group-based diabetes education*. Scand J Caring Sci, 2017.
90. Møller, M.L., *ICF - et redskab i rehabiliteringsprocessen?*, i *Rehabilitering - teori og praksis*, Jensen, L., Petersen, L., Stokholm, G., Editors. 2007, FADL's forlag: København p. 235-250.
91. Engelund, G., Hansen, U.M, *Det balancerende menneske. Sundhedspædagogisk model for patientuddannelse på tværs af diagnoser*. 2011, Steno Center for Sundhedsfremme.
92. Franklin, M., et al., *Controlled, Constrained, or Flexible? How Self-Management Goals Are Shaped By Patient–Provider Interactions*. Qual Health Res, 2018.
93. Cooper, H., et al., *Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses*. Patient Educ Couns, 2001. **44**(2): p. 107-17.
94. Skinner, T.C., et al., *'Educator talk' and patient change: some insights from the DESMOND (Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed) randomized controlled trial*. Diabet Med, 2008. **25**(9): p. 1117-20.
95. Fredrix, M., et al., *Goal-setting in diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis examining content and effectiveness of goal-setting interventions*. Psychol Health, 2018. **33**(8): p. 955-977.
96. Funnell, M.M., Anderson, R.M., *Patient empowerment: a look back, a look ahead*. Diabetes Educ, 2003. **29**(3): p. 454-64
97. Strulovici, E., et al., *Diabetes Conversation Map and health outcomes: A systematic literature review*. Int J Nurs Stud, 2017. **70**: p. 99-109.
98. Mattelmäki, T., *Applying probes—from inspirational notes to collaborative insights*. CoDesign, 2005. **1**(2): p. 83-102.
99. Jensen, N.K., Pals, R.A., Willaing, I., *The use of dialogue tools to promote dialogue-based and person-centred patient education for people with type 2 diabetes*. Chronic Illn, 2016. **12**(2): p. 145-156.
100. Jørgensen, M.B., *Eksistenslaboratorium - En undervisningsmodel til sundhedsprofessionelle 2016*: Region Hovedstaden
101. Fisher, E.B., et al., *Ecological Approaches to Self-Management: The Case of Diabetes*. Am J Public Health, 2005. **95**(9): 1523–1535.
102. Hawe, P., Shiell, A., Riley, T., *Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be?* BMJ, 2004. **328**: 1561.
103. Lang, N.R., *NPC-modellen i den motiverende samtale - i teori og praksis*. Diætisten, 2015. 134: p. 20-22.
104. Speight, J., et al., *Diabetes Australia position statement. A new language for diabetes: Improving communications with and about people with diabetes*. Diabetes Res and Clin Pract, 2012. **97**(3): p. 425-431.
105. Dunning, T., Speight J., Bennett, C., *Language, the “Diabetes Restricted Code/Dialect,” and What It Means for People With Diabetes and Clinicians*. Diabetes Educ, 2017. **43**(1): p. 18-26.
106. Holt, R.I.G., Speight, J., *The language of diabetes: the good, the bad and the ugly*. Diabetic Med, 2017. **34**(11): p. 1495-1497.
107. NHS England, *Language matters. Language and diabetes*. 2018.
108. Greenberg, R., Bertsch, B., *A flourishing approach to mental health in Patients with Diabetes*, 2013. **34**: p. 33-36.
109. Orlando, I.J., *The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles*. 1961, New York: Putnam, G.P.
110. Duun, R., Willaing, I., *EMMA: Empowerment, Motivation & Medical Adherence. Dialogue tools for diabetes consultations*. 2013.
111. Vallis, M., et al., *Equipping providers with principles, knowledge and skills to successfully integrate behaviour change counselling into practice: a primary healthcare framework*. Public Health, 2018. **154**: p. 70-78.

112. Del Canale, S., et al., *The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy*. Acad Med, 2012. **87**(9): p. 1243-9.
113. Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B., *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review*. PLOS Medicine, 2010. **7**(7): e1000316.
114. Madsen, S.A., *Mænd, køn, sundhed og sygdom*. Politik, 2007. **10**(2): p. 48-57, 97.
115. Sodemann, M., *Sårbar? Det kan du selv være. Sundhedsvæsenets rolle i patienternes sårbarhed*. 2018.
116. Handberg, C., *Male cancer patients and healthcare professionals at hospitals: An interpretive description of men's barriers to participation in municipal cancer rehabilitation*, in *Department of Public Health*. 2016, Aarhus University: Aarhus.
117. Krag, M.O., et al., *The impact of gender on the long-term morbidity and mortality of patients with type 2 diabetes receiving structured personal care: a 13 year follow-up study*. Diabetologia, 2016. **59**(2): p. 275-85.
118. Notat om patientinddragelse. 2012. Center for Kvalitet, Region Syddanmark <https://centerforkvalitet.dk/publikationer/notat-om-patientinddragelse/>
119. Rentsch, H.P., et al., *The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland*. Disabil Rehabil, 2003. **25**(8): p. 411-21.
120. Meillier, L.K., *I gang igen efter blodprop - socialt differentieret hjerterehabilitering*. Center for Folkesundhed, 2007.
121. Barry, M.J., Edgman-Levitan, S. *Shared decision-making - the pinnacle of patient-centered care*. N Engl J Med, 2012. **366**: p. 780-781.
122. Helsingør Kommune. *Din sundhed - din samtale*. 2018 [cited 2018 25. juni]; Available from: <https://www.helsingor.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/din-sundhed-din-samtale>.
123. VIBIS, *Inspirationskatalog. Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver*. 2018.
124. Deleuran, M., Wittrup, I., *En narrativ tilgang til sundhed*. 2013, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling: Region Midtjylland, Aarhus.