

**Hvilken værdi giver
anvendelse af et digitalt
redskab med tidstro,
borger-rapporterede
data i arbejdsrettede
rehabiliteringsforløb?**



Hvilken værdi giver anvendelse af et digitalt redskab med tidstro, bHvilken værdi giver anvendelse af et digitalt redskab med tidstro, borger-rapporterede data i arbejdsrettede rehabiliteringsforløb?

©DEFACTUM, Region Midtjylland, april 2022

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Udgivet af DEFACTUM®, april 2022

Rapporten er sat med: Verdana

ISBN: 978-87-93829-07-7 (pdf/eletronisk version)

Rapporten er udarbejdet af:

Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning, DEFACTUM, Region Midtjylland

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Poulsen AG, Tange NN, Rolving N. Hvilken værdi giver anvendelse af et digitalt redskab med tidstro, borger-rapporterede data i arbejdsrettede rehabiliteringsforløb?

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Projektets baggrund og formål | 4 |
| 1.1 | Baggrund..... | 4 |
| 1.2 | Ændring i projektet..... | 5 |
| 2 | Projektets metode | 6 |
| 2.1 | Setting: | 6 |
| 2.1.1 | Studiedesign og ændringer | 6 |
| 2.2 | Studiepopulation og rekruttering | 6 |
| 2.3 | Forløb og indsatser | 7 |
| 2.4 | Dataindsamling og analyse | 8 |
| 2.5 | Teoretisk afsnit | 8 |
| 2.5.1 | Working Alliance..... | 8 |
| 2.5.2 | Self-efficacy | 9 |
| 3 | Projektets resultater | 10 |
| 3.1 | Relation og samarbejde mellem borger og fysioterapeut | 10 |
| 3.2 | Hjælp til selvhjælp | 12 |
| 3.2.1 | Huskeværktøj | 12 |
| 3.2.2 | Årsagssammenhænge og udvikling..... | 13 |
| 3.2.3 | Motivation | 14 |
| 3.3 | Rapportering og fejlrapportering..... | 15 |
| 4 | Diskussion | 18 |
| 4.1 | Working alliance..... | 18 |
| 4.1.1 | Fysioterapeuternes perspektiver | 18 |
| 4.2 | Self efficacy..... | 19 |
| 4.2.1 | Fysioterapeuternes perspektiver | 19 |
| 4.3 | Yderligere bemærkninger fra fysioterapeuterne | 19 |
| 4.4 | Styrker og svagheder ved studiet | 20 |
| 4.4.1 | Rekruttering af borgere til undersøgelsen | 20 |
| 4.5 | Afsluttende kommentarer | 20 |
| 5 | Referencer..... | 22 |

1 Projektets baggrund og formål

1.1 Baggrund

I Danmark var udgifterne til offentlig forsørgelse af borgere på sygedagpenge og kontanthjælp i 2022 på ca. 41 milliarder kroner [1]. En stor andel af disse borgere har nedsat arbejdsevne som følge af helbredsproblemer, med muskelskeletbesvær og psykisk mistrivsel som de suverænt største belastninger [2, 3]. For den enkelte person har tab af arbejdsevne og sygefravær ofte store negative følger både fysisk, psykisk og socialt [4-6]. I Danmark tilknyttedes sygemeldte borgere de kommunale jobcentre jf. sygedagpengeloven, hvorfra nogle borgere henvises til et supplerende forløb hos en sundhedsfaglig medarbejder, med henblik på at fremme borgerens arbejdsevne [7, 8].

I sundhedsvæsenet har der over en årrække været et øget fokus på brugerinddragelse og medbestemmelse af patienter og pårørende [9]. Som led heri anvendes ofte patientrapporterede data (PRO-data) i udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb [9-11]. Dette foregår typisk via selvrapporterede spørgeskemaer om eksempelvis symptomer, livskvalitet, forventninger og/eller præferencer for behandling. En af pointerne med brugen af PRO-data i forløbene er, at styrke præmissen for en god alliance mellem behandler og patient via bedret kommunikation og inddragelse, og dermed øge chancen for et godt forløb [11].

Med digitaliseringen af sundhedsvæsenet over de senere år foregår denne indsamling af PRO-data oftere og oftere digitalt, f.eks. via elektroniske spørgeskemaer, applikationer til smartphones eller tablets eller andre digitale værktøjer. Brugen af digitale værktøjer og applikationer har således været støt stigende inden for sundhed og sygdom igennem en årrække [12-15]. Fokus har overvejende været på patienter med kroniske sygdomme til blandt andet selv-monitorering af symptomer og/eller patientuddannelse og studier har vist, at brugen af digitale værktøjer kan medføre forbedringer på bl.a. egenomsorgsevnen [15, 16]. Ligeledes har brugen af digitale værktøjer vist sig at bidrage til, at borgeren bliver mere aktiv i eget forløb og sikrer samtidig mere valide og tidstro data [12-15]. Mange af disse digitale løsninger er udviklet af fagprofessionelle og eksperter, uden inddragelse af patienter, og er derfor ikke udviklet i overensstemmelse med brugerinddragende metoder og eksisterende viden på området [17]. Ligeledes er mulige effekter heller ikke evalueret videnskabeligt med brug af borger-/patient rapporterede effektmål, eller brugeroplevels kvalitet [18, 19]. Der er derfor et behov for at anvendelse af digitale værktøjer i patient-/borgerforløb, herunder positive såvel som negative effekter, undersøges nærmere. Særligt inden for den arbejdsrettede rehabilitering, som i Danmark ligger i de kommunale jobcentre (dvs. uden for sundhedsvæsenet), er der mangel på studier, som belyser hvorvidt brugen af PRO-data kan styrke alliancen mellem borger og medarbejder, via digitale løsninger som applikationer eller andre digitale dialogværktøjer.

På ovenstående baggrund besluttede man i Sociallægeinstitutionen, som er en sundhedsfaglig enhed under Aarhus Kommunes Beskæftigelsesforvaltning, at udvikle et digitalt redskab kaldet MIRA. MIRA kan beskrives som en elektronisk dagbog hvor tidstro PRO-data løbende tages ind af borgerne, og som samtidig fungerer som et dialogværktøj mellem borgeren og den fagprofessionelle, da denne har adgang til at se borgerens data. Formålet med MIRA er således at skabe et dialogbaseret værktøj, der både kan øge borgerens mestringsevne via en øget indsigt i, og forståelse af, årsagssammenhænge i egen situation og som samtidig kan fremme præmissen for fælles beslutningstagning i rehabiliteringsforløbet. I udviklingen af MIRA har brugerinvolvering været højt prioriteret, og både borgere og fagprofessionelle har været en del af alle faser af udvikling af applikationen. I forbindelse med at MIRA skulle implementeres i den samlede medarbejdergruppe i Sociallægeinstitutionen, ønskede man at evaluere på brugen af det nye redskab.

Evalueringen blev planlagt som et projekt med følgende delformål:

1. At belyse effekten af at anvende et digitalt dialogværktøj i (arbejdsrettede) rehabiliteringsforløb målt på borgernes mestringsevne, tiltro til egen arbejdsevne, og oplevelse af fælles beslutningstagning.

2. At belyse borgernes og medarbejderes erfaringer og oplevelser med at anvende et digitalt dialogværktøj i rehabiliteringsforløb.
3. At belyse mekanismer i virkningen af et digitalt dialogværktøj i rehabilitering (hvad virker for hvem og hvorfor) igennem en integreret analyse af fundene i delformål 1-2.

1.2 Ændring i projektet

Af flere årsager, beskrevet herunder, blev det ikke muligt at gennemføre de enkelte delstudier som planlagt.

I delstudie 1 var der oprindeligt planlagt en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af knap 150 borgere (ca. 70 som ikke havde anvendt MIRA og 70 som havde anvendt MIRA i deres forløb). Grundet udfordringer med opkoblingen af spørgeskemaundersøgelsen til e-boks, blev dette forsinket, og blev først igangsat lige før årsskiftet 2020/2021. På dette tidspunkt var Danmark, som resten af verden, ramt af COVID-19 pandemien, hvilket i praksis betød, at stort set ingen borgere mødte fysisk frem til konsultationer på Sociallægeinstitutionen. Dette var gældende helt frem til april 2021. Således var der ved sommeren 2021 færre end 20 borgere, der havde deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Trods en omlægning af undersøgelsen fra elektronisk via e-boks til udfyldelse i papirform ved fremmøde til konsultation i Sociallægeinstitutionen, lykkedes det ikke at få et tilfredsstillende antal borgere inkluderet til dette delprojekt. Det blev derfor besluttet at lukke ned for spørgeskemaundersøgelsen i november 2021, da det vurderedes urealistisk at kunne indhente de nødvendige data inden for projektperioden.

I delstudie 2 var der planlagt individuelle interviews med borgere, som havde anvendt MIRA samt gruppeinterviews med medarbejderne. Interviews med borgere blev gennemført, dog med væsentlige ændringer i forhold til rekruttering, hvilket beskrives nærmere i del 2 af denne rapport. Implementeringen af MIRA viste sig at være mangelfuld blandt medarbejderne, hvilket betød, at det ikke var muligt at udføre de planlagte gruppeinterviews med de professionelle. I stedet blev der gennemført et dialogmøde, hvor resultaterne fra borgerinterviews blev præsenteret for de medarbejdere, der havde anvendt MIRA. De professionelle kommentarer inddrages i diskussionsafsnittet, i rapportens del 4. Delstudie 3 (den integrerede analyse) blev ikke mulig at gennemføre, da delstudie 1 blev afbrudt og derfor er denne evaluering udelukkende baseret på delstudie 2. De samlede resultater af delstudie 2 præsenteres i del 3 af denne rapport.

2 Projektets metode

2.1 Setting:

Projektet foregik i Sociallægeinstitutionen, som er en sundhedsfaglig og tværfaglig konsulentenhed under Beskæftigelsesforvaltningen i Aarhus Kommune. De ansatte har baggrunde som fysioterapeuter, psykologer, antropologer eller læger. Borgerne henvises til Sociallægeinstitutionen fra jobcentret og der modtages årligt ca. 750 henvisninger. Borgerne er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet og kan blandt andet være sygemeldte, på kontanthjælp, i jobafklaring eller i ressourceforløb. Borgerne deltager i tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb som spænder fra få konsultationer til længerevarende forløb.

2.1.1 Studiedesign og ændringer

Designet af delstudie 2 er kvalitativt og de planlagte metoder til at indsamle data var interviews og observationer. Som nævnt ovenfor blev der foretaget væsentlige ændringer i løbet af projektperioden. Dette skyldes dels COVID-19 og dels at implementeringen af MIRA blandt medarbejderne i Sociallægeinstitutionen ikke forløb som tiltænkt. Ændringer i forhold til borgerinterview skyldes COVID-19 og er beskrevet i de følgende afsnit.

De planlagte gruppeinterviews med medarbejderne i Sociallægeinstitutionen viste sig ikke at være relevante at gennemføre, da de viste sig, at det primært var tre fysioterapeuter, der anvendte MIRA. Det betød, at vi aflyste gruppeinterviews og i stedet valgte at gennemføre et afsluttende dialogmøde med de tre fysioterapeuter, der havde anvendt MIRA, hvor vi præsenterede og diskuterede fundene fra borgerinterviews. Uddrag herfra inddrages i diskussionsafsnittet.

2.2 Studiepopulation og rekruttering

Til borgerinterviews blev der rekrutteret informanter blandt borgere, som anvendte MIRA i deres forløb i Sociallægeinstitutionen, som de var henvist til i forbindelse med et pågående sygemeldingsforløb (sygedagpenge eller jobafklaringsforløb). Da MIRA udelukkende findes i en dansk version, blev der kun inkluderet borgere, som kunne tale og forstå dansk.

Oprindeligt var rekrutteringen planlagt til at ske gennem spørgeskemabesvarelserne fra delstudie 1, og dermed var den oprindelige forventning, at der ville være ca. 70 mulige informanter at rekruttere fra. Det var planlagt at rekruttere 12-15 borgere via formålsrettet sampling [20], men grundet de tidligere beskrevne udfordringer, blev kun otte borgere rekrutteret til interviews. Eftersom delstudie 1 ikke blev gennemført, blev rekrutteringen omlagt til at foregå direkte via de fysioterapeuter i Sociallægeinstitutionen, som anvendte MIRA i projektperioden. I praksis forløb rekrutteringen således, at fysioterapeuterne kontaktede den ene af interviewerne (Anne Grøndahl Poulsen, DEFACTUM), når de havde en borger i forløb, som anvendte MIRA og borgeren havde givet udtryk for gerne at ville deltage i interview. Intervieweren kontaktede efterfølgende borgeren på mail eller telefon, og lavede en aftale om individuelt interview på en lokation efter borgerens ønske (hjemme eller på interviewerens arbejdsplads). Der kom henvendelser fra fysioterapeuterne på i alt ni borgere, hvoraf én fortrød inden interviewet blev udført. De resterende otte mulige deltagere sagde alle ja til at deltage i interview. De otte informanter havde benyttet MIRA i kortere eller længere tid, med det korteste MIRA-forløb varende to uger og det længste ca. 1,5 år.

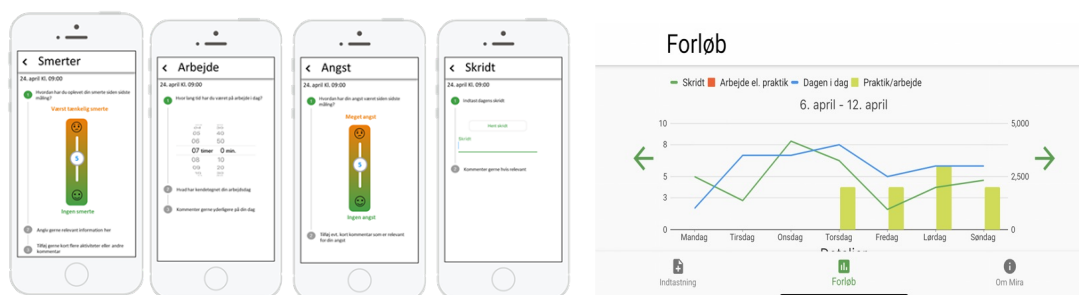
| Tabel 1. Deltager karakteristik | | | | | |
|---------------------------------|--------|-------|-------------------|---------------------|--------------------------|
| Deltager | Køn | Alder | Primære problem | Uddannelse | Varighed af brug af MIRA |
| B1 | Kvinde | 51-60 | Smerter | Professionsuddannet | Anvender fortsat |
| B2 | Kvinde | 31-40 | Smerter | Ufaglært | 2 uger |
| B3 | Kvinde | 21-30 | Hjernerystelse | Professionsuddannet | 4-6 uger |
| B4 | Kvinde | 31-40 | Hjernerystelse | Professionsuddannet | 4-6 uger |
| B5 | Mand | 21-30 | Psykisk | Ufaglært | Anvender fortsat |
| B6 | Mand | 51-60 | Smerter / psykisk | Ufaglært | Anvender fortsat |
| B7 | Kvinde | 31-40 | Psykisk | Professionsuddannet | Anvender fortsat |
| B8 | Kvinde | 51-60 | Smerter / psykisk | Faglært | Anvender fortsat |

2.3 Forløb og indsatser

Det var gennemgående, at fysioterapeuterne præsenterede borgerne for MIRA forholdsvis hurtigt efter opstart i Sociallægeinstitutionen, oftest i forbindelse med den første konsultation. Intervallerne mellem konsultationer var varierende fra dage til flere uger. Forløbene inkluderede ofte instruktion i fysiske og/eller mentale øvelser samt aftaler om ændret adfærd i forhold til struktur på hverdagen samt fordeling og valg af aktivitet i løbet af dagen. Tilbuddene i Sociallægeinstitutionen er tidsafgrænsede, men som det fremgår af deltagerkarakteristikken er nogle af forløbene af længere varighed.

MIRA sættes op individuelt til den enkelte borger i forhold til hvilke parametre, der skal registreres på, samt hvornår og hvor mange gange om dagen, disse parametre skal registreres. Det kan være parametre som smerter, søvn og humør, ligesom også udvalgte aktiviteter registreres for de pågældende dage. Disse registreringer uploades automatisk og løbende til en database, som fysioterapeuten kan tilgå fra sin PC, hvor han eller hun har adgang til de indtastede data. Figur 1 viser et eksempel på brugerfladen af MIRA på henholdsvis borgerens mobil-app samt på medarbejderens PC.

Figur 1. MIRA set fra borgerens brugerflade på en smartphone (A) og fra medarbejderens PC (B)



2.4 Dataindsamling og analyse

Metoderne til at indsamle data var observationer og individuelle interviews [21, 22].

Observationerne fandt både sted under konsultationer med fysisk tilstedeværelse og ved online konsultationer. Der blev skrevet noter under konsultationerne, som efterfølgende blev uddybet til fyldige beskrivelser, i denne rapport kaldet feltnoter. Noterne blev foretaget i et skema, udarbejdet med afsæt i de anvendte teorier (se afsnit 2.5) Der anvendes uddrag fra feltnoterne enkelte steder i resultat afsnittet. Udover at bidrage med data til undersøgelsen, bidrog observationerne til at give interviewer en øget forståelse for den særlige setting, der er i Sociallægeinstitutionen og det arbejde, der udføres med borgerne. Derudover bidrog observationerne til at kvalificere udarbejdelsen af interviewguide forud for interviews med borgerne.

Interviews med borgere blev udført i perioden februar 2021 til september 2021. Grundet Covid-19 foregik interviews med borgere dels via online videomøder og dels ved fysiske møder. Tidspunktet blev aftalt individuelt med borgeren og interviewene havde en varighed af cirka 1-1,5 time. Forud for interviews var der blevet udarbejdet en interviewguide med afsæt i viden fra observationer, de anvendte teorier (se afsnit 2.5) samt generelle spørgsmål til brugen af MIRA. To interviewere udførte fire interviews hver og den samme interviewguide blev anvendt ved alle interviews. Interviews blev lydoptaget og transskriberet ordret. Data blev analyseret via en tematisk analyse [23] med inddragelse af to teoretiske begreber, henholdsvis working alliance og self-efficacy, som præsenteres yderligere i det følgende afsnit.

For at inddrage medarbejdernes perspektiv valgte vi at præsentere fundene fra borgerinterviewene for de tre medarbejdere, der anvender MIRA og bede om deres reaktioner på fundene. Seancen fandt sted i november 2021 og foregik via online video med en varighed på cirka 1,5 time. Seancen blev lydoptaget og transskriberet og disse data anvendes i diskussionsafsnittet til at perspektivere analysens fund. De professionelle blev blandt andet spurgt ind til hvad, der gjorde mest indtryk af det præsenterede materiale, samt om de havde kommentarer til de enkelte fremanalyserede temaer.

2.5 Teoretisk afsnit

I de følgende afsnit præsenteres teorierne working alliance og self-efficacy. Disse to teorier anvendes som baggrund for udarbejdelse af interview- og observationsguide, samt inddrages i diskussionsafsnittet til at diskutere analysens fund ud fra.

2.5.1 Working Alliance

Flere studier har vist, at relationen mellem borgere, der er marginaliseret fra arbejdsmarkedet, og de fagprofessionelle har afgørende betydning for borgerens muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet [24-27]. Her kan working alliance teorien anvendes som et bærende teoretisk fundament til at forstå og beskrive betydningen af relationen for et positivt udfald. Teorien går grundlæggende ud på, at kvaliteten af den alliance eller relation, der er mellem en klient/borger og en fagprofessionel, har indflydelse på effekten af de indsatser, der iværksættes i forløbet [28, 29]. Begrebet blev oprindeligt udviklet inden for psykoterapien, hvor man gennem studier erfarede, at relationen mellem terapeut og klient var vigtigere for effekten af behandlingen, end hvilken psykoterapeutisk overbevisning der blev anvendt i behandlingen [29]. Siden har man fundet ud af, at dette kan overføres til andre indsatser, herunder beskæftigelsesindsatser [30]. Tre elementer er afgørende for udfaldet af en alliance [31]. Første element er fælles og ligeværdig opsætning af mål for forløbet. Andet element omhandler de midler, der skal tages i anvendelse for at nå målene. Aftaler om interventioner og ændringer, som borgeren skal foretage, bør være meningsfulde

for begge parter. For borgeren antages dette at støtte motivationen for at gennemføre de aftalte interventioner. Tredje element er selve relationen i samarbejdet. Det, at begge parter synes at kunne lide hinanden og har tillid til hinanden antages at have værdi for alliancen.

Et af formålene med udviklingen af MIRA var at understøtte dialog og fælles beslutningstagning i forløbene i Sociallægeinstitutionen og derfor er inddragelsen af working alliance teorien relevant.

2.5.2 Self-efficacy

Self-efficacy teorien er udviklet af Albert Bandura og er oprindeligt vokset ud af undersøgelser omkring læring, herunder det sociale aspekt af læring [32]. En persons self-efficacy udtrykker kort fortalt personens tillid til egne evner og dermed egne forventninger til at kunne gennemføre en given opgave eller udfordring. Der beskrives to typer af forventninger i self-efficacy teorien [32]. Den vigtigste for adfærdsændring er forventning til egen self-efficacy (self-efficacy expectancy). Den anden er forventninger til at en given adfærd vil medføre et specifikt udfald (outcome expectancy). Self-efficacy kan udvikles og styrkes af fire faktorer [32]. Den første og stærkeste faktor er egen erfaring eller oplevelse, altså de erfaringer som mennesket selv gør sig, og som henholdsvis øger eller mindsker tiltro til egen self-efficacy. Den anden faktor er observeret erfaring, hvilket er det, der erfares positivt eller negativt gennem observation af andres ageren. Den tredje er sproglig overtalelse, hvor self-efficacy påvirkes igennem verbal overtalelse og dermed kan påvirke den enkeltes tro på egne evner til at gennemføre en given opgave. Den fjerde faktor er fysiske og emotionelle tilstande, hvor personen erfarer på egen krop, hvordan en handling føles fysisk og emotionelt. En positiv oplevelse vil øge self-efficacy. Eftersom et af formålene med at udvikle MIRA var at øge borgernes mestringsevne, er self-efficacy teorien relevant at inddrage i undersøgelsen.

3 Projektets resultater

Analysen af borgernes interviews viser tre hovedtemaer, hvoraf det ene har tre subtemaer. De tre hovedtemaer er Relation og samarbejde mellem borger og fysioterapeut, Hjælp til selvhjælp og Rapportering og fejlrapportering. Temaet Hjælp til selvhjælp indeholder tre subtemaer, kaldet Huskeværktøj, Årsagssammenhænge og udvikling samt Motivation.

For at illustrere analysens fund vil der i følgende afsnit være citater hentet direkte fra interviews med borgerne samt fra feltnoter. Da analysen er funderet i de indsamlede data, er det prioriteret at anvende forholdsvis mange citater, hvilket samtidig er med til at tydeliggøre analysens fund.

3.1 Relation og samarbejde mellem borger og fysioterapeut

Analysen viser, at en positiv relation fremstår som fundament for et godt samarbejde omkring brugen af MIRA. Alle borgerne giver udtryk for en sådan positiv relation til deres fysioterapeut, og den beskrives som værende etableret forud for introduktionen til MIRA. En mandlig borger beskriver det således:

- *I: Det vidner om en stor tillid til ham, er det rigtigt?*
- *B07: Jeg tror, vi klingede lige med det samme. Det er der nogle mennesker, man gør med.*

Tilsyneladende formår terapeuterne hurtigt at skabe en positiv relation til borgerne, som danner grundlag for samarbejdet om MIRA. Relationen til fysioterapeuten beskrives af flere borgere som vigtigere eller mere værdsat end MIRA som redskab. Analysen peger således ikke på, at MIRA skaber den gode relation, men at relationen allerede er skabt, og samarbejdet omkring MIRA bygger videre på denne relation. En kvindelig borger siger:

- *B01: Nej, jeg tror, det vigtigste for mig er, at her er tre personer, som vil mig det bedste. Og jeg tror, det var det, jeg havde mest fokus på, og nu kan du slappe af, fordi her er tre personer, der ligesom holder øje med dig. Og ja passer på, på en måde. Så det var faktisk meget befriende for mig.*

Ovenstående citat vidner dels om betydningen af en positiv relation mellem borger og terapeut, men også at samarbejdet omkring MIRA ikke kan adskilles fra samarbejdet og relationen mellem terapeut og borger generelt.

Analysen peger dog på, at MIRA yderligere kan understøtte borgernes oplevelse af at blive inddraget i beslutninger om aktiviteter i deres behandlingsforløb, som beskrevet af denne kvindelige borger:

- *B03: Jeg synes, at det [MIRA] har givet os en god platform at snakke ud fra, fordi så siger hun ligesom, hvordan det ser ud, ud fra hvad jeg har noteret [i MIRA], og så kan vi snakke ud fra det, jeg har skrevet. Og hvis der så er noget, som ikke stemmer overens, med hvad jeg selv synes, at jeg har oplevet, så har vi talt om det. Så det har været et godt samtaleudgangspunkt i forhold til, hvordan det går.*

MIRA fungerer altså som et såkaldt "fælles tredje" eller fælles udgangspunkt at tage afsæt i til konsultationerne mellem borger og fysioterapeut. På den måde supplerer og vedligeholder MIRA den gode relation og working alliance, der i forvejen er etableret mellem borger og fysioterapeut.

I forlængelse heraf, tillægges det stor betydning, at de data, der indtastes i MIRA, anvendes til noget meningsfuldt. At de "ikke bare ender i cyberspace", som en borger udtrykte det. En kvindelig borger beskriver:

- *I: Ja... Og du sagde også det her med, at for dig var det rart, at det var hende [fysioterapeuten], der lavede analysen?*
- *B03: Ja. Det var en kæmpe lettelse, fordi det går man faktisk og rigtig gerne vil have, at der bliver gjort... Man har jo rigtig meget brug for, at der bliver evalueret på det, man gør... hvor meget man arbejder, og så hvilke symptomer man har, og så her er det lige hovedpinen [der er symptomet, red.], men det kunne jo være alt muligt. Så har man rigtig meget brug for, at der er nogen, der laver sådan en analyse af, hvordan det går fordi ... det har man selv et rigtig dårligt overblik over med en hjernerystelse så... Så hvis ikke der ligesom bliver noteret ting og bliver analyseret på det, så kan man jo blive ved med længe at gøre noget som egentlig ikke fungerer, uden at man opdager, hvad det kan skyldes.*

Det er altså afgørende, at der er en modtager til de data, som borgerne taster ind, og at data bliver anvendt i relation til borgerens konkrete forløb hos fysioterapeuten. Herved kombineres aspekterne vedrørende relation og opgaver fra working alliance teorien. Borgeren, der udtaler sig ovenfor, sætter pris på de analyser som fysioterapeuten laver ud fra MIRA, og den feedback der bliver mulig ud fra MIRA-data anses som yderst værdifuld.

At der løbende er indtastet data i MIRA letter samarbejdet med fysioterapeuten, set fra borgerens perspektiv. Fysioterapeuten har mulighed for at danne sig et godt billede af hvordan, det er gået i perioden siden sidste konsultation, og kan dermed stille uddybende og meget konkrete spørgsmål ind til specifikke dage, kommentarer eller indtastninger. Indtastede data giver også mulighed for viden, som fysioterapeuten ikke nødvendigvis ellers ville have adgang til, noget B08 beskriver som "den anden part får nogle bedre forudsætninger for at hjælpe mig". Fra feltnoter B06:

- *Fysioterapeuten spørger til om aftalen har presset B06. B06 svarer: "nej, mere som en motivation". Fysioterapeuten fortæller, at han spørger fordi, han kan se, at trivslen har været lidt lavere i den forgangne uge, og han vil sikre sig, at det ikke skyldes deres aftaler om, hvad B06 skulle udføre hjemme. B06 fortæller, at det skyldes hans kat, som han skal give noget medicin, som den ikke vil have, hvilket har påvirket ham meget.*

Ovenstående uddrag fra feltnoter understreger, at MIRA ikke kan stå alene, men forudsætter et positivt og trygt samarbejde mellem borger og terapeut. Fysioterapeuten har en antagelse om sammenhæng mellem nedsat trivsel og de aftaler, som han har lavet med borgeren om at udføre opgaver derhjemme. Denne sammenhæng afkræftes af borgeren, og gennem samarbejdet klarlægges det, at den nedsatte trivsel skyldes noget andet.

Borgerne anerkender, at det kræver noget af fysioterapeuten at forberede sig, men siger samtidig at det kan mærkes i konsultationen, når fysioterapeuten har kigget på MIRA-data inden. Det opleves som en indikation på, at fysioterapeuten er interesseret i borgeren. En borger siger:

- *B08: Han har virket som om, han har haft en eller anden interesse, ved at han forbereder sig. At man føler, han er der for at hjælpe en. Helt sikkert.*

At borgeren oplever det positivt, at deres bidrag gennem indtastning i MIRA anvendes aktivt af fysioterapeuten, falder i tråd med working alliance teoriens antagelse om, at involvering af borgeren i valg af aktiviteter og indsatser i interventionen øger motivationen hos borgeren. De data borger har leveret gennem MIRA danner således baggrund for fysioterapeutens forberedelse til konsultationen samt for selve konsultationen, hvilket er positivt for den relation, der er mellem borger og fysioterapeut.

3.2 Hjælp til selvhjælp

Dette tema indeholder tre subtemaer, som samlet beskriver hvordan borgerne har gavn af MIRA som et hjælpeværktøj på flere måder. Dels som et huskeværktøj, dels som et redskab til at følge årsagssammenhænge og udvikling samt som et motivationsredskab. Alle tre subtemaer udfoldes i nedenstående afsnit.

3.2.1 Huskeværktøj

Borgerne beskriver MIRA som et rigtig godt huskeværktøj på flere måder. Én måde er notifikationerne, som hjælper med at huske at indtaste data, så borgerne ikke selv skal huske på at registrere på bestemte tidspunkter. Derudover giver notifikationerne anledning til refleksion over hvordan de har det lige nu og her, samt stoppe op og mærke efter. Her siger en kvindelig borger:

- *B05: [...] den [MIRA] har tvunget mig til at kigge på mig selv og min krop på de her bestemte tidspunkter, og så se hvordan har jeg det egentlig lige nu og "hallo! få lige jordforbindelse!"*

Dels er MIRA altså en påmindelse om at få tastet ind, og dels en påmindelse om at mærke efter, hvilket kan føre til ændring i adfærd. I citatet ovenfor er adfærdsændringen at "få jordforbindelse", mens andre borgere nævner at tage sig et hvil, en pause med god musik eller konstatere at der vist ikke skal ryges flere cigaretter den dag. Denne anledning til refleksion kan give mulighed for at analysere årsagssammenhænge, og på baggrund heraf justere uhensigtsmæssig adfærd. I relation til self-efficacy teorien kan MIRA derfor ses som et hjælpeværktøj til at reflektere over egen erfaring med hvordan deres adfærd har konsekvenser og der ud fra ændre adfærd, hvis nødvendigt.

Borgerne beskriver funktionaliteten med grafen i MIRA som et godt redskab til at danne sig et overblik over udviklingen af deres helbredstilstand over længere perioder. Denne funktion beskrives som en stor hjælp, fordi det kan være svært at huske en eller to uger tilbage, og vurdere om der har været en ændring i deres tilstand.

- *B01: I dagligdagen har den givet mig et stop-op i forhold til, hvordan dagen har været, og hvorfor har den ikke har været så god, eller hvorfor har den været god? Hvad var det, der gjorde, det var godt for dig i dag? Så den har både været det der almindelige stop-op i hverdagen, men den har også givet mig en ugentlig stop-op, hvor jeg kunne stoppe op og kigge tilbage på ugen [via grafen].*

MIRAs funktion som huskeværktøj kommer også til udtryk i en lettelse over ikke at skulle huske hvad, der er sket "siden sidst" inden konsultationer med fysioterapeuterne. Det, at informationerne er tastet ind løbende, kombineret med muligheden for selv at kigge på sine data i MIRA inden mødet med fysioterapeuten, beskrives som en stor hjælp af flere borgere. B08 fortæller at hun bruger MIRA aktivt i sin forberedelse til møder med fysioterapeuten.

- *I: Så det har lettet?*
- *B08: Ja, for man kunne godt få ekstra stress af at skulle tænke: hvad er der egentlig sket siden sidst? Og man kan ikke huske det. Så det synes jeg helt sikkert, den har gjort.*

Ved at MIRA gemmer de indtastede data, kan appen hjælpe borgerne i forberedelsen til konsultationer med fysioterapeuterne. De beskriver, at det er svært at huske tilbage på, hvordan symptomerne var for nogle uger siden og dermed også svært at vurdere den samlede udvikling, der er sket i forløbet. At kigge tilbage på en samlet udvikling kan også motivere i perioder, hvor der eventuelt ikke er fremgang. Også her fungerer MIRA som et huskeredskab, der kan vise hvordan status var ved start samt visualisere forbedringer via grafen.

3.2.2 Årsagssammenhænge og udvikling

Flere borgere beskriver, at MIRA giver mulighed for at undersøge mulige sammenhænge mellem adfærd og symptomer, samt få øje på sammenhænge, som de ikke selv havde set tidligere. Borgerne beskriver således, hvordan det kan være svært at se sammenhænge "mens man er i det". Der imod bliver sammenhængen tydelig, når graferne over de indtastede faktorer præsenteres visuelt i samme skema, som også beskrevet i afsnittet ovenfor. Det opleves som meget lærerigt, og peger i retninger af ændringer, som borgerne kan foretage for at mindske symptomer.

- *B08: Ja, den sætter det hele sammen, så man får et billede af det hele på samme tid. Hvad er det, der betyder noget. Den røde streg er der, og de andre er... man kan se sammenhængen i det. Og så netop få de refleksioner over hvorfor det ser sådan ud? Det var der så en grund til.*

Flere af borgerne beskriver, at de har stort udbytte af selv at kigge på grafen og lave analyser på mulige sammenhænge mellem faktorer, mens andre sætter pris på, at fysioterapeuten laver analysen. Uanset hvem der udfører analysen af mulige årsagssammenhænge, giver det anledning til at ændre adfærd for at mindske symptomer.

Borgerne oplever at data bliver anvendt under konsultationerne, også når der ikke har vist sig den ønskede effekt af interventioner. En enkelt borger beskriver, at indtastet data og graf ikke har vist en sammenhæng mellem symptom (energi) og ændret adfærd (søvn). Hun fortæller:

- *I: Så det data, som du har puttet ind, dem har i brugt sammen, når I har mødtes?*
- *B09: Ja. Men om vi er blevet forfærdeligt meget klogere på dem, det ved jeg ikke, fordi der er ikke så meget system over min energi i forhold til min søvn. Så det er ikke sådan, at vi har kunnet sige, at så skal jeg øve mig i det der og det der. Så det har været sådan lidt svævende det hele, så jeg ved ikke rigtigt.*

Ovenstående citat viser, at analyser og undersøgelser af mulige årsagssammenhænge både kan bruges til at bekræfte eller afkræfte teorier om sammenhænge og altså har værdi uanset, om der opleves og ses effekt af en given intervention, eller der ikke er effekt.

Flere af deltagerne gav udtryk for en opmærksomhed på, at jo flere data der blev indtastet i MIRA, jo bedre analyser kunne der laves. En kvindelig borger siger:

- *B05: [...] Fordi noget af det man jo ikke kan se på grafen, det er de individuelle punkter jeg har skrevet ind, altså jeg er træt... jeg er træt... jeg er træt. Det skal jeg ind under de individuelle data for at se, og det havde hun [fysioterapeuten] fanget det mønster, og det havde jeg ikke set, fordi det fremgår ikke ud af kurverne. Men det gjorde det ved vores andet møde, fordi der var det blevet et punkt med energi skalaen, og der kunne man så se korrelationer både hvornår jeg træner, og hvornår jeg ikke træner, men også hvornår jeg sover, og hvornår jeg ikke gør det.*

Dette felt med plads til noter i prosa-form viste sig at være værdifuldt for flere af borgerne, som oplevede, at det gav fysioterapeuten værdifuld information i tillæg til de tal, der blev tastet ind. Det gjorde fysioterapeuten i stand til at lave bedre analyser ud fra data og dermed bedre betingelser for valg af MIRA-målepunkter. I ovenstående citat ændres målepunkt fra hovedpine til træthed. Det gav nogle helt andre muligheder for at vurdere mulige årsagssammenhænge og derudfra justere i aftaler om behandlingstiltag, f.eks. omkring hensigtsmæssig adfærd.

Som tidligere nævnt kan MIRA ikke stå alene, men forudsætter et godt samarbejde mellem fysioterapeut og borger for at nå sit fulde potentiale. Derudover løser MIRA ikke den

velkendte udfordring, der ligger i at omsætte viden til handling. Dog kan der fortsat være langt fra tanke og overblik til konkret handling og ændring af vaner. En borger fortæller:

- *B04: [...] Altså fordi det tager jo tid at ændre vaner, så hvis det var et forløb man havde over længere tid, så tror jeg virkeligt, at man kunne få fastsat nogle andre vaner ... Fordi det er svært at lave om på sig selv, når man har noget, man roder rundt med inde i hovedet. Altså det giver sig selv, der er ikke plads til det hele, men jeg synes det [MIRA] har været et godt redskab på vejen.*

Flere af borgerne giver udtryk for gerne at ville fortsætte med at anvende MIRA efter endt forløb i Sociallæge Institutionen, da det fungerer som en slags "hjælp til selvhjælp". En borger, som har afsluttet brugen af MIRA siger:

- *B03: [...] Jeg kan bare mærke, at efter jeg er stoppet med MIRA, at jeg ved det faktisk ikke helt... og jeg synes, at jeg selv havde en bedre fornemmelse af uge for uge, hvordan jeg havde haft det, altså med hovedpinen. Jeg synes det ville være rart [at fortsætte med MIRA], sådan bare til privat.*

Dette ønske om at fortsætte med brugen af MIRA kan være et udtryk for den hjælp som MIRA giver i form af stop-op i hverdagen, overblik over udvikling og sammenhænge og som motivation for hensigtsmæssig adfærd. Så selvom de forgående afsnit har lagt vægt på MIRA som et redskab der bruges i relationen og samarbejdet mellem fysioterapeut og borger, så tyder ønsket om fortsat brug af MIRA efter endt forløb i Sociallægeinstitutionen på, at borgerne har en forventning om, at MIRA også kan bidrage positivt, når de fortsætter brugen af den på egen hånd.

3.2.3 Motivation

På baggrund af analysen af årsagssammenhænge og den visuelle præsentation af resultater i grafen, har borger og fysioterapeut et godt afsæt for at evaluere på tidligere handlinger og adfærd. Nogle beskriver netop denne indsigt i udvikling, og særligt ved fremskridt, som en motivation for at ændre adfærd, eller blive ved med at holde fast i handlinger, der støtter op om en positiv udvikling.

- *B06: [...] Den der vækst giver sådan et moralsk boost. Jeg kan faktisk se fremskridtene, fordi ellers er det jo meget svært at se, når der sker noget, fordi jeg ser jo mig selv hver dag. Så det med at se de små forskelle, det er næsten umuligt. Men når jeg rent faktisk kan se, at jeg har gået mere og jeg kan se, at jeg begynder at gå meget mere, så det er noget nemmere at se, hvor man kan sidde og sammenligne det og putte det sammen.*
- *I: Kan man sige, at det er en motivation?*
- *B06: En motivation... Ja, altså det virker også som en motivation, fordi i forhold til [fysioterapeuten], så har vi lavet sådan en plan om, at så går du så og så mange skridt. Så der er en motivation et eller andet sted, men det der sådan set virker bedst for mig er, at [...] jeg har en grund til at opfylde min kvote, fordi et eller andet sted, så kan jeg finde resultatet.*

Det, at taste data ind og opfylde kvoter, som borgeren beskriver i citatet, er én type motivation, som MIRA kan give. Det, at han dag efter dag erfarer, at han kan nå de mål eller udføre de opgaver, der er aftalt med fysioterapeuten, giver ham et boost. Det "at opfylde sin kvote" giver en tilfredsstillende, som motiverer borgeren. Derudover nævner han motivation ved at se sin udvikling over tid, som den præsenteres i MIRA. Han har monitoreret og dokumenteret sin indsats i MIRA og han kan til enhver tid tilgå disse data.

Det er af dog af afgørende betydning for borgerne, at der er en i den anden ende, som de står til ansvar overfor. Som en slags ydre motivation, hvor den emotionelle tilstand af dårlig samvittighed over at fysioterapeuten kan se, at borgeren ikke har udført de opgaver, der er

aftalt, kan virke motiverende. Bevidstheden om at der bliver fulgt op på de informationer de indtaster, virker motiverende for at gøre som aftalt. Her er relationen mellem fysioterapeut og borger igen vigtig.

- *B09: Ja. altså for mig har det virket sådan at... altså ja... for at være helt så... i går lavede du ingenting, og det kan du simpelthen ikke skrive, at det har du heller ikke gjort i dag. Så selvom du lige er stået op, så går du lige en tur, inden du overhovedet laver noget andet. Så på den måde, har den [MIRA] fået det gode frem i én [griner]. [...] Så på den måde har den, sådan lige taget en lidt i nakken [griner]. Hanket lidt op i en. Det har den ved mig.*
- *I: Ja, og det har du jo så ikke det samme behov for længere, det er ligesom blevet mere indbygget i dig?*
- *B09: Ja. jeg skulle også lige til at sige, at jeg er blevet bedre til at tænke det af mig selv, hvis man kan sige det. Det har den lært mig.*

Borgeren beskriver, hvordan indtastningen motiverede hende i starten, og hvordan det efterhånden er blevet mere en indre motivation. Hun tillægger MIRA æren for at hun har ændret adfærd, og ikke længere behøver at taste ind i app'en, for at handle hensigtsmæssigt i sin hverdag.

3.3 Rapportering og fejlrapportering

Analysen viser flere aspekter vedrørende rapportering og fejlrapportering og årsager hertil. Borgerne giver generelt udtryk for, at det er nemt at afrapportere, idet MIRA er intuitiv, man har altid sin mobil ved hånden, og man kan afrapportere næsten uanset hvor, man er henne. Det er en fordel, f.eks. sammenlignet med skemaer i papirformat, og giver desuden mere tidstro data. Borgerne sætter både pris på de rubrikker, der bare skal krydses af samt på feltet, der giver mulighed for at skrive prosatekst.

Et vigtigt fund i analysen er, hvordan MIRA-data kan anskues i forhold til hvordan de afspejler "sandheden". Helt overordnet er kvalitet og validitet af MIRA-data ikke bedre end det, der er tastet ind af borgerne. MIRA viser altså "kun" resultatet af det, der er tastet ind, og grafen som output er således helt afhængig af de indtastede data, som er input.

Flere af borgerne giver udtryk for, at der kan ske fejlrapporteringer eller forekomme nedsat kvalitet i rapporteringen af forskellige årsager. En årsag der nævnes af flere er, at hvis man har det dårligt, eksempelvis på grund af store smerter eller ikke trives psykisk, orker man ikke at rapportere med samme kvalitet som vanligt, eller måske slet ikke. En borger siger:

- *B02: [...] Han [fysioterapeuten] synes det lå ret stabilt, og jeg kan godt se, at fra hans synspunkt virkede det til, at jeg psykisk var stabil, men der var jeg nødt til at forklare ham, at jeg løj, fordi hvis jeg så på den, at jeg de fleste dage om ugen lå på et etter eller et nul, så ville jeg bare ryge helt ned, og det havde jeg ikke lyst til at kigge på...*

Citatet peger på, at visualiseringen af dårlige resultater i MIRA kan have en negativ selvforstærkende effekt, på samme måde som visualiseringen af en positiv udvikling kan have en positiv effekt og virke motiverende. I dette tilfælde afholder det borgeren fra at rapportere hvordan hun egentlig har det. Hun siger senere: "Det er for at beskytte mig selv, at jeg vælger at lyve [...] jeg har behov for at se nogle andre tal, fordi det hjælper mig psykisk..." Hun kan bedre klare forløbet, hvis hun kan holde sin emotionelle tilstand positiv, også selvom det indebærer, at hun lyver.

En borger forklarer hvordan kvaliteten af de indtastede data er mere mangelfulde, og dermed af dårligere kvalitet, de dage han har det skidt:

- *B03: [...] Jeg vil sige, at de dage hvor jeg har haft det dårligst, er også nogle gange der jeg har noteret mindst [griner lidt], fordi jeg orkede det ikke.*

En anden borger nævner, at det udvalgte målepunkt ikke længere er det mest relevante, og derfor giver et misvisende billede af, hvordan det går med hende. Der rapporteres på hovedpine, men hun oplever, at det er andre symptomer, som er mere relevante.

- *B03: [...] tit når jeg skulle svare til sidst på en skala fra 1-10, hvordan min dag har været, så har jeg tit lyst til, hvis jeg har haft en dårlig dag, at skrive 2/10, fordi jeg har haft det rigtig hårdt. Men hvis jeg ikke har haft så meget hovedpine, så skrev jeg 8[...] så det så godt ud, når jeg snakkede med fysioterapeuten, men så er det ikke helt repræsentativt fordi, der er nogle andre ting i vejen [...]*

Med udgangspunkt i ovenstående citater tyder det på, at det er vigtigt borgeren er velinformeret om formålet med MIRA og de udvalgte målepunkter, samt at der løbende evalueres på, om målepunkterne er relevante og meningsfulde for borgeren. Hvis borgeren oplever uoverensstemmelse mellem egen kropslige erfaringer og det som MIRA viser, eller hvis der skal indrapporteres på ikke-relevante faktorer, mindsker det borgernes oplevelse af vigtigheden af at indtaste "korrekt".

Borgerne var bevidste om, at de påvirker data gennem deres indtastning og få brugte det endda bevidst til at få data til at fremstå mere positive end tilfældet var. Andre var meget opmærksomme på at taste data "korrekt" ind. En borger beskriver det således:

- *B05: [...] Så på den måde har det været et godt redskab til at komme videre i processen, og så igen visuelt at have noget fysisk at forholde sig til, og ikke bare noget man går og tror, som man synes man kan huske og fornemme der er galt. Men der er en konkret og objektiv graf, man kan forholde sig til.*

Det er interessant, at borgeren her vælger at kalde MIRA data for objektive, idet de er indtastet af hende selv. Omvendt hænger det fint sammen med at denne borger var meget omhyggelig med at indtaste data "korrekt" både i forhold til at indtaste tidstro og tro mod symptomer.

Selvom der manglede en registrering kunne det stadig vise sig brugbart, når fysioterapeut og borger kommunikerede om de indtastede data, også de data der manglede, da det kunne bruges som en anledning til at spørge ind. En anden borger fortæller noget lignende:

- *B08: Ind imellem har jeg fået nogle opgaver, hvor jeg skulle udfylde noget særligt inde i app'en. Når jeg så ikke gjorde det, kunne han jo spørge ind til: er det fordi det er svært at skrive eller andre årsager?*
- *I: Så også ting, der ikke blev registreret, kunne være brugbart i forløbet?*
- *B08: Lige præcis, ja. Jeg synes det har været fedt at han har grebet ind, nogle gange før jeg selv har opdaget, at det var nødvendigt.*

Igen tydeliggøres det, at det gode samarbejde og fysioterapeutens kendskab til sine borgere er afgørende for, at MIRA-data kan anvendes på denne måde. Ligeledes forudsætter det at fysioterapeuten kigger på de data borgeren har tastet ind, som forberedelse til konsultationerne.

Andre årsager til fejlrapportering kan være tilfældigheder i forhold til om smiley'en lige lander på 5 eller 6, eller hvis skalaerne for to forskellige faktorer vender omvendt af hinanden (eksempelvis 0-10 bedst-værst versus 0-10 værst-bedst). En anden kilde til fejlrapportering kan være hvis mulighederne i app'en ikke giver mening for borgeren. En kvinde siger:

- *B09: Ja. Fordi jeg synes det med søvnen, det er nogle gode ting, jeg kan klikke på. Jeg kan klikke på uafbrudt søvn, søvnløs eller tankemylder, tror jeg også er der, og god*

søvn. Der er sådan mange forskellige, så jeg kan gøre det meget nuanceret, og jeg kan godt trykke på flere af dem. Så den synes jeg er god, i forhold til det, jeg har med arbejde [...] altså, det med at jeg kan trykke på nogle felter, f.eks. stressfyldt arbejde, PC arbejde, det kan du se, men der er ikke ret mange af de der kasser, der passer på mig og det jeg laver deroppe. Så det er tit, trykker jeg slet ikke på nogen, så skriver jeg bare, hvis jeg har været der i 4 timer.

Citatet ovenfor illustrerer vigtigheden af, at de muligheder, der er at trykke på, er passende for den enkelte borger. Hvis ikke mulighederne i MIRA opleves som relevante, fremstår det meningsløst for borgeren at indtaste data, og omfanget eller kvaliteten af de indtastede data forringes. Som nævnt under temaet om samarbejde og relation, er kvaliteten af data væsentlig for den analyse, der kan udarbejdes på baggrund af MIRA-data. I dette eksempel forringes kvaliteten af indtastede data i og med borgeren vælger blot at angive antallet af timer. Således ser den professionelle kun et kvantitativt udtryk for arbejdsmængden, men ikke hvordan det er oplevet eller hvilke symptomer der eventuelt er blusset op eller mindsket.

4 Diskussion

I dette afsnit diskuteres rapportens fund ud fra working alliance og self-efficacy teorierne samt perspektiver fra de professionelle. Diskussionsafsnittet afrundes med et oprids af styrker og svagheder ved undersøgelsen samt afsluttende kommentarer med en kort opsamling af resultater.

4.1 Working alliance

Som nævnt under metodeafsnittet i denne rapport, indgår tre elementer i working alliance teorien, 1) opsætning af gensidige mål, 2) meningsfulde opgaver for at nå målene, og 3) relation mellem borger og professionel. Alle tre elementer er til stede i denne undersøgelse. De mål der sættes i borgernes forløb hos fysioterapeuterne i Sociallægeinstitutionen vil kunne beskrives som delmål i forhold til det overordnede mål om at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det kunne være at øge funktionsevnen og få struktur på hverdagen.

Resultaterne fra analysen viser, at borgerne inddrages i beslutningen om hvilke mål, der arbejdes hen imod. I kraft af at MIRA ofte blev præsenteret meget tidligt i forløbet kunne MIRA-data inddrages i dialogen omkring målsætning. Dermed blev MIRA-data et fælles afsæt for dialog og beslutning vedrørende mål for forløbet.

De opgaver, som borgeren stilles i forhold til at ændre adfærd for at mindske symptomer, har ofte direkte afsæt i de MIRA-data, som borgeren har indtastet. Sammen vurderer borger og fysioterapeut hvorvidt den ønskede effekt er fremkommet, og hvis ikke, hvad mulige årsager kan være. Ud fra denne dialog, træffer borger og fysioterapeut i fællesskab beslutning om hvilken opgave der så skal løses til næste gang, eksempelvis en ændret adfærd. Derved understøtter MIRA valget af opgaver opleves meningsfulde for både borger og fysioterapeut og dermed også hensigten om at skabe en gensidig og ligeværdig alliance.

I forhold til elementet omkring alliancen peger fundene på, at MIRA ikke skaber en positiv relation mellem fysioterapeut og borger, men nærmere bygger videre på en allerede eksisterende positiv relation. Det indikerer samtidig, at fysioterapeuterne, der indgår i denne undersøgelse, formår at etablere en sådan positiv relation til borgerne relativt hurtigt.

4.1.1 Fysioterapeuternes perspektiver

Præsenteret for resultaterne af borgerinterviews, nikkede de professionelle genkendende til, at relationen mellem borger og fagprofessionel er vigtigere end MIRA som enkeltstående "redskab". De tre fysioterapeuter supplerede med en bemærkning om, at det ikke har været intentionen, at MIRA skulle anvendes alene, altså uden at borgeren er i et aktivt forløb hos en af de professionelle i Sociallægeinstitutionen. De er enige med borgerne i, at relationen styrkes når medarbejderen har adgang til MIRA-data inden mødet med borgeren, og dermed er betydeligt bedre forberedt til konsultationer, end det ville have været muligt uden MIRA-data.

Dog viser samtalen med fysioterapeuterne, at der er forskelle i hvem der tilbydes MIRA. Én tilbyder MIRA til stort set alle sine borgere, mens en anden fortæller, at der går overvejelser forud for præsentationen af MIRA for den enkelte borger. Denne fysioterapeut præsenterer som oftest ikke MIRA for borgere, hvor relationen ikke er etableret, eller den eventuelt opleves som negativ. Det stemmer fint overens med vores fund baseret på borgernes udtalelser. De oplever netop, at der er en god relation mellem behandler og dem selv, samt at den relation allerede var etableret inden MIRA blev præsenteret og blev en del af forløbet. Således viser undersøgelsen at MIRA fungerer godt, når den anvendes i en positiv relation

mellem borger og fysioterapeut, samt at MIRA kan bidrage til at vedligeholde en positiv relation.

4.2 Self efficacy

I dette afsnit udfoldes nogle af analysens fund i forhold til Bandura's teorier omkring self-efficacy [32], som er beskrevet nærmere under metodeafsnittet. Ud fra borgernes udtalelser fungerer MIRA som en støtte til især at vurdere hvorvidt forventningen om, at interventioner gør en positiv forskel (outcome expectancy). Ud fra observationer af konsultationer er fysioterapeuterne opmærksomme på, at de aftaler, der træffes med borgerne om øvelser eller andre interventioner, er opgaver som borgeren er klædt på til at udføre. Derved øger fysioterapeuten self-efficacy fordi borgeren har prøvet en øvelse af sammen med fysioterapeuten eller talt en opgave igennem inden konsultationen afsluttes. Via grafen i MIRA bliver forbedringer præsenteret på en visuelt tydelig måde, hvilket flere borgere beskriver som motiverende for at fortsætte de aftalte interventioner. Dette kan kobles til teorien om hvordan positive emotionelle tilstande kan påvirke self-efficacy i positiv retning. Men fænomenet kan tilsyneladende have en slagside, når effekten udebliver og grafen tilmed ubarmhjertigt viser, at det går den forkerte vej. Det kan skabe en negativ emotionel tilstand og vil ifølge teorien modarbejde troen på at interventionen vil medføre en bedring og derved mindske self-efficacy. En af borgerne håndterer dette med en strategi om at lyve og taste ukorrekte data ind i MIRA, hvilket mindsker det emotionelle ubehag. Undersøgelsen viser altså, at borgerens self-efficacy kan påvirkes både positivt og negativt ved brug af MIRA i rehabiliteringsforløb i Sociallægeinstitutionen og at der kan være en risiko for at borgeren fejl-rapporterer som en måde at undgå negative emotionelle oplevelser.

4.2.1 Fysioterapeuternes perspektiver

Resultaterne vedrørende rapportering og fejlrapportering fandt de professionelle særligt interessante. Det gav dem et indblik i mulige årsager til manglende eller sparsom rapportering i MIRA. De tilkendegav, at de vil være opmærksomme på dette i forbindelse med overvejelser om at præsentere MIRA for borgere fremadrettet samt at de vil være opmærksomme på kvaliteten af rapporteringen, da lav kvalitet eller ændringer i kvalitet kan være en indikation på, at borgeren ikke trives. Resultaterne fra denne undersøgelse viser, at det kan være svært at overskue rapportering af god kvalitet, når man har ikke har det godt, f.eks. grundet smerter. Dette understøttes af resultater fra en anden undersøgelse lavet i dansk kontekst. Her undersøgtes brugen af et nyt spørgeskema til patienter med lænderyg-problemer [33], og her fortæller patienterne ligeledes, at det kan være en udfordring af udfylde spørgeskemaer, når man har smerter.

4.3 Yderligere bemærkninger fra fysioterapeuterne

Under præsentation af rapportens fund for fysioterapeuterne gav de udtryk for at være bevidste om at MIRA-data ikke er den objektive "sandhed" og der kan ske fejlrapportering af forskellige årsager. En af de professionelle beskrev MIRA-data som "noget subjektivt, der fremstilles objektivt". Dog er det de professionelles erfaring, at data fra MIRA bidrager væsentlig til deres forberedelse og forudsætninger for at kunne yde et konstruktivt og effektivt forløb. Det støtter denne rapport's fund op om.

Oftentimes indledes konsultationer med, at borgeren bliver bedt om at fortælle hvordan det er gået siden sidste konsultation. Inden MIRA blev tilgængeligt var det de professionelles oplevelse, at borgerne havde svært ved nuanceret at huske perioden, især hvis den var længere, og at svaret ofte blev et udtryk for hvordan borgeren havde haft det de sidste dage op til konsultationen. Analysens fund af MIRA som et huskeværktøj blev derfor både genkendt og

taget godt imod af de professionelle. De professionelle udarbejder afgørende vurderinger af borgerene på baggrund af deres konsultationer, og som sendes videre til den henvisende jobkonsulent. Derfor er viden om hvordan det går med borgeren i forløbet samt eventuel udvikling hen imod at kunne indgå i arbejdsmarkedet er af stor vigtighed i fysioterapeuternes arbejde og de oplever at MIRA er et redskab, der supplerer deres eksisterende praksis positivt.

4.4 Styrker og svagheder ved studiet

I det følgende gennemgås en række forbehold som bør medtages, da de har betydning for gyldigheden af resultaterne.

4.4.1 Rekruttering af borgere til undersøgelsen

Som beskrevet i afsnit 2.2. blev rekrutteringsprocessen ændret til at foregå via de fagprofessionelle. Det betyder, at der var en risiko for, at der ikke kunne skabes fuld anonymitet for borgerne, idet den enkelte fagprofessionelle, der har rekrutteret borgeren, i flere tilfælde ville kunne genkende borgeren gennem citater. Det giver naturligvis nogle etiske overvejelser samt overvejelser i forhold til troværdigheden af borgerens udsagn, da borgeren kan være tilbageholdende med at sige noget negativt om MIRA eller om den fagprofessionelle. Inden interviewene gik i gang blev det understreget fra interviewerens side, at denne ikke var ansat af Sociallægeinstitutionen og ikke rapporterer tilbage hvad den enkelte borger fortæller. Det er vores vurdering, at borgerne har følt sig trygge og oprigtige i interviewsituationen, og at undersøgelsens fund er troværdige i denne henseende.

Denne rekruttering betød dog samtidig, at vi ikke kunne sikre os, hvorvidt de professionelle udelukkende rekrutterede borgere, de vidste var positive over for MIRA. Det spurgte vi derfor de fagprofessionelle om, i forbindelse med præsentation af undersøgelsens fund. Medarbejderne svarede, at de rekrutterede borgere ikke var særligt udvalgte for at fremme et positivt resultat i undersøgelsen, men primært valgt ud fra en pragmatisk tilgang – de spurgte de borgere de havde i forløb på det pågældende tidspunkt. Det fremgik dog af de fagprofessionelles tilbagemeldinger, at der var forskel på hvem de introducerede til MIRA. Én præsenterede MIRA for stort set alle sine borgere, mens de to andre fortalte, at de primært tilbød MIRA til borgere, hvor de oplever en god relation, eller hvor de fornemmer en vis grad af motivation for adfærdsændring.

Et andet væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til rekrutteringen til borgerinterviews vedrører kriteriet om, at de inkluderede borgere skulle kunne tale og forstå dansk. Efterfølgende er vi blevet bekendte med at en væsentlig del af de borgere, der er i forløb i Sociallægeinstitutionen, er af anden etnisk herkomst end dansk. Dermed er de borgere som anvender MIRA, og som vi har rekrutteret til nærværende undersøgelse, ikke repræsentative for den samlede gruppe af borgere, der er i forløb i Socialinstitutionen.

4.5 Afsluttende kommentarer

Formålet med nærværende projekt var at undersøge værdien af at implementere et digitalt redskab, i form af en applikation kaldet MIRA i Sociallægeinstitutionen i Aarhus Kommunes beskæftigelsesforvaltning. Grundet manglende mulighed for at gennemføre projektets første del, spørgeskemaundersøgelsen, kan det på baggrund af nærværende projekt ikke vurderes hvilken effekt anvendelsen af MIRA har. Den kvalitative del af undersøgelsen viste, at borgerne var positive over for redskabet, og MIRA bidrog til en i forvejen positiv relation mellem professionel og borger. Det var mærkbart for borgerne, at den professionelle havde forberedt sig ved at orientere sig i data indtastet i MIRA. MIRA fungerede som et huskeværktøj for borgerne ved at minde dem om at taste data ind på de aftalte tidspunkter.

Derudover gav MIRAs påmindelser anledning til refleksion over hvordan borgeren havde det nu og her. MIRAs funktion med at generere en graf over de indtastede data bidrog til lettere at kunne gennemskue eventuelle årsagssammenhænge, som kan lede til adfærdsændringer. Tydeliggørelse af årsagssammenhænge var også en væsentlig årsag til at MIRA kunne fungere som en motivation til adfærdsændringer. Analysen viste desuden, at det var nemt og tilgængeligt at bruge MIRA, men også at der sker fejlrapporteringer. Særligt når borgerne havde det dårligt var det svært for dem at rapportere.

5 Referencer

1. CEPOS. Offentlige udgifter til indkomstoverførsler på 385 mia. kr. i 2022. 2022 [cited 2022 12.04.2022]; Available from: <https://cepos.dk/abcepos-artikler/0173-offentlige-udgifter-til-indkomstoverfoersler-paa-385-mia-kr-i-2022/>.
2. Flachs, E.M., L. Eriksen, and M.B. Koch, Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. 2015, Sundhedsstyrelsen: København.
3. Koch, M.B., M. Davidsen, and K. Juel, De Samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark. 2011, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet: København.
4. Sieurin, L., M. Josephson, and E. Vingard, Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009. 37(1): p. 50-56.
5. Floderus, B., et al., Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2005. 37(5): p. 291-299.
6. Loisel, P. and Anema, J., *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*. 1 ed. 2013, New York: Springer.
7. Sundhedsstyrelsen, *Helhedsorienterede beskæftigelsesindsatser med fokus på sundhed*. 2019.
8. Beskæftigelsesministeriet, *Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge*. 2021.
9. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), *Program PRO. Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af de danske sundhedsvæsen - anbefalinger og vidensgrundlag*. 2016: København.
10. Trygfonden and ViBIS, *Program Pro. Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen - anbefalinger og vidensgrundlag*. 2016: København.
11. Pappot, H. and R.B. Friis, PRO kan forbedre kvaliteten - hvis det anvendes meningsfuldt og aktivt i klinikken. *Dagens Medicin*, 2021.
12. Whitehead, L. and P. Seaton, The Effectiveness of Self-Management Mobile Phone and Tablet Apps in Long-term Condition Management: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 2016. 18(5): p. e97.
13. Brzan, P.P., et al., Mobile Applications for Control and Self Management of Diabetes: A Systematic Review. *Journal of medical systems*, 2016. 40(9): p. 210-016-0564-8. Epub 2016 Aug 13.
14. Wallace, L.S. and L.K. Dhingra, A systematic review of smartphone applications for chronic pain available for download in the United States. *Journal of opioid management*, 2014. 10(1): p. 63-68.
15. Yang, F., et al., Mobile health applications in self-management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis of their efficacy. *BMC Pulm Med*, 2018. 18(1): p. 147.
16. Whitehead, L. and P. Seaton, The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 2016. 18(5): p. e4883.

17. Portelli, P. and C. Eldred, A quality review of smartphone applications for the management of pain. *British journal of pain*, 2016. 10(3): p. 135-140.
18. Lalloo, C., et al., "There's a Pain App for That": Review of Patient-targeted Smartphone Applications for Pain Management. *The Clinical journal of pain*, 2015. 31(6): p. 557-563.
19. O'Connor, S., et al., Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: a systematic review of qualitative studies. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2016. 16(1): p. 120.
20. Coyne, I.T., Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 1997. 26.
21. Spradley, J.P., Participant Observation. 1980, Wadsworth: Thomson Learning.
22. Yin, R.K., *Qualitative Research: from Start to Finish*. 2 ed. 2016, New York: The Guilford Press.
23. Braun, V. and V. Clarke, Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006. 3(2): p. 77.
24. Wagner, S.L., J.M. Wessel, and H.G. Harder, Workers' Perspectives on Vocational Rehabilitation Services. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2011. 55(1).
25. Dekkers-Sánchez, P.M., et al., What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 2011: p. 481-493.
26. Haugli, L., S. Maeland, and L.H. Magnussen, What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation*, 2011. 21(4): p. 573-581.
27. Lustig, D.C., et al., The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2002. 46(1): p. 24-32.
28. Lustig, D.C., et al., The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2002. 25(9).
29. Horvath, A., Research on the alliance. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. 1994, Wiley: New York. p. 259.
30. Ravn, R. and T. Bredgaard, Relationships Matter-The Impact of Working Alliances in Employment Services. *Social Policy and Society*, 2021. 20(3): p. 418-435.
31. Bordin, E.S., The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 1979. 16(3): p. 252-260.
32. Bandura, A., Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 1977. 84(2): p. 191-215.
33. Ibsen, C., et al., "Keep it simple": Perspectives of patients with low back pain on how to qualify a patient-centred consultation using patient-reported outcomes. *Musculoskeletal care*, 2019. 17(4): p. 313-326.

