

RAPPORT

Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest

Del 1 – rekruttering af deltagere



sundhedscenter **Vest**
sammen om sundhed

udarbejdet af Maiken Rose Hjortbak
Sundhedscenter Vest, december 2011



Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest. Del 1 – rekruttering af deltagere

December 2011

Information:

Leder af Sundhedscenter Vest Ulla Svendsen

Sundhedscenter Vest

Kirkegade 3

6880 Tarm

ulla.svendsen@rksk.dk

Tlf.: 99741601

Rapporten kan downloades på:

www.sundhedscenter-vest.dk

www.cfk.rm.dk

Rapporten er udarbejdet af:

Projektkoordinator Maiken Rose Hjortbak

Ringkøbing-Skjern Kommune

Datamanager Anne Marie Schak Jensen

Datamanager Hans Jacob Rud Christensen

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INDLEDNING</u>	<u>5</u>
<u>2</u>	<u>SAMMENFATNING OG INDSATSOMRÅDER</u>	<u>6</u>
2.1	UDVALGTE INDSATSOMRÅDER	8
<u>3</u>	<u>INTRODUKTION TIL LÆRINGS- OG MESTRINGSFORLØB</u>	<u>10</u>
3.1	KRONIKERTEAMET	11
3.2	FORM OG INDHOLD	11
3.2.1	DEN AFKLARENDE SAMTALE	12
3.2.2	UNDERVISNING OG TRÆNING	13
3.2.3	OPFØLGNING	16
3.3	PÆDAGOGISK METODE	17
<u>4</u>	<u>DATAGRUNDLAG OG FREMGANGSMÅDE</u>	<u>18</u>
4.1	DATAKILDER	18
4.2	GRUPPERING	18
4.3	BEMÆRKNING VEDR. SAMMENLIGNING AF SVARGRUPPE OG REFERENCEGRUPPE	20
4.4	AFGRÆNSNING OG GENERALISERBARHED	21
<u>5</u>	<u>GENEREL BAGGRUNDSPROFIL</u>	<u>22</u>
5.1	VIGTIGSTE FUND	22
5.2	DELTAGERANTAL, KØN OG ALDER	22
5.3	BESKÆFTIGELSESGRAD	25
5.4	HENVISNINGSKILDE	26
5.5	GEOGRAFISK SPREDNING	27
<u>6</u>	<u>SOCIAL PROFIL</u>	<u>29</u>
6.1	VIGTIGSTE FUND	29
6.2	DEFINITION AF SOCIAL POSITION	29

6.3 LEVEKÅRSRESSOURCER	30
6.4 ØKONOMISKE RESSOURCER	33
6.4.1 UDDANNELSE	33
6.4.2 INDKOMST	35
6.5 SOCIALT NETVÆRK	36
6.5.1 CIVILSTATUS OG BØRN	36
6.5.2 SOCIAL STØTTE OG ENSOMHED	37
6.6 OPLEVELSE AF BELASTNINGER	40
<u>7 PROFIL AF SUNDHEDSADFÆRD</u>	<u>42</u>
7.1 VIGTIGSTE FUND	42
7.2 HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET	42
7.3 MOTION	45
7.4 RYGNING	47
7.5 KOST	48
<u>8 REFERENCER</u>	<u>51</u>

1 Indledning

Ringkøbing-Skjern Kommune har siden begyndelsen af 2009 tilbudt patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom. Uddannelserne kaldes lærings- og mestringsforløb, og de sigter på at hjælpe kronisk syge borgere til at kunne håndtere og leve godt med deres sygdom. I Ringkøbing-Skjern Kommune er tilbuddene om patientuddannelse forankret i Kronikerenheden i Sundhedscenter Vest. Der tilbydes uddannelsesforløb til flere forskellige patientgrupper, og der arbejdes systematisk med rekruttering, fagligt indhold og sundhedspædagogiske metoder.

Kronikerenheden blev under navnet Kronikercentret etableret i 2008 i samarbejde mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland. Enhedens hovedopgave er patientuddannelse, der indgår i den patientrettede forebyggelse, som med sundhedsloven fra 2007 er defineret som et delt ansvarsområde mellem region og kommune (1, 20).

Behovet for patientuddannelse udspringer af, at flere og flere mennesker rammes af kronisk sygdom. En landsdækkende undersøgelse fra 2005 viser, at 1,7 mio. danskere har en eller flere kroniske eller længerevarende sygdomme, og antallet forventes at stige (1, 2). Ligeledes viser Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det? 2010*, at forekomsten af kronisk sygdom er stigende i hele Region Midtjylland og i Ringkøbing-Skjern Kommune. I 2006 var forekomsten af kronisk sygdom i Ringkøbing-Skjern Kommune blandt de laveste i Region Midtjylland, men i 2010 var den steget til en af de højeste (15).

Som et led i samarbejdet mellem Region Midtjylland og Ringkøbing-Skjern Kommune har Kronikerenheden bl.a. til opgave at dokumentere, kvalitetsudvikle og evaluere sine indsatser (20). Derfor foretages der i perioden 2010-2013 en tredelt evaluering i samarbejde mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og CFK – *Folkesundhed og Kvalitetsudvikling*, Region Midtjylland.

Evalueringen behandler tre emner, hvoraf denne rapport indeholder det første:

1. Rekruttering af deltagere til lærings- og mestringsforløb
2. Organisering af kronikerindsatsen ved Sundhedscenter Vest
3. Deltagernes udbytte af lærings- og mestringsforløb

2 Sammenfatning og indsatsområder

Kronikerenheden har i perioden april 2009 – december 2011 afholdt i alt 20 lærings- og mestringsforløb for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdom og type 2-diabetes. Forløbene strækker sig over 7-10 uger og indeholder undervisning, fysisk træning og erfaringsudveksling.

Rekruttering til forløbene analyseres i forhold til generelle karakteristika, sociale forhold og sundhedstilstand ved forløbets start. Formålet er at identificere indsatsområder, som Kronikerenheden kan arbejde videre med i rekrutteringen til lærings- og mestringsforløb.

Evalueringen er foretaget ved at sammenligne oplysninger om deltagerne på lærings- og mestringsforløb med oplysninger om borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune, der lider af de samme kroniske sygdomme. Derved opnås sammenligning med den gruppe borgere, der potentielt kunne deltage i lærings- og mestringsforløb, i stedet for med befolkningen som helhed. Analyserne bygger på tre grupperinger (uddybes i afsnit 4):

- **Referencegruppen:** 5.219 borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune med KOL, hjertekarsygdom eller type 2-diabetes (data fra *Hvordan har du det? 2010*)
- **Deltagergruppen:** Alle de 123 personer, der har deltaget på lærings- og mestringsforløb i perioden
- **Svargruppen:** 109 deltagere, der har svaret på spørgeskemaer (88,6% af deltagergruppen)

Rekrutteringen til lærings- og mestringsforløb beskrives i relation til følgende: Deltageres generelle karakteristika, sociale profil og sundhedsadfærd. Nedenfor opsummeres de væsentligste konklusioner inden for hvert område.

Vigtigste fund vedr. deltageres generelle karakteristika:

- Deltagergruppen udgør ca. 2,4% af det samlede antal borgere med KOL, hjertekarsygdom og type 2-diabetes i Ringkøbing-Skjern Kommune.
- Gennemsnitsalderen i deltagergruppen er 68,9 år, mens den i referencegruppen er 63 år.
- 30% af deltagergruppen og 51% af referencegruppen er under 65 år.
- Det gennemsnitlige antal deltagere pr. hold er 8,2, mens der planlægges med 10-12 deltagere pr. hold.
- 50% af deltagergruppen og 57% af referencegruppen er mænd.
- 17% af svargruppen og 23% af referencegruppen er i beskæftigelse.
- 24% af deltagerne på lærings- og mestringsforløb er henvist af deres praktiserende læge. For 44% af deltagerne er der ikke registreret henvisningskilde.

- 75% af deltagerne kommer fra byerne Ringkøbing, Skjern og Tarm, der tilsammen huser 58% af kommunens indbyggere.

Den generelle baggrundsprofil viser overordnet, at deltagerne på lærings- og mestringsforløb i gennemsnit er ældre end referencegruppen, og at det særligt er svært at rekruttere borgere i den erhvervsaktive alder. Derimod er kønsfordelingen blandt deltagerne ganske tæt på referencegruppen, hvorved lærings- og mestringsforløbene ikke lider af de samme problemer med at rekruttere mænd, som kendes fra andre patientuddannelses-tilbud. Sundhedscenter Vest har imidlertid en udfordring i forhold til at sikre rekruttering fra hele kommunens store geografiske område, idet der er en overvægt af deltagere fra de større byer, hvor hovedparten af aktiviteterne i lærings- og mestringsforløb finder sted.

Vigtigste fund vedr. deltagernes sociale profil:

- 80% af svargruppen og 74% af referencegruppen har to eller færre ressourcer i indeks for levekårsressourcer.
- I den samlede svargruppe har flest lavt uddannelsesniveau (47%), og færrest har højt uddannelsesniveau (20%). Sammenlignet med referencegruppen har svargruppen en større andel lavtuddannede og højtuddannede.
- Der er markante forskelle i uddannelsesniveau mellem kønnene, og 60% af kvinderne og 21% af mændene i svargruppen har et lavt uddannelsesniveau. Sammenlignet med referencegruppen har svargruppen især få lavtuddannede mænd og få kvinder med mellemlang uddannelse.
- 91% af svargruppen og 74% af referencegruppen har en årlig indkomst på under 250.000 kr.
- En mindre andel af svargruppen end referencegruppen er gift eller samlevende, mens en større andel har børn.
- Flere i svargruppen end i referencegruppen føler sig ensomme.
- Inden for svargruppen oplever mænd i højere grad end kvinder at mangle social støtte, mens kvinderne i højere grad føler sig ensomme.
- Svargruppen føler sig i højere grad end referencegruppen belastet af en række forhold omkring sygdom, sociale relationer og økonomi. Forskellen er størst omkring egen sygdom.

Den sociale profil viser overordnet, at deltagerne på lærings- og mestringsforløb har relativt få levekårsressourcer, men at de herved ikke adskiller sig markant fra referencegruppen. Som samlet gruppe har deltagerne et relativt lavt uddannelsesniveau, og det er særligt kvinderne, der er lavtuddannede, mens der er en overvægt af højtuddannede mænd blandt deltagerne. Deltagerne føler sig desuden i højere grad end referencegruppen belastet af såvel deres egen sygdom som andre forhold, hvilket indikerer, at lærings-

og mestringsforløbene rekrutterer deltagere, der har behov for støtte. Deltagernes sociale netværk adskiller sig ikke markant fra referencegruppens.

Vigtigste fund vedr. deltagernes sundhedsadfærd og helbredsrelaterede livskvalitet:

- Svargruppen har dårligere helbredsrelateret livskvalitet end referencegruppen på samtlige skalaer i SF-12.¹ Forskellen er størst på skalaerne psykisk betingede begrænsninger, fysisk funktion og fysisk betingede begrænsninger.
- Svargruppen er moderat fysisk aktiv færre dage om ugen end referencegruppen, men dyrker til gengæld i højere grad idræt eller deltager i andre aktiviteter, der giver motion.
- 81% af svargruppen og 50% af referencegruppen ønsker at være mere fysisk aktive.
- 17% af svargruppen og 30% af referencegruppen er dagligrygere. Ca. halvdelen af rygerne i svargruppen ønsker at holde op med at ryge.
- 4% af svargruppen har et usundt kostmønster, mens det gælder for 19% af referencegruppen. 75% af svargruppen har et middelsundt kostmønster, og 21% har et sundt kostmønster.

Profilen af sundhedsadfærd viser overordnet, at deltagerne på lærings- og mestringsforløb allerede ved forløbets start har en bedre sundhedsadfærd (mht. motion, rygning og kost) end referencegruppen, men at de samtidig vurderer deres eget helbred dårligere. Dette indikerer, at deltagernes livskvalitet – i højere grad end referencegruppens – er påvirket af sygdom, men at de allerede ved forløbets start er godt på vej i forhold til sunde vaner.

2.1 Udvalgte indsatsområder

Evalueringsens resultater peger på en række indsatsområder, hvor Kronikerenheden kan arbejde videre med at forbedre indsatsen omkring rekruttering til lærings- og mestringsforløb.

Målgrupper: Kronikerenheden har indtil nu ikke arbejdet med specifikke (f.eks. sociale eller aldersmæssige) målgrupper for lærings- og mestringsforløb. Med henblik på fremover at sikre en effektiv og målrettet indsats for borgere med kronisk sygdom, kan Kronikerenheden med fordel beskrive, hvem tilbuddet er målrettet, og hvordan der sikres rekruttering fra disse grupper.

Yngre borgere med kronisk sygdom: Aldersfordelingen i hhv. deltagergruppen og referencegruppen viser, at Kronikerenheden i mindre grad rekrutterer deltagere i de yngre aldersgrupper til lærings- og mestringsforløb. Således er 51% af referencegruppen under 65 år, mens det kun gælder for 30% af svargruppen, hvorfor der er et potentiale i at øge indsatsen for at rekruttere flere i aldersgrupperne under 65 år. En øget indsats for rekruttering af deltagere under 65 år kan indebære et behov for at tilbyde aktiviteter udenfor almindelig arbejdstid, idet en større andel af de yngre må forventes at være i beskæftigelse.

Geografisk spredning: Evalueringen viser, at en relativt stor andel af deltagerne kommer fra byerne Ringkøbing og Tarm, hvor de fleste aktiviteter omkring lærings- og mestringsforløbene har fundet sted. Med henblik på at sikre rekruttering fra hele kommunens geografiske område kan det derfor med fordel overvejes at tilbyde flere aktiviteter i andre områder. Kronikerenheden har allerede i efteråret 2011 taget første skridt i denne retning ved at tilbyde lærings- og mestringsforløb i Tim.

Sundhedsvaner: Resultaterne viser, at Kronikerenheden rekrutterer borgere, der allerede ved forløbets start har relativt sunde kost-, ryge- og motionsvaner, og som er motiverede for at blive mere fysisk aktive. Dette giver anledning til overvejelser om, hvordan lærings- og mestringsforløbene også kan tiltrække de kronisk syge borgere, der har dårligere sundhedsvaner og manglende motivation.

Deltagerantal: Evalueringen viser, at der i gennemsnit er 8,2 deltagere pr. hold. Kronikerenheden planlægger med 10-12 deltagere pr. hold og resultaterne kan give anledning til at overveje, om der skal justeres på holdstørrelsen eller planlægningen af hold.

Etniske minoriteter: Der er ikke indsamlet oplysninger om deltagernes etniske baggrund i forbindelse med denne evaluering, men det overordnede indtryk er, at tilbuddet primært benyttes af etniske danskere. Det må imidlertid forventes, at der også er etniske minoritetsborgere med kronisk sygdom, som kunne have behov for et lignende tilbud. Derfor kan denne gruppe med fordel indgå i Kronikerenhedens og Sundhedscenter Vests overvejelser omkring den videre udvikling af tilbud.

¹ SF-12 (Short Form 12 Health Survey version 2) er et generelt mål for helbredsrelateret livskvalitet, der uddybes i afsnit 7.2.

3 Introduktion til lærings- og mestringsforløb

Patientuddannelse kaldes i Ringkøbing-Skjern Kommune for lærings- og mestringsforløb. Benævnelsen udspringer af, at patientuddannelsesforløb i Ringkøbing-Skjern Kommune er udviklet med udgangspunkt i teorier om læring og mestring, og som led i *Projekt læring og mestring til mennesker med kroniske lidelser* i regi af *Folkesundhed og Kvalitetsudvikling* (uddybes i afsnit 3.3).

Sundhedscenter Vests kronikerenhed har i perioden 2009-2011 tilbudt lærings- og mestringsforløb til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdom og type 2-diabetes. Der er for disse tre patientgrupper udviklet forløbsprogrammer i samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis (4, 5, 6). Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere med de pågældende sygdomme på hospitaler, i kommuner og i almen praksis i Region Midtjylland. Forløbsprogrammerne beskriver bl.a. anbefalinger til den kommunale rehabiliteringsindsats, hvor patientuddannelse er en central aktivitet.

Lærings- og mestringsforløbene er omdrejningspunktet for den patientrettede forebyggelse til borgere med kronisk sygdom i Ringkøbing-Skjern Kommune. Sundhedscenter Vest har også en række andre tilbud, der kort beskrives i afsnit 4.4.

Sundhedscenter Vest beskriver overordnet formålet med lærings- og mestringsforløbene som at støtte borgerne i at mestre det gode liv med en kronisk sygdom samt støtte til varig livsstilsændring (7). På Sundhedscenter Vests hjemmeside (maj 2011) udfoldes formålene med lærings- og mestringsforløb for hver sygdomsgruppe:

KOL:

- *At borgere får viden, inspiration og redskaber til at mestre livet med KOL*
- *At borgere afprøver og udvikler egen fysisk formåen*
- *At borgere ser muligheder og får mulighed for at danne netværk.*

Hjertekarsygdom:

- *At fokusere på ressourcer og finde redskaber til at mestre hverdagslivet med en kronisk hjertesygdom*
- *At øge og vedligeholde det fysiske funktionsniveau*
- *At blive i stand til at vedligeholde træningen på egen hånd*
- *At fremme evner og lyst til at skabe forandringer*
- *At øge livskvaliteten og få inspiration til et sundere liv*

Type 2-diabetes:

- *På forløbet får man viden, redskaber og færdigheder til at leve livet med type 2-diabetes, samt mulighed for at danne netværk.*

Lærings- og mestringsforløbene sigter således på at skabe positive fysiske og mentale forandringer hos borgerne med henblik på at støtte borgeren i at leve et godt liv med kronisk sygdom.

3.1 Kronikerteamet

Ansvar for planlægning og afvikling af forløb ligger hos Kronikerenheden og sundhedscentrets ledelse. Kronikerenheden er organiseret i et team bestående af fire medarbejdere: En koordinator (sygeplejerske/MSA), en fysioterapeut, en projektmedarbejder (sygeplejerske/afspændingspædagog) og en administrativ medarbejder. Teamet inddrager medarbejdere fra det øvrige sundhedscenter i planlægning og afvikling, når det vurderes relevant.

Den organisatoriske ramme omkring Sundhedscenter Vests indsats for borgere med kronisk sygdom vil blive behandlet yderligere i den anden devaluering, der udarbejdes i perioden 2011-2012.

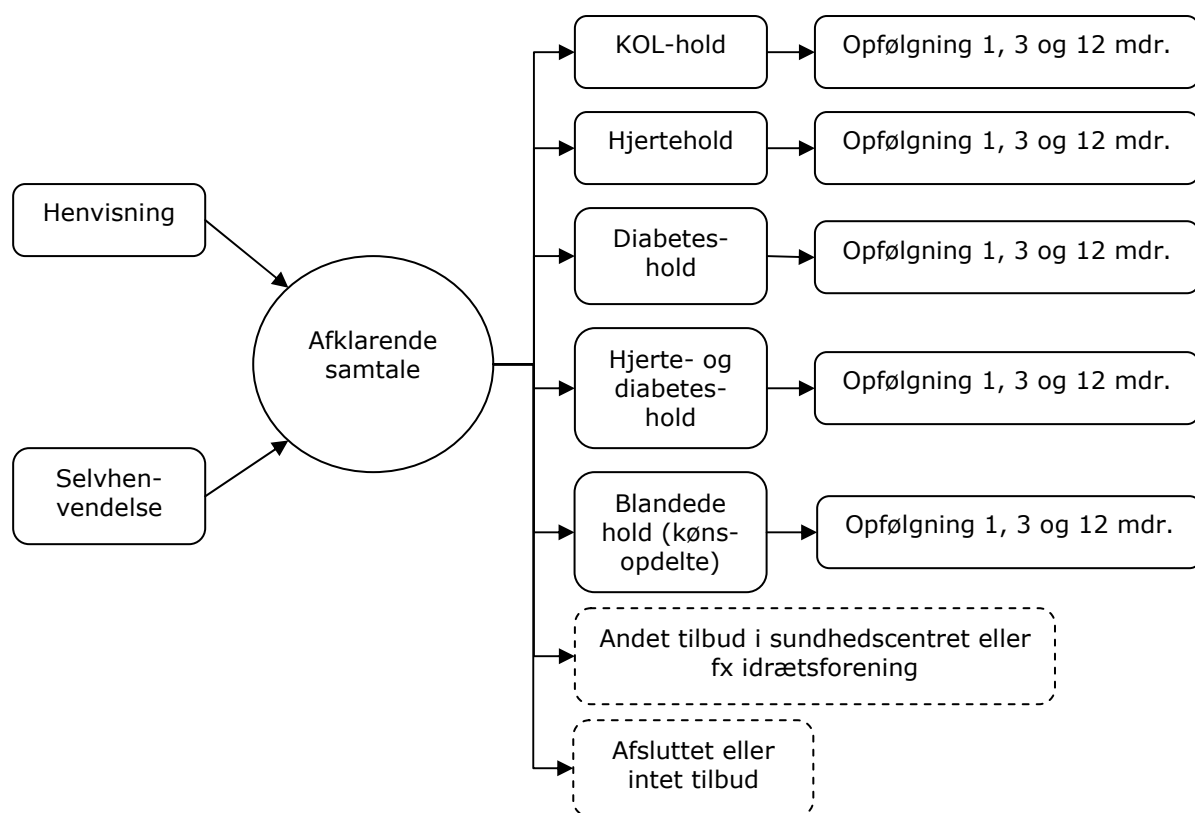
3.2 Form og indhold

Borgerens vej til et lærings- og mestringsforløb går via henvisning eller selvhenvendelse og en afklarende samtale. Henvisning kan ske fra almen praksis, hospital eller andre afdelinger i kommunen. Desuden er der mulighed for, at borgeren selv kan henvende sig til Sundhedscentret, og derfor annonceres der i lokale aviser.

Efter henvisning eller henvendelse kommer borgeren til en individuel afklarende samtale med en sundhedsfaglig medarbejder fra centret. Sundhedscenter Vest lægger vægt på, at der ikke henvises direkte til et lærings- og mestringsforløb men til en afklarende samtale, som står centralt i centrets sundhedspædagogiske metode. Sammenhængen mellem henvisning/henvendelse, afklarende samtale og forløb er illustreret i

Figur 1.

Figur 1 Forløbsbeskrivelse lærings- og mestringsforløb



På baggrund af en afklarende samtale kan borgeren blive tilbudt et holdforløb, et andet tilbud (f.eks. i foreningsregi) eller afslutte/intet tilbud. Sundhedscentret arbejder med et såkaldt mulighedskatalog, der beskriver en række tilbud, som borgeren kan henvises til i stedet for eller i forlængelse af et holdforløb. Kronikercentret skønner, at ca. 90% af borgerne, der kommer til en afklarende samtale, bliver tilbudt et lærings- og mestringsforløb.

3.2.1 Den afklarende samtale

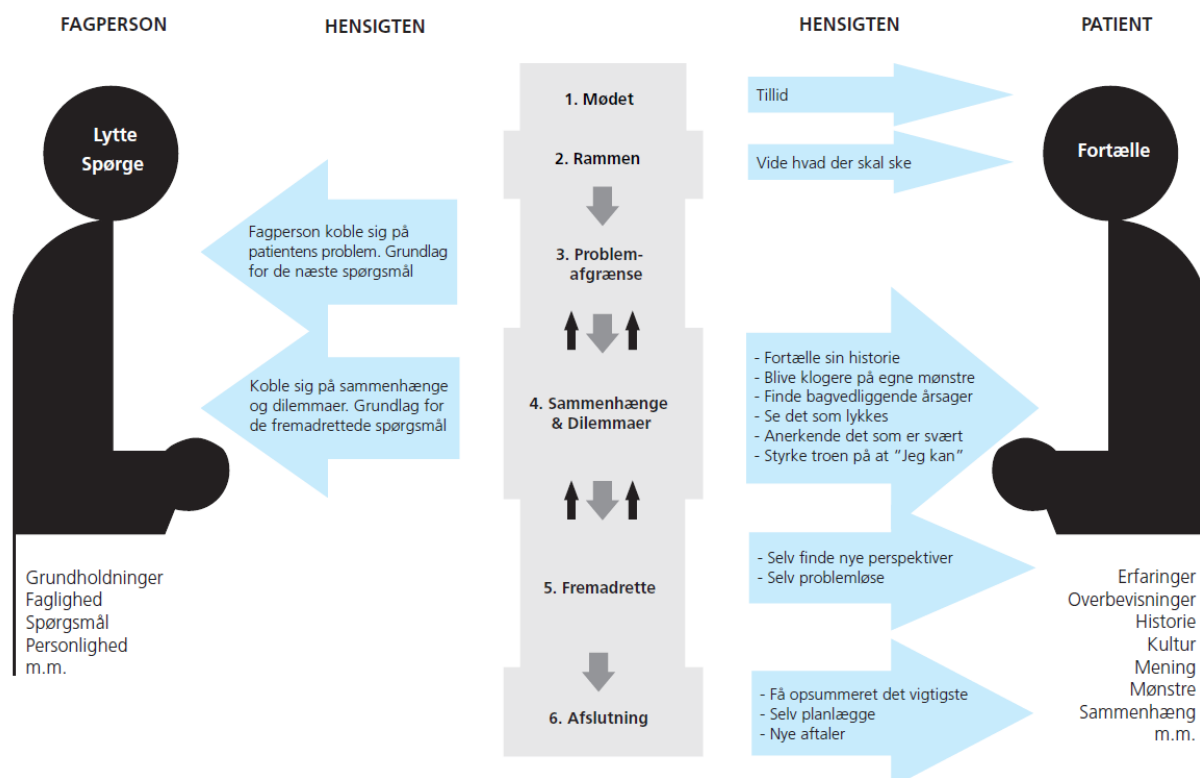
Den afklarende samtale afholdes mellem borgeren og en sundhedsfaglig medarbejder på Sundhedscenter Vest. Sundhedscenter Vest har i pjecen *Den pædagogiske ramme for samtalen – "den gode samtale"* (8) beskrevet målet med den afklarende samtale på følgende måde:

"[Samtalen] Handler om konkret at identificere borgerens ønsker, mål, behov og meget vigtigt – hvad der er borgerens motivation for forandring. Spørg ind til konkrete problemstillinger i forhold til borgerens livssituation: Sygdom, misbrug, overvægt, manglende fysisk aktivitet, kost osv. Hvad ønskes forandret? Hvad kan understøtte forandringspro-

cessen? Hvilke barrierer er der? Den afklarende samtale skal sikre, at borgeren placeres i det rigtige tilbud."

Den afklarende samtale følger en samtalestruktur, der er udviklet i Region Midtjyllands Livsstilscaféer ved Regionshospitalet i Herning og Holstebro. Samtalestrukturen er illustreret i Figur 2 (9).

Figur 2 Samtalestruktur i den afklarende samtale



3.2.2 Undervisning og træning

Kronikerenheden har i perioden 2009-2011 tilbudt fire forskellige typer lærings- og mestringsforløb:

- KOL-hold
- Hjertehold
- Diabeteshold
- Kombinerede hjerte- og diabeteshold
- Blandede hold (både KOL, hjertekarsygdom og diabetes) for hhv. mænd og kvinder

I perioden fra april 2009 til december 2011 har Kronikerenheden afholdt i alt 20 holdforløb. Tabel 1 indeholder en oversigt over holdene.

Tabel 1 Oversigt over afholdte holdforløb 2009-2011

<i>Nr.</i>	<i>Holdnavn</i>	<i>Periode</i>	<i>Placering</i>
1	KOL-hold 1	2009 april-juni	Ringkøbing
2	KOL-hold 2	2009 september-november	Tarm
3	KOL-hold 3	2009 september-november	Ringkøbing
4	Diabeteshold 1	2009 september-november	Tarm
5	KOL-hold 4	2010 januar-marts	Tarm
6	KOL-hold 5	2010 april-juni	Ringkøbing
7	KOL-hold 6	2010 april-juni	Tarm
8	Hjertehold 1	2010 april-juni	Tarm
9	KOL-hold 7	2010 august-oktober	Tarm
10	KOL-hold 8	2010 september-november	Ringkøbing
11	Hjertehold 2	2010 oktober-november	Ringkøbing
12	KOL-hold 9	2010 oktober-december	Tarm
13	Diabeteshold 2	2010 oktober-november	Tarm
14	KOL-hold 10	2011 januar-marts	Ringkøbing
15	KOL-hold 11	2011 marts-maj	Tarm
16	Hjerte- og diabeteshold 1	2011 april-maj	Tarm
17	Hjerte- og diabeteshold 2	2011 august-oktober	Ringkøbing
18	KOL-hold 12	2011 august-november	Tim
19	Blandet hold 1 (for mænd)	2011 oktober-december	Tarm
20	Blandet hold 2 (for kvinder)	2011 oktober-december	Tarm

Foruden de i tabellen nævnte forløb, har Kronikerenheden i hhv. foråret og efteråret 2010 afholdt to forløb for udviklingshæmmede med type 2-diabetes. Formålet med disse forløb var tilsvarende at give udviklingshæmmede viden og kundskaber til at kunne leve et sundere liv med diabetes. De to forløb for udviklingshæmmede er ikke inkluderet i denne evaluering, da de i væsentlig grad adskiller sig fra de andre forløbstyper, og da de ikke udgør et fast element i kronikerindsatsen.

Der er en række centrale lighedspunkter mellem forløbene for borgere med KOL, hjerte-karsygdom og type-2 diabetes:

- Forløbet kombinerer undervisning, fysisk træning og erfaringsudveksling
- Der er plads til 10-12 deltagere på hvert hold
- Undervisningen varetages af tværfaglige teams sammensat af: fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, rygestopinstruktører, diætister, økonomaer
- Undervisningen sker i samarbejde med en 'erfaren patient', dvs. en borger der har eller har haft en kronisk sygdom, og som bidrager til patientuddannelsen med egne erfaringer fra livet med en kronisk sygdom (uddybes i afsnit 3.3)

- En til to personer fra Sundhedscenter Vest er gennemgående i forløbet
- Specialesygeplejersker fra Hospitalsenheden Vest inddrages i undervisningen, når det vurderes relevant.
- Holdopfølgning finder sted 1, 3 og 12 måneder efter undervisningen er afsluttet.

KOL-hold retter sig til borgere med let til moderat KOL, jf. det regionale forløbsprogram for KOL (4). De 12 KOL-forløb har en varierende varighed på mellem 8 og 10 uger. Der er to fremmødegange pr. uge, hvoraf den ene udelukkende består af fysisk træning, mens den anden består af en kombination af fysisk træning og undervisning, herunder tilbud om rygestop. Forløbene består således af ca. to tredjedele fysisk træning og en tredjedel undervisning.

Undervisningen indeholder en række faste emner, men der er også afsat tid i programmet til at drøfte emner, der bestemmes af gruppen som et led i forløbet. Følgende emner er typisk fastlagt:

- Erfaringer fra en borger med KOL
- Udveksling af erfaringer og forventninger
- Sygdomsforståelse, årsager til KOL og konsekvenser af sygdommen
- Energibesparende metoder, der kan lette hverdagen
- Medicinens virkning og bivirkning, inhalationsteknik og rengøring af apparatur (undervisning varetages af KOL-sygeplejerske)
- "Hvad sker der i kroppen, når jeg træner?"
- Rygestoprådgivning
- Fastholdelse af livsstilsændringer, herunder introduktion til patientforeninger og selvhjælpsgrupper
- Information om hjælpemidler
- Mestring af angst
- Kostens betydning

Diabeteshold retter sig til alle borgere med type 2-diabetes, jf. det regionale forløbsprogram for diabetes (6). Som Tabel 1 viser, har Kronikerenheden i perioden afholdt to særskilte diabetesforløb. De adskiller sig fra KOL-holdene ved at være kortere og med mindre vægt på fysisk træning. Programmet for diabetesholdene strækker sig over 7 uger med en ugentlig fremmødegang, hvor følgende emner behandles:

- Udveksling af erfaringer og forventninger
- "Hvad er diabetes, og hvordan lever jeg godt med diabetes?"
- Kostvejledning
- Udvalgte emner om sygdommen (vælges af deltagerne og varetages af diabetes-sygeplejerske)

En undervisningsgang består af en motionstur.

Hjertehold retter sig til borgere med hjertekarsygdomme i fase tre, jf. forløbsprogrammet for hjertekarsygdom (5). I fase et og to varetages behandling og specialiseret rehabilitering på hospitalet. Fase tre omfatter den vedligeholdende træning og livsstilsændringer, og det forudsættes, at borgeren er vurderet hjertemæssigt stabil af egen læge.

Kronikerenheden har i perioden afholdt to hjertehold, der adskiller sig fra KOL- og diabetesholdene ved at være modulopdelte. Omdrejningspunktet er et træningsmodul, der er obligatorisk, og som strækker sig over 8-9 uger med træning to gange om ugen. De øvrige moduler omhandler følgende:

- Viden om og redskaber til at leve et godt liv med en hjertesygdom (undervisning foretages af specialesygeplejerske fra Hospitalsenheden Vest)
- Kend din hjertemedicin (undervisning foretages af specialesygeplejerske fra Hospitalsenheden Vest)
- Kostvejledning med mulighed for praktisk tilberedning af et hjertevenligt måltid (undervisning varetages af diætist, bachelor i sundhed og ernæring eller af Kronikerenheden selv)

I foråret 2011 begyndte Kronikerenheden at tilbyde **kombinerede hjerte- og diabeteshold**, og der er afholdt yderligere et hold i efteråret 2011. Kronikerenheden angiver flere grunde til kombinationen. For det første vurderes der at være store fællestræk mellem den fysiske træning og undervisningen i de to grupper. For det andet har mange borgere på holdene både hjertekarsygdom og diabetes. For det tredje gør en kombination det muligt at tilbyde de to patientgrupper flere hold i løbet af året, hvorved ventetiden reduceres.

I efteråret 2011 har Kronikerenheden desuden tilbudt to **blandede hold** på tværs af både KOL, hjertekarsygdom og type 2-diabetes, men hvor mænd og kvinder placeres på hver sit hold. På de blandede hold har de pædagogiske principper i læring og mestring været prioriteret højt, idet der er mindre fokus på de sygdomsspecifikke forhold.

3.2.3 Opfølgning

For alle holdtyperne gælder det, at der afholdes gruppesamtaler 1, 3 og 12 måneder efter undervisningsforløbets afslutning. Ved opfølgningerne samles deltagerne fra holdet til en samtale, der nogle gange følges af fysisk træning. Opfølgningerne har til formål at hjælpe borgerne til at fastholde de positive forandringer, der er sket i løbet af undervisningsforløbet.

3.3 Pædagogisk metode

Ringkøbing-Skjern Kommune har i perioden 2009-2011 deltaget i treårigt udviklingsprojekt, *Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser*, sammen med Hospitalsenheden Vest og Lemvig, Struer, Holstebro, Herning og Ikast-Brande Kommuner. Projektet har til formål at afprøve lærings- og mestringskonceptet som sundhedspædagogisk metode i patientuddannelse.²

Konceptet er udviklet i Norge og bygger på en ideologi om, at sundhedsprofessionelles faglige indsigt og patienternes erfaringsbaserede viden tilsammen er nødvendige for at kunne tilbyde gode læringstilbud (19). Konceptet indeholder to centrale elementer:

- Ligeværdigt samarbejde: Undervisningen sker i ligeværdigt samarbejde mellem de sundhedsfaglige medarbejdere og erfarne patienter, dvs. borgere der har eller har haft en kronisk sygdom. Den sundhedsfaglige medarbejder påtager sig en vejlederrolle og den erfarne patient bidrager med erfaringsbaseret viden om det at leve med en kronisk sygdom.
- Kompetenceudvikling: De sundhedsfaglige medarbejdere og de erfarne patienter deltager sammen i kompetenceudviklingsforløb, hvor der arbejdes systematisk med sundhedspædagogiske teorier og metoder.

Den sundhedspædagogiske metode evalueres i forbindelse med projektet vedr. *Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser* i regi af *Folkesundhed og Kvalitetsudvikling*. Den samlede evaluering forventes offentliggjort i begyndelsen af 2012, mens den kvalitative del af evalueringen blev offentliggjort i november 2011 (19). Her findes desuden en mere fyldestgørende beskrivelse af konceptet.

² Se mere på www.mestring.dk. Projektbeskrivelse for projekt *Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser* findes på Region Midtjyllands hjemmeside som bilag til Regionsrådets dagsorden den 23. maj 2008, punkt 12.

4 Datagrundlag og fremgangsmåde

4.1 Datakilder

Analyserne bygger på tre forskellige datakilder:

Den ene er Ringkøbing-Skjern Kommunes **elektroniske journalsystem (Avaleo)** samt diverse **fysiske mapper og lister**. Herfra kommer flere oplysninger vedr. deltagernes generelle karakteristika samt beskrivelser af indhold på lærings- og mestringsforløbene.

Den anden er **Monitorerings- og evalueringsværktøj til patientuddannelser**. Værktøjet er en database, hvori Kronikerenheden siden 2009 har indsamlet oplysninger om deltagernes helbredsforhold, livsstil samt sociale og økonomiske baggrundsforhold. Oplysningerne i databasen består af spørgeskemadata (udfyldt af deltagerne) samt administrative data om f.eks. henvisningskilde og stamdata (udfyldt af medarbejderne). Det er frivilligt for borgerne at bidrage med oplysninger til Monitorerings- og evalueringsværktøj til patientuddannelser, og ikke alle har ønsket at deltage. Ud af de 123 personer, der har deltaget i et lærings- og mestringsforløb i perioden, har 109 svaret på de spørgeskemaer, der anvendes i denne evaluering. Det giver en svarprocent på 88,6%, hvilket vurderes som godt. Deltagerne svarer på spørgeskemaer flere gange i løbet af lærings- og mestringsforløbet. I denne evaluering anvendes udelukkende de oplysninger, der er afgivet ved forløbets start.

Den tredje og sidste datakilde er **data indsamlet i forbindelse med *Hvordan har du det? 2010***. Datasættet indeholder svar fra ca. 34.000 borgere i Region Midtjylland, og det er bl.a. brugt til at lave sundhedsprofilen *Hvordan har du det? 2010* (3, 15). Datasættet gør det muligt at beskrive forhold omkring udvalgte grupper, f.eks. mennesker med udvalgte kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune. Oplysningerne i *Monitorerings- og evalueringsværktøjet til patientuddannelser* er sammenlignelige med oplysningerne fra *Hvordan har du det?*. I sundhedsprofilen anvendes udelukkende data for borgere i alderen 25-79 år af hensyn til sammenlignelighed med sundhedsprofilen fra 2006. I denne evaluering anvendes også data fra for borgere, der er ældre end 79 år, idet hovedparten af deltagerne på lærings- og mestringsforløb er ældre, hvorfor sammenligning med hele den ældre gruppe er relevant.

4.2 Gruppering

I evalueringens analyser arbejdes der med tre grupperinger; referencegruppe, deltagergruppe og svargruppe. De tre grupper er delmængder af hinanden og af kommunens samlede befolkning. Grupperingerne illustreres i Figur 3.

Kommunens befolkning (n=58.439) omfatter alle borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune. Data om gruppen stammer fra databasen *Hvordan har du det? 2010*, og der henvises til sundhedsprofilen for yderligere information om befolkningsgruppen (3).

Referencegruppen (n=5.219) omfatter borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune med KOL³, hjertekarsygdom⁴ og/eller type 2-diabetes. Referencegruppen⁵ beskriver således den gruppe borgere, der kan betragtes som potentielle deltagere på Kronikerenhedens lærings- og mestringsforløb. Data om gruppen kommer ligeledes fra databasen *Hvordan har du det? 2010* og bygger på svar fra 185 personer.

Deltagergruppen (n=123) omfatter alle personer, der har deltaget på Kronikerenhedens lærings- og mestringsforløb i perioden april 2009 til juni 2011. Data om deltagergruppen kommer fra Ringkøbing-Skjern Kommunes elektroniske administrationssystem samt fysiske mapper og lister. Der foreligger data om deltagergruppen vedr. køn, alder, bopæl og holdtilknytning.

Svargruppen (n=109) omfatter de personer i deltagergruppen, der også har udfyldt basisskemaet⁶ i *Monitorerings- og evalueringsværktøjet til patientuddannelser*. Svargruppen udgør som nævnt 88,6% af deltagergruppen. Der foreligger data om svargruppen vedr. en række sociale, økonomiske og helbredsmæssige forhold. Antallet af respondenter varierer mellem 33 og 109, fordi nogle deltagere kun har udfyldt en del af spørgsmålene i spørgeskemaet.

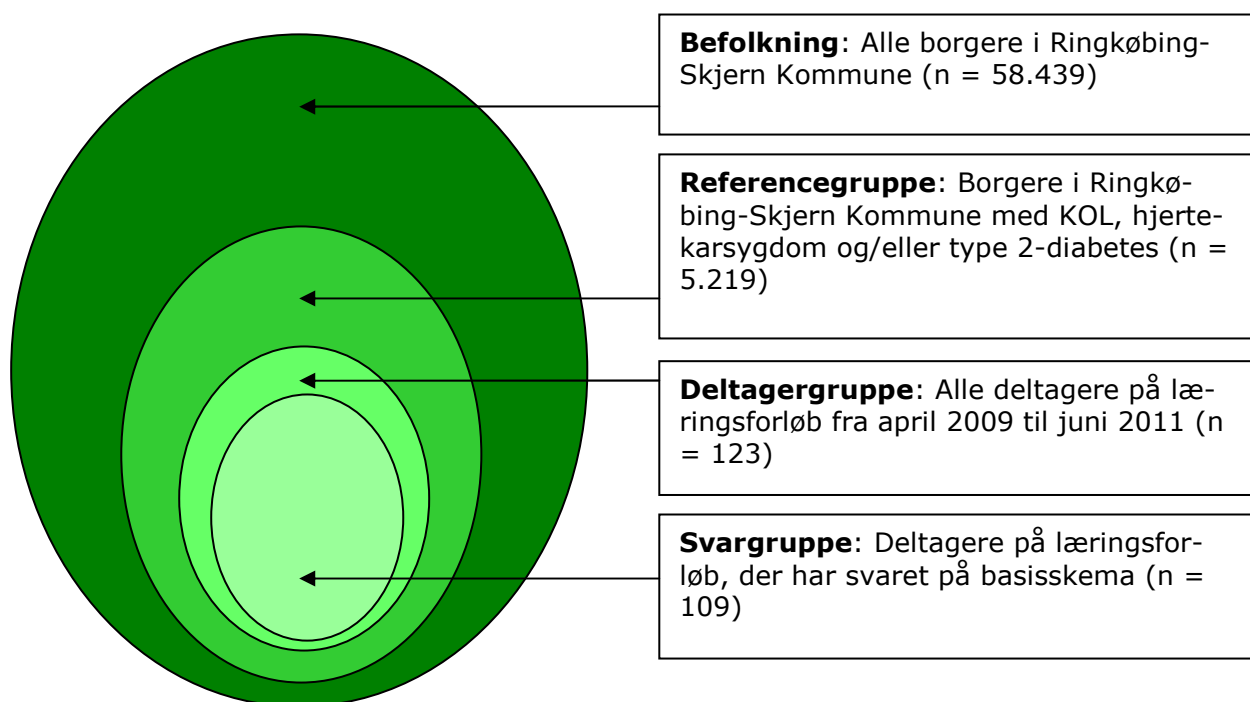
³ I Sundhedsprofilen er KOL, rygerlunger, kronisk bronkitis og for store lunger samlet i én kategori. Det stemmer overens med, at det er nært beslægtede lungesygdomme, og at diagnoserne ofte overlapper.

⁴ Hjertekarsygdom defineres som blodprop i hjertet og hjertekrampe (AKS), jf. (3).

⁵ Respondenterne er i sundhedsprofilen blevet spurgt til, om de har sygdommen nu eller tidligere har haft den. Hvis man tidligere har haft den, bliver der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen. Både borgere med en diagnose og med eftervirkninger vurderes som relevante potentielle deltagere i læringsforløb.

⁶ Også kaldet grundskema.

Figur 3 Illustration af sammenhæng mellem de fire grupperinger



4.3 Bemærkning vedr. sammenligning af svargruppe og referencegruppe

Tabel 2 viser forskellen i alder og kønsfordeling mellem svargruppen og referencegruppen. Dette er relevant i forhold til de videre analyser, hvor svargruppen og referencegruppen sammenlignes.

Tabel 2 Alder og kønsfordeling i svargruppen og referencegruppen

	<i>Svargruppen</i>	<i>Referencegruppen</i>
Gennemsnitsalder	67	63 år
Gennemsnitlig andel mænd	39%	57%

Tabellen viser, at der i svargruppen er 39% mænd, selv om de udgør 50% af deltagerne (jf. Tabel 3). Det betyder, at relativt få mænd har svaret på spørgeskemaerne, og dermed er kvindernes svar overrepræsenterede i svargruppen. Dette kan have indflydelse på analyser, hvor svargruppen og referencegruppen sammenlignes, idet mænd og kvinder er forskellige i forhold til f.eks. uddannelse og arbejde. Tilsvarende er der forskel mellem yngre og ældre. Datasættet er imidlertid ikke tilstrækkeligt stort til at lave en statistisk udjævning af disse forskelle, hvorfor nogle konklusioner vil være behæftet med forbehold.

4.4 Afgrænsning og generaliserbarhed

Der fokuseres i denne evaluering udelukkende på lærings- og mestringsforløb til mennesker med KOL, hjertekarsygdom eller diabetes. Kronikerenheden har flere tilbud til borgere med kronisk sygdom, bl.a. foredrag, temaarrangementer og caféer. Sundhedscenter Vest har imidlertid valgt, at evalueringen udelukkende skal fokusere på lærings- og mestringsforløb, der opfattes som kerneopgaven i indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Dermed omfatter evalueringen ikke en række beslægtede aktiviteter, herunder lærings- og mestringsforløb for udviklingshæmmede, ditto for depressionsramte samt rehabilitering til borgere med kræft.

Evalueringsens resultater fortæller således kun noget om lærings- og mestringsforløb ved Kronikerenheden i Sundhedscenter Vest, og data er ikke repræsentative for patientuddannelse generelt. Det vil sige, at de fundne resultater kan skyldes særlige organisatoriske, menneskelige, geografiske forhold eller lignende, og dermed kan resultaterne ikke generaliseres til patientuddannelser med andre sygdomsgrupper, andre steder eller generelt.

Endelig er datamaterialet for lille til meningsfuldt at kunne tale om statistisk signifikans, hvorfor dette er undladt i analyserne. Ved et lille datamateriale skal forskellene mellem grupperne være meget store for at være statistisk signifikante, og eventuelle forskelle ville derfor blive sløret af statistisk usikkerhed.

5 Generel baggrundsprofil

Den generelle baggrundsprofil beskriver deltagerne på lærings- og mestringsforløb i forhold til køn, alder, beskæftigelse, henvisningskilde og bopæl.

5.1 Vigtigste fund

- Deltagergruppen udgør ca. 2,4% af det samlede antal borgere med KOL, hjertekarsygdom og type 2-diabetes i Ringkøbing-Skjern Kommune.
- Gennemsnitsalderen i deltagergruppen er 68,9 år, mens den i referencegruppen er 63 år.
- 30% af deltagergruppen og 51% af referencegruppen er under 65 år.
- Det gennemsnitlige antal deltagere pr. hold er 8,2, mens der planlægges med 10-12 deltagere pr. hold.
- 50% af deltagergruppen og 57% af referencegruppen er mænd.
- 17% af svargruppen og 23% af referencegruppen er i beskæftigelse.
- 24% af deltagerne på lærings- og mestringsforløb er henvist af deres praktiserende læge. For 44% af deltagerne er der ikke registreret henvisningskilde.
- 75% af deltagerne kommer fra byerne Ringkøbing, Skjern og Tarm, der tilsammen huser 58% af kommunens indbyggere.

Den generelle baggrundsprofil viser overordnet, at deltagerne på lærings- og mestringsforløb i gennemsnit er ældre end referencegruppen, og at det særligt er svært at rekruttere borgere i den erhvervsaktive alder. Derimod er kønsfordelingen blandt deltagerne ganske tæt på referencegruppen, hvorved lærings- og mestringsforløbene ikke lider af de samme problemer med at rekruttere mænd, som kendes fra andre patientuddannelses-tilbud. Sundhedscenter Vest har imidlertid en udfordring i forhold til at sikre rekruttering fra hele kommunens store geografiske område, idet der er en overvægt af deltagere fra de større byer, hvor hovedparten af aktiviteterne i lærings- og mestringsforløb finder sted.

5.2 Deltagerantal, køn og alder

Tal fra *Hvordan har du det? 2010* viser, at der er 5.219 borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune med KOL, hjertekarsygdom og/eller diabetes (3). Kronikerenheden har i perioden 2009-2011 haft 123 borgere igennem et lærings- og mestringsforløb, hvilket svarer til ca. 2,4% af den samlede gruppe borgere med de tre kroniske sygdomme i kommunen.

Tabel 3 indeholder en opgørelse af deltagerantal, alder og kønsfordeling. Opgørelsen er foretaget for hver forløbstype og i alt.⁷ Der gøres opmærksom på, at datagrundlaget er meget begrænset for diabetesforløb, hjerteforløb og kombinerede diabetes- og hjerteforløb.

Tabel 3 Hold, køn og alder for deltagergruppen (juni 2011)

	<i>KOL-hold</i>	<i>Diabetes-hold</i>	<i>Hjertehold</i>	<i>Hjerte- og diabetes-hold</i>	<i>I alt</i>
Antal hold	10 ⁸	2	2	1	15
Antal deltagere i alt	88	14	15	6	123
Gennemsnitligt deltagerantal/hold	8,8	7	7,5	6	8,2
Gennemsnitsalder	70,5 år	60,8 år	64,6 år	72,5 år	68,9 år
Gennemsnitlig andel mænd	53 %	36 %	33 %	83 %	50 %

Opgørelsen viser bl.a., at det gennemsnitlige deltagerantal er 8,2 personer, hvilket adskiller sig fra de 10-12 borgere, der planlægges plads til på hvert hold. Det højest registrerede antal deltagere har været 11 personer (på fire KOL-hold), mens det lavest registrerede antal deltagere har været 6 personer (på hhv. et KOL-hold, et diabeteshold og et diabetes- og hjertehold).

Tabel 3 viser også, at kønsfordelingen i alt ligger på 50%, dvs. at der i hele deltagergruppen er lige mange mænd og kvinder blandt deltagerne. Kønsfordelingen svinger markant mellem holdtyperne, men udsvingene kan skyldes tilfældigheder pga. det lille datagrundlag.

⁷ Opgørelsen er foretaget på baggrund af oplysninger fra Ringkøbing-Skjern Kommunes administrative system samt fysiske lister og mapper i starten af juni 2011. Opgørelse omfatter således alle deltagere på læringsforløbene, også de der ikke har udfyldt spørgeskemaer.

⁸ Pga. manglende oplysninger om deltagelse på KOL-hold 4, indgår dette hold ikke i opgørelsen.

I Tabel 4 sammenlignes resultaterne vedr. kønsfordeling og alder med tal fra referencegruppen.

Tabel 4 Alder og kønsfordeling i deltager- og referencegruppen

	<i>Deltagergruppen</i>	<i>Referencegruppen</i>
Gennemsnitsalder	68,9 år	63 år
Gennemsnitlig andel mænd	50%	57%

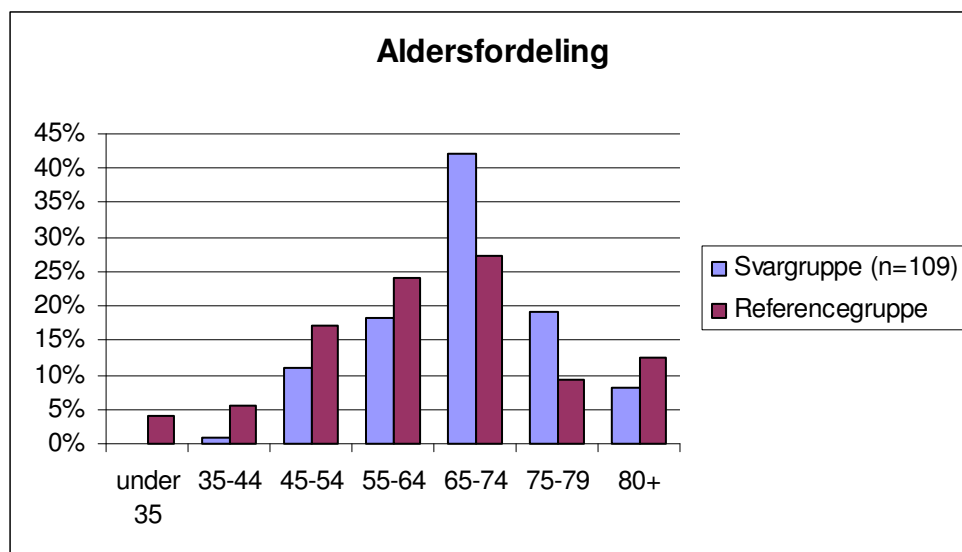
Tabellen viser, at 57% af referencegruppen er mænd, mens det gælder for 50% af deltagergruppen. Dermed adskiller kønsfordelingen i deltagergruppen sig ikke markant fra referencegruppen. Resultatet skal ses i lyset af, at kønsfordelingen på nogle andre patientuddannelsesstilbud er mere ulige, f.eks. var der på landsplan 21,6% mandlige deltagere på tilbuddet "Lær at leve med kronisk sygdom" i 2010 (11).

Tabel 4 viser desuden, at gennemsnitsalderen i deltagergruppen er 68,9 år, mens den i referencegruppen er 63 år. Fordelingen på tværs af aldersgrupper fremgår af Tabel 5 og Figur 4.

Tabel 5 Aldersfordeling i svargruppen og referencegruppen

	<i>Svargruppe</i> <i>(antal)</i>	<i>Referencegruppe</i>
Under 35 år	0% (0)	4%
35-44 år	1% (1)	6%
45-54 år	11% (12)	17%
55-64 år	18% (20)	24%
65-74 år	42% (46)	27%
75-79 år	19% (21)	9%
80+ år	8% (9)	12%
	100% (109)	100%

Figur 4 Aldersfordeling i svargruppen og referencegruppen

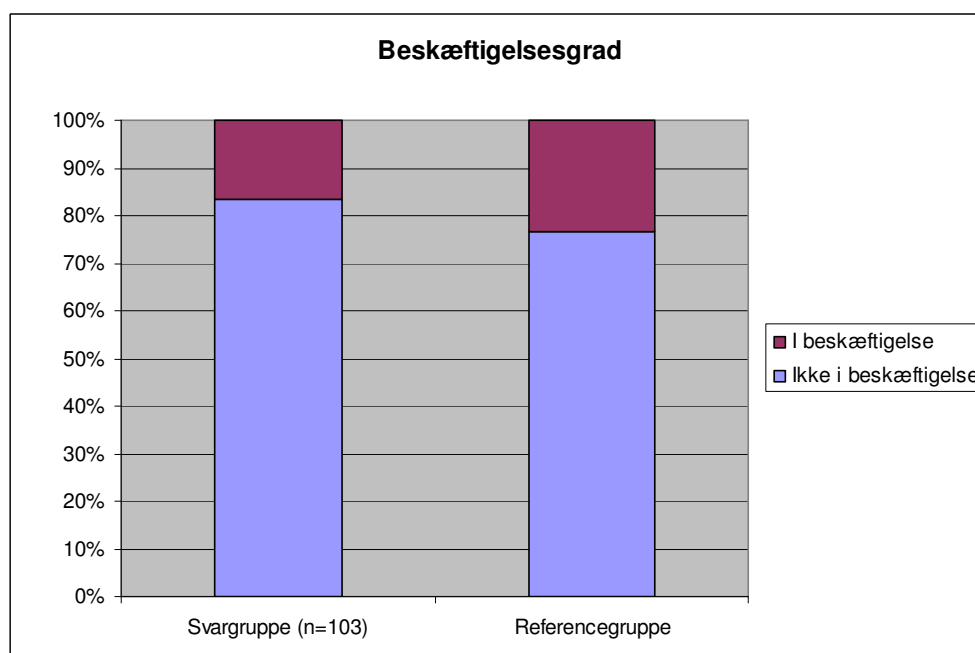


Tabellen og figuren viser, at Kronikerenheden rekrutterer fra alle aldersgrupper, med undtagelse af borgere under 35 år, hvor 4% af referencegruppen befinder sig. Der rekrutteres relativt mange borgere i alderen 65-79 år og relativt få i aldersgrupperne under 65 år. Således er 51% af referencegruppen under 65 år, mens det kun gælder for 30% af svargruppen.

5.3 Beskæftigelsesgrad

I Figur 5 sammenlignes beskæftigelsesgraden i svargruppen og referencegruppen.

Figur 5 Beskæftigelsesgrad i svargruppe og referencegruppe



Figuren viser, at referencegruppen har en svagt højere beskæftigelsesgrad end svargruppen, idet 23% af referencegruppen er i beskæftigelse, mens det gælder for 17% af svargruppen. Forskellen i beskæftigelsesgrad er ikke markant, og den kan hænge sammen med den forskel i alders- og kønsfordeling, der er beskrevet i afsnit 4.3. Kønsfordelingen har betydning, idet mænd i gennemsnit trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet knap et år senere end kvinder (12).

5.4 Henvisningskilde

Borgere kan komme i kontakt med Kronikerenhedens tilbud ved at henvende sig selv eller ved at blive henvist fra egen læge, hospital eller andre afdelinger i kommunen (jf. Figur 1, side 12). Tabel 6 viser fordelingen i henvisningskilde i svargruppen.

Tabel 6 Henvisningskilde i svargruppen

	<i>Svargruppe</i>
Egen læge	24%
Hospital	10%
Kommune	2%
Selvhenvist	17%
Andet	3%
Uoplyst	44%
I alt	100%

Tabellen viser, at de to største henvisningskilder er egen læge (24%) og selvhenvisning (17%). Desuden viser tabellen, at data vedr. henvisning er mangelfulde, idet der for 44% af deltagerne ikke er registreret en henvisningskilde. Desuden skal det bemærkes, at der for nogle deltagere er registreret flere henvisningskilder, og i disse tilfælde er begge henvisningskilderne talt med.

Henvisningen til lærings- og mestringsforløb er desuden genstand for analyse i forbindelse med et ph.d.-projekt vedr. aktiv implementering af forløbsprogrammet for KOL i almen praksis, hvor Ringkøbing-Skjern Kommune er forsøgskommune. Projektet foretages af Margrethe Smidt og er forankret i Forskningsenheden for almen praksis ved Aarhus Universitet.⁹ I projektet deltager halvdelen af de private lægepraksis i Ringkøbing-Skjern Kommune i en aktiv implementering, der f.eks. omfatter uddannelse til læger og praksis-

⁹ Yderligere information findes på www.kol.au.dk

personale. I den anden halvdel af lægepraksis implementeres forløbsprogrammet uden ekstra indsats. Projektet forventes afsluttet i maj 2012.

5.5 Geografisk spredning

Ringkøbing-Skjern Kommune er i areal landets største kommune. Derfor er det relevant at se på, hvorfra i kommunen deltagerne på lærings- og mestringsforløb rekrutteres. Af Tabel 7 fremgår antal og den procentvise andel af deltagerne i deltagergruppen fordelt på postnummer.

Tabel 7 viser udelukkende de postnumre, hvorfra der er registreret deltagere, og hvor ca. 90% af kommunens borgere bor. Hovedparten af de resterende ca. 10% bor i postdistrikter, der deles af Ringkøbing-Skjern Kommune og nabokommunerne.¹⁰

Tabel 7 Bopæl i deltagergruppen og indbyggertal fordelt på postnumre

	<i>Andel deltagere pr. postnummer i alt (antal)</i>		<i>Befolkningsandel pr. postnummer 2005 (antal)*</i>	
6880 Tarm	21%	(26)	12%	(7.184)
6900 Skjern	20%	(25)	22%	(13.110)
6920 Videbæk	9%	(11)	12%	(6.809)
6940 Lem	3%	(4)	4%	(2.263)
6950 Ringkøbing	34%	(42)	24%	(14.217)
6960 Hvide Sande	7%	(9)	6%	(3.710)
6971 Spjald	2%	(2)	6%	(3.317)
6980 Tim	3%	(3)	3%	(1.941)
I alt	99%	(122)	89%	(52.551)

* Befolkningsandelen pr. postnummer er udregnet på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik fra 2005. Befolkningstallet pr. postnummer er holdt op imod det samlede befolkningstal i kommunen på 58.437.

Tabellen viser, at ca. en tredjedel af deltagerne (34%) har bopæl i Ringkøbing, der ligeledes er kommunens største by med 24% af indbyggerne. Dernæst følger Tarm og Skjern. I alt har 75% af deltagerne bopæl i disse tre byer, hvor 58% af kommunens indbyggere bor. Særligt Ringkøbing og Tarm er overrepræsenteret blandt deltagerne, når deltagerantallet sammenholdes med indbyggertallet.

¹⁰ 6830 Nørre Nebel, 6870 Ølgod, 6893 Hemmet, 6933 Kibæk, 6973 Ørnhøj, 6990 Ulfborg, 7270 Stakroge, 7280 Sønder Felding og 7480 Vildbjerg

Denne overrepræsentation hænger sandsynligvis sammen med, at de fleste aktiviteter omkring lærings- og mestringsforløb er afholdt i netop disse to byer. Kronikerenheden har i efteråret 2011 for første gang tilbudt forløb i Tim for derved at imødekomme en større geografisk spredning.

6 Social profil

Deltagernes sociale profil belyses vha. følgende komponenter: Indeks for levekårsressourcer, uddannelse og indkomst, socialt netværk og endelig oplevelse af belastninger.

6.1 *Vigtigste fund*

- 80% af svargruppen og 74% af referencegruppen har to eller færre ressourcer i indeks for levekårsressourcer.
- I den samlede svargruppe har flest lavt uddannelsesniveau (47%), og færrest har højt uddannelsesniveau (20%). Sammenlignet med referencegruppen har svargruppen en større andel lavtuddannede og højtuddannede.
- Der er markante forskelle i uddannelsesniveau mellem kønnene, og 60% af kvinderne og 21% af mændene i svargruppen har et lavt uddannelsesniveau. Sammenlignet med referencegruppen har svargruppen især få lavtuddannede mænd og få kvinder med mellemlang uddannelse.
- 91% af svargruppen og 74% af referencegruppen har en årlig indkomst på under 250.000 kr.
- En mindre andel af svargruppen end referencegruppen er gift eller samlevende, mens en større andel har børn.
- Flere i svargruppen end i referencegruppen føler sig ensomme.
- Inden for svargruppen oplever mænd i højere grad end kvinder at mangle social støtte, mens kvinderne i højere grad føler sig ensomme.
- Svargruppen føler sig i højere grad end referencegruppen belastet af en række forhold omkring sygdom, sociale relationer og økonomi. Forskellen er størst omkring egen sygdom.

Den sociale profil viser overordnet, at deltagerne på lærings- og mestringsforløb har relativt få levekårsressourcer, men at de herved ikke adskiller sig markant fra referencegruppen. Som samlet gruppe har deltagerne et relativt lavt uddannelsesniveau, og det er særligt kvinderne der er lavtuddannede, mens der er en overvægt af højtuddannede mænd blandt deltagerne. Deltagerne føler sig desuden i højere grad end referencegruppen belastet af såvel deres egen sygdom som andre forhold. Dette indikerer, at lærings- og mestringsforløbene rekrutterer deltagere, der har behov for støtte. I forhold til deltagernes sociale netværk adskiller det sig ikke markant fra referencegruppen.

6.2 *Definition af social position*

Det er en udbredt opfattelse, at tilbud om patientuddannelse oftest benyttes af forholdsvis ressourcestærke borgere, der har kompetencer og overskud til selv at være opsø-

gende i forhold til kommunale tilbud. Således fremgår det f.eks. af Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse fra 2009, at der er tendens til, "... *at patientuddannelsesstilbud især appellerer til veluddannede, til kvinder og i det hele taget til personer, som i forvejen er ressourcestærke og forholdsvis selvhjulpne*" (1). I denne del af evalueringen undersøges det, om det samme gør sig gældende for lærings- og mestringsforløbene.

Sundhedsstyrelsen beskriver i sin rapport fra 2011 *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser* (13) overordnet social ulighed som en systematisk association mellem menneskers sociale status og deres helbred.

Kronikerenheden har ikke nærmere definerede målsætninger om rekruttering af særlige sociale grupper til lærings- og mestringsforløbene. Ledelse og personale har dog et udtalt ønske om, at forløbene først og fremmest skal tilbydes de borgere, der har størst behov for hjælp. I det følgende tegnes derfor en bred social profil af deltagerne, der omfatter følgende faktorer:

- **Indeks for leveårsressourcer**, der er et bredt mål for social position, og som omfatter flere typer ressourcer
- **Uddannelse og indkomst**, der traditionelt tillægges stor betydning i relation til social ulighed i sundhed
- **Socialt netværk**, idet et stærkt socialt netværk opfattes som en ressource i sig selv der kan fremme deltagelse i sundhedstilbud
- **Belastninger**, der kan beskrive i hvilket omfang borgeren er belastet af sygdom eller andre forhold, der kan indvirke på deltagelsen

6.3 Levekårsressourcer

Ud fra spørgsmål i *Monitorerings- og evalueringsværktøjet til patientuddannelser og Hvordan har du det? 2010* er det muligt at sammensætte et mål for leveårsressourcer, der kan beskrive sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold. Indekset er udviklet i Århus Amt i forbindelse med den første *Hvordan har du det?* undersøgelse i 2001 (14).

Tankegangen er følgende: Mennesket er et aktivt handlende og kreativt væsen, som selv definerer sine mål. Den enkeltes handlemuligheder begrænses imidlertid af de *ressourcer*, som han eller hun råder over. En persons sociale position er ifølge denne opfattelse lig med summen af ressourcer, som den enkelte kan bruge til at fremme sin trivsel og livskvalitet. Eksempler på ressourcer er penge, ejendom, uddannelse og viden, sociale relationer og netværk. Jo flere ressourcer man råder over, jo større muligheder har man for at realisere sine individuelle mål i tilværelsen (3).

I denne undersøgelse opgøres personens ressourcer ud fra følgende spørgsmål:¹¹

- Er du gift?¹²
- Har du børn?
- Har du en boglig uddannelse?
- Har du en erhvervsindkomst?
- Er din årsindkomst på 250.000 eller mere?
- Er du funktionær/selvstændig?
- Har du et lederjob?

Ressourcerne i indekset er ikke vægtet, dvs. at hver ressource tæller lige meget. I sundhedsprofilen *Hvordan har du det? 2010*, er sammenhængen mellem leveårsressourcer og selv vurderet helbred undersøgt for hele befolkningen (3). Resultaterne viser en tydelig sammenhæng mellem antallet af leveårsressourcer og vurderingen af eget helbred, således at mennesker med få ressourcer generelt vurderer deres helbred dårligere end mennesker med mange ressourcer.

Tabel 8 og Figur 6 viser andelen af borgere i hhv. svargruppen og referencegruppen, der har 1, 2, 3 osv. af de syv ressourcer.¹³

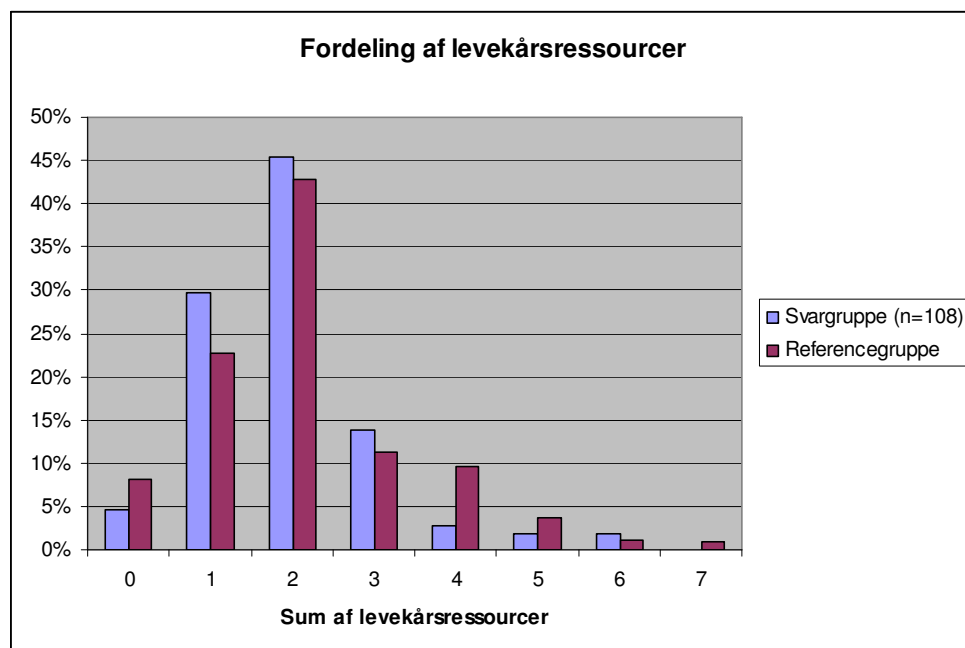
Tabel 8 Fordeling af leveårsressourcer i svargruppe og referencegruppe

<i>Antal ressourcer</i>	<i>Svargruppe (antal)</i>	<i>Referencegruppe</i>
0	5% (5)	8%
1	30% (32)	23%
2	45% (49)	43%
3	14% (15)	11%
4	3% (3)	10%
5	2% (2)	4%
6	2% (2)	1%
7	0% (0)	1%
	101% (109)	101%

¹¹ I sundhedsprofilen for Region Midtjylland (3) indeholder ressourceindekset en ottende ressource vedr. "ejer du eller andre i din husstand din bolig?". Den ressource indgår ikke i denne evaluering af lærings- og mestringsforløb, fordi spørgsmålet ikke har været medtaget i en tidlig version af de anvendte spørgeskemaer.

¹² Samlevende medregnes ikke.

Figur 6 Fordeling af levekårsressourcer i svargruppe og referencegruppe



Hovedparten af deltagerne på lærings- og mestringsforløbene placerer sig til venstre i figuren, og 80% af svargruppen har to eller færre ressourcer. Svargruppen adskiller sig imidlertid ikke markant fra referencegruppen, hvor 74% har to eller færre ressourcer. Den forskel, der er, kan forklares med, at der er flere mænd og flere yngre i referencegruppen end i svargruppen (jf. afsnit 4.3).

I den forbindelse skal det bemærkes, at ressourceindekset har en svaghed ved anvendelse på grupper, hvor størstedelen af respondenterne er udenfor arbejdsmarkedet, som det er tilfældet i svargruppen og referencegruppen. Svagheden skyldes, at fire ressourcer i indekset¹⁴ er direkte knyttet til, om respondenterne er i arbejde, hvormed hovedparten af respondenterne i de to grupper normalt kan opnå maksimalt tre ressourcer vedr. ægteskabelig status, børn og boglig uddannelse¹⁵ - uanset deres tidligere beskæftigelse. Dette indskrænker ressourceindeksets relevans som bredt mål for social status for grupper af respondenter udenfor arbejdsmarkedet.

¹³ Hvis en respondent har undladt at svare på et eller flere spørgsmål, der indgår i indekset (f.eks. lederjob) regnes det som, at respondenterne ikke har den pågældende ressource.

¹⁴ De fire er: Erhvervsindkomst, årsindkomst på 250.000 eller mere, funktionær/selvstændig og lederjob.

¹⁵ Hvis den ottende ressource omkring ejerbolig medtages, kan respondenter udenfor arbejdsmarkedet normalt maksimalt opnå fire ressourcer.

6.4 Økonomiske ressourcer

I de følgende to afsnit uddybes forhold omkring deltagernes økonomiske ressourcer, defineret som uddannelse og indkomst.

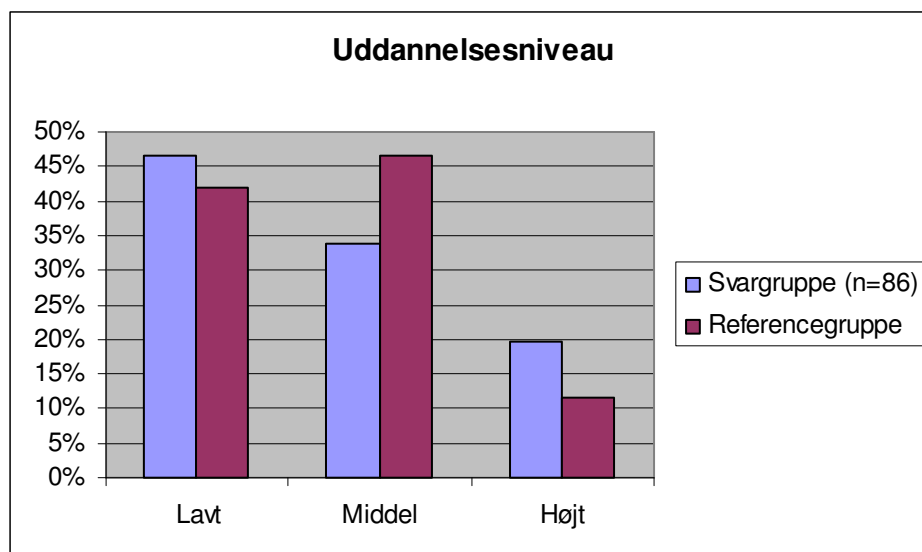
6.4.1 Uddannelse

Uddannelsesniveau er en ofte anvendt indikator for social status i andre undersøgelser af social ulighed i sundhed (13). Sammenhængen ses bl.a. i Region Midtjyllands sundhedsprofil 2010, hvor 14 ud af 18 kroniske sygdomme (herunder både KOL, hjertekarsygdom og type 2-diabetes) forekommer hyppigst blandt de lavtuddannede befolkningsgrupper (3). Desuden viser studier af hjertepatienter, at lavtuddannede er mindre tilbøjelige til at deltage, når de får tilbud om rehabilitering (17).

Den anvendte opdeling i uddannelsesniveau bygger på det samlede antal års uddannelse (fuldført eller igangværende), en person har gennemgået fra skolestart til afslutning på en evt. erhvervsuddannelse (18).¹⁶ Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau svarer i store træk til lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående boglig uddannelse. Figur 7 viser andelen i hhv. svar- og referencegruppen, der placerer sig i hver af de tre uddannelseskategorier.

¹⁶ Der anvendes *Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN)*, der bygger på *International Standard Classification of Education (ISCED)* (Danmarks Statistik 2006). DUN er en registrering af nuværende og tidligere danske uddannelser af en varighed på mindst 80 timer. Niveauopdelingen går fra 0 til 8. De ni niveauer kan slås sammen til tre: lavt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 0-3 i DUN, middelhøjt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 4-5, og højt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 6-8.

Figur 7 Uddannelsesniveau i svargruppe og referencegruppe

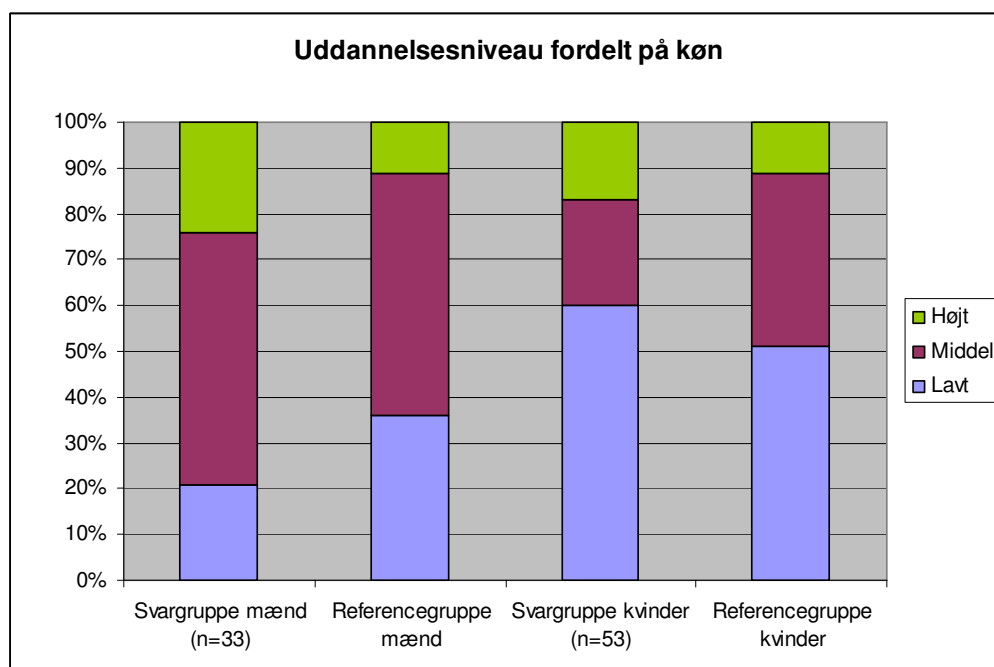


Opgørelse viser et blandet billede, idet svargruppen samlet set har en større andel af både lavt- og højtuddannede end referencegruppen (hhv. 47% og 20% mod 42% og 12%). Tilsvarende har svargruppen samlet set en lavere andel med middelhøjt uddannelsesniveau.

Det samlede billede dækker imidlertid over relativt store forskelle mellem kønnene, hvilket er vist i

Figur 8 og Tabel 9.

Figur 8 Uddannelsesniveau fordelt på køn i svargruppe og referencegruppe



Tabel 9 Uddannelsesniveau fordelt på køn i svargruppe og referencegruppe

	<i>Svargruppe mænd (n=33)</i>	<i>Reference- gruppe mænd</i>	<i>Difference mænd, procent- point</i>	<i>Svargruppe kvinder (n=53)</i>	<i>Reference- gruppe kvinder</i>	<i>Difference kvinder, procentpo- int</i>
Lavt	21%	36%	-15	60%	51%	9
Middel	55%	53%	2	23%	38%	-15
Højt	24%	11%	13	17%	11%	6
	100%	100%		100%	100%	

Figuren og tabellen viser, at der er markant forskel på uddannelsesniveauet blandt mænd og kvinder i svargruppen. 60% af kvinderne i svargruppen har et lavt uddannelsesniveau, mens det kun gælder for 21% af mændene. Dermed afspejler den store andel lavtuddannede i svargruppen i Figur 7, at der i svargruppen er mange lavtuddannede kvinder.

Sammenlignet med referencegruppen har svargruppen især relativt få lavtuddannede mænd og få kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau (begge steder med en forskel på 15 procentpoint). Hos både mænd og kvinder er der en overvægt af højtuddannede i svargruppen sammenlignet med referencegruppen.

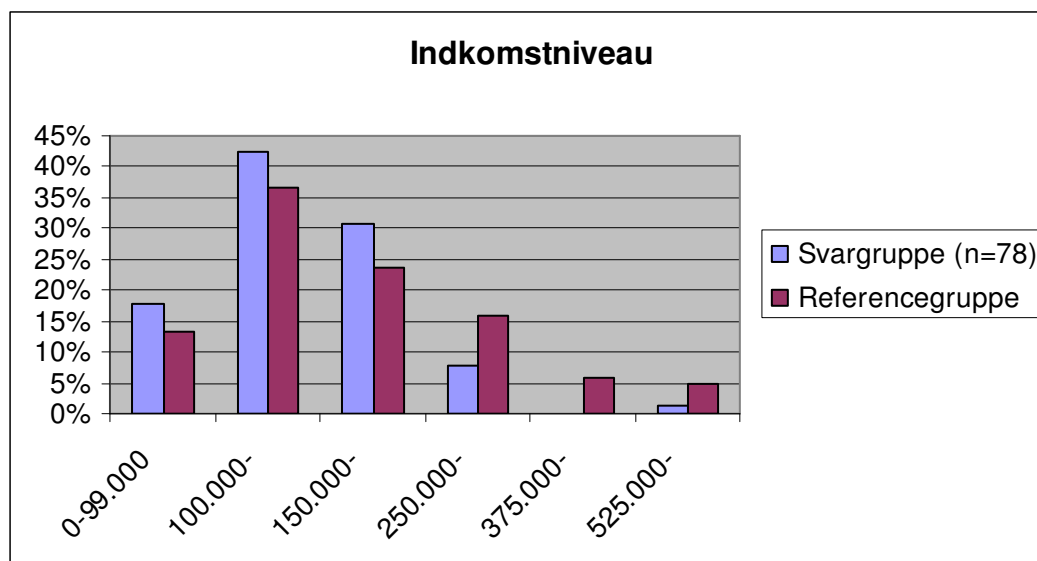
6.4.2 Indkomst

Indkomst bliver ligesom uddannelse ofte brugt som indikator for social position. I denne analyse anvendes den årlige egenindkomst.

Tabel 10 Årlig egenindkomst i svargruppen og referencegruppen

	<i>Svargruppe</i>	<i>Referencegruppe</i>
0-99.000	18% (14)	13%
100.000-	42% (33)	37%
150.000-	31% (24)	24%
250.000-	8% (6)	16%
375.000-	0% (0)	6%
525.000-	1% (1)	5%
	100% (78)	100%

Figur 9 Årlig egenindkomst i svargruppen og referencegruppen



Tabellen og figuren viser, at svargruppen generelt har et lavere indkomstniveau end referencegruppen. Således placerer 91% af svargruppen sig i de tre laveste indkomstkategorier med en årlig egenindkomst på under 250.000 kr. om året. Tilsvarende placerer 74% af referencegruppen sig i de tre laveste indkomstkategorier. Der er således forskel mellem gruppernes indkomstniveau, der muligvis kan forklares med forskellen i køns- og aldersfordeling, der er beskrevet i afsnit 4.3.

6.5 Socialt netværk

Socialt netværk defineres her dels ved civilstatus og børn, dels ved oplevelsen af social støtte, ensomhed og belastninger. Sammenhængen mellem socialt netværk og sundhed bekræftes i Region Midtjyllands sundhedsprofil, hvor gifte/samlevende generelt har bedre selv vurderet helbred og bedre sundhedsvaner end mennesker, der lever alene (3).

6.5.1 Civilstatus og børn

Sammenhængen mellem civilstatus og deltagelse i rehabilitering dokumenteres bl.a. i Hjerteforeningens undersøgelse *Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering 2010*, hvor samlivsstatus beskrives som et af de vigtigste parametre for, om patienter deltager i rehabilitering (16). I denne evaluering inddrages også børn, idet voksne børn – på linje med ægtefæller – forventes at kunne fremme deltagelse i lærings- og mestringsforløb.

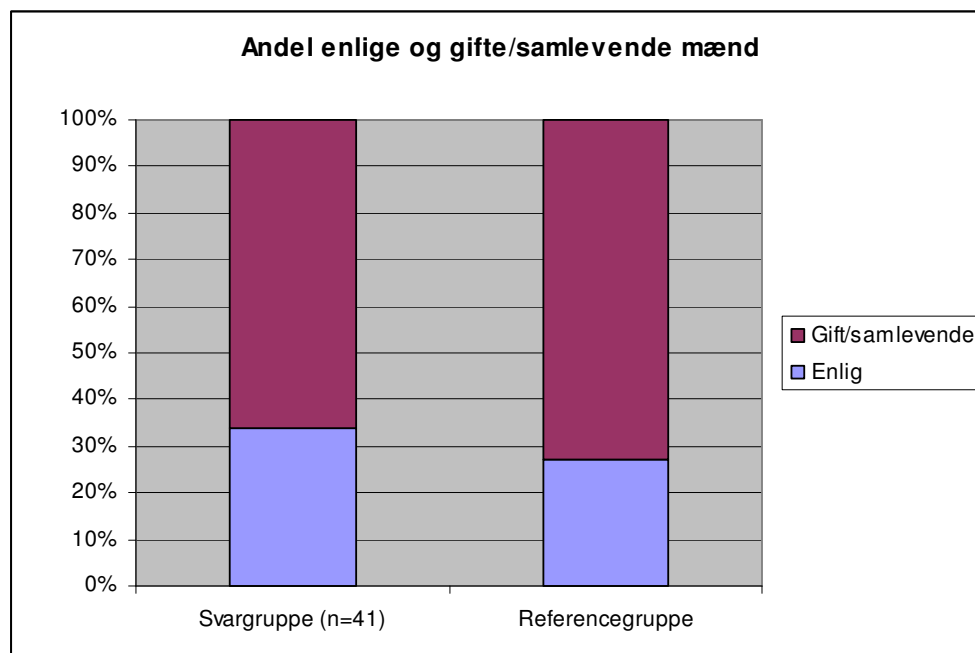
Tabel 11 Civilstatus og børn i svargruppen og referencegruppe

	<i>Svargruppe</i>	<i>Referencegruppe</i>
Gift/samlevende	65%	71%
Har børn	91%	85%

Tabel 11 viser, at svargruppen adskiller sig lidt fra referencegruppen ved at have en lavere andel gifte/samlevende, mens en højere andel har børn. Forskellene er dog relativt små, og de to grupper må derfor siges at have lige stærke netværk i familien.

Andre undersøgelser (11, 16) har vist, at det kan være særligt vanskeligt at rekruttere enlige mænd til patientuddannelsestilbud. Figur 10 viser imidlertid, at der på lærings- og mestringsforløbene er en større andel enlige mænd blandt deltagerne (34%) end i referencegruppen (27%), så Kronikerenheden har ikke samme problem med rekruttering fra denne gruppe.

Figur 10 Forekomst af enlige mænd i svargruppe og referencegruppe



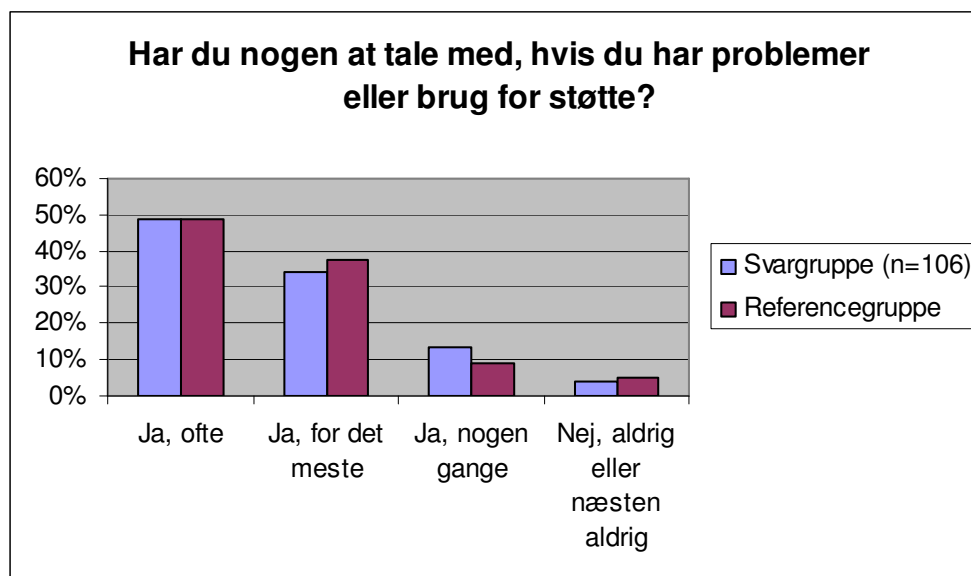
6.5.2 Social støtte og ensomhed

Deltagernes oplevelse af social støtte og ensomhed anvendes her som indikatorer for, om de har et stærkt socialt netværk. Først sammenlignes besvarelsene fra svargruppen og

referencegruppen. Dernæst sammenlignes besvarelserne fra mænd og kvinder i svargruppen.¹⁷

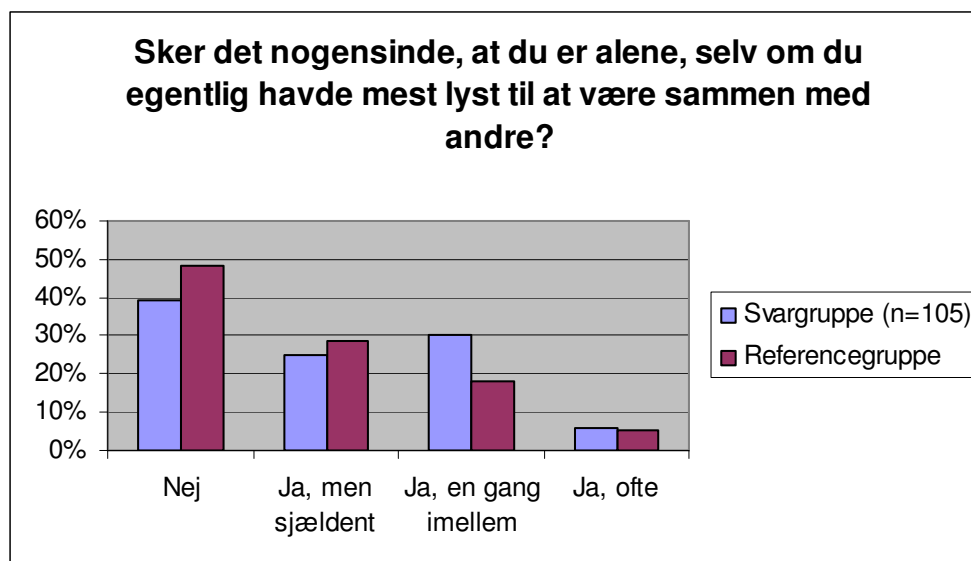
Spørgsmålet om **social støtte** handler om, hvor ofte svarpersonen oplever at have nogen at snakke med, hvis han/hun har brug for støtte. Spørgsmålet om **ensomhed** handler om, hvor ofte svarpersonen oplever at være alene, selv om han/hun hellere ville være sammen med andre. Figur 11 og Figur 12 indeholder besvarelserne vedr. hhv. social støtte og ensomhed i svargruppen og referencegruppen.

Figur 11 Oplevelse af social støtte i svargruppen og referencegruppen



¹⁷ Der gøres her opmærksom på, at der undervejs i dataindsamlingen er sket et skift i formuleringen af spørgsmål vedr. social støtte og ensomhed. Skiftet skyldes at formuleringen blev ændret i spørgeskemaet til sundhedsprofilen. Der er således sket en vis fortolkning af kategorierne i forbindelse med anvendelse af begge spørgsmålsformuleringer i relation til denne evaluering.

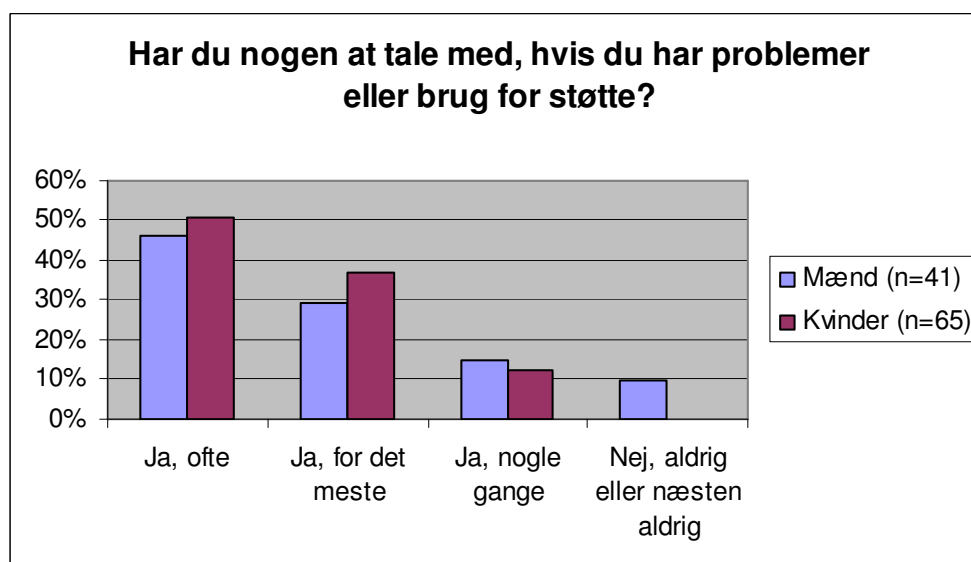
Figur 12 Oplevelse af ensomhed i svargruppen og referencegruppen



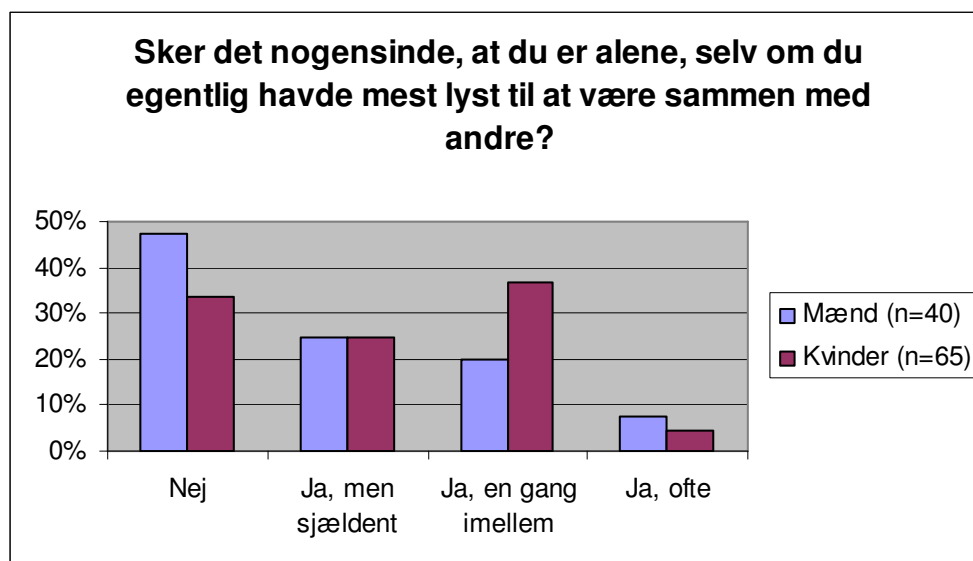
Figur 11 og Figur 12 viser, at Kronikerenheden rekrutterer borgere til lærings- og mestringsforløb, som i nogen grad føler sig mere ensomme end referencegruppen, mens der ikke er forskel på oplevelsen af social støtte.

Nedenfor analyseres forskelle mellem mænd og kvinder i svargruppen vedr. oplevelsen af social støtte og ensomhed.

Figur 13 Oplevelse af social støtte i svargruppen fordelt på køn



Figur 14 Oplevelse af ensomhed i svargruppen fordelt på køn



Figur 13 og Figur 14 viser, at der er forskel på kønnene i deres oplevelse af både social støtte og ensomhed. Mænd oplever i højere grad end kvinder mangel på social støtte, og således svarer 10% af mændene, at de "aldrig eller næsten aldrig" oplever at have nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Alligevel svarer mænd i mindre grad end kvinder, at de oplever at være alene, selv om de hellere ville være sammen med andre. Resultaterne kan umiddelbart virke modstridende, men der kan være flere forklaringer, f.eks. at mænd har et mindre kontaktbehov end kvinder, og at de derfor føler sig mindre ensomme, men det udelukker ikke, at de kan mangle social støtte. En anden forklaring kan være, at formuleringen af de to spørgsmål har betydning for, hvordan hhv. mænd og kvinder opfatter og dermed svarer på spørgsmålene.

Resultaterne vedr. forskelle mellem kønnene peger ikke entydigt på et indsatsområde i forhold til rekruttering, men de indikerer, at Kronikerenheden med fordel kan fokusere på deltagernes sociale relationer, både i forbindelse med selve forløbet og efterfølgende, f.eks. gennem selvhjælpsgrupper eller lignende.

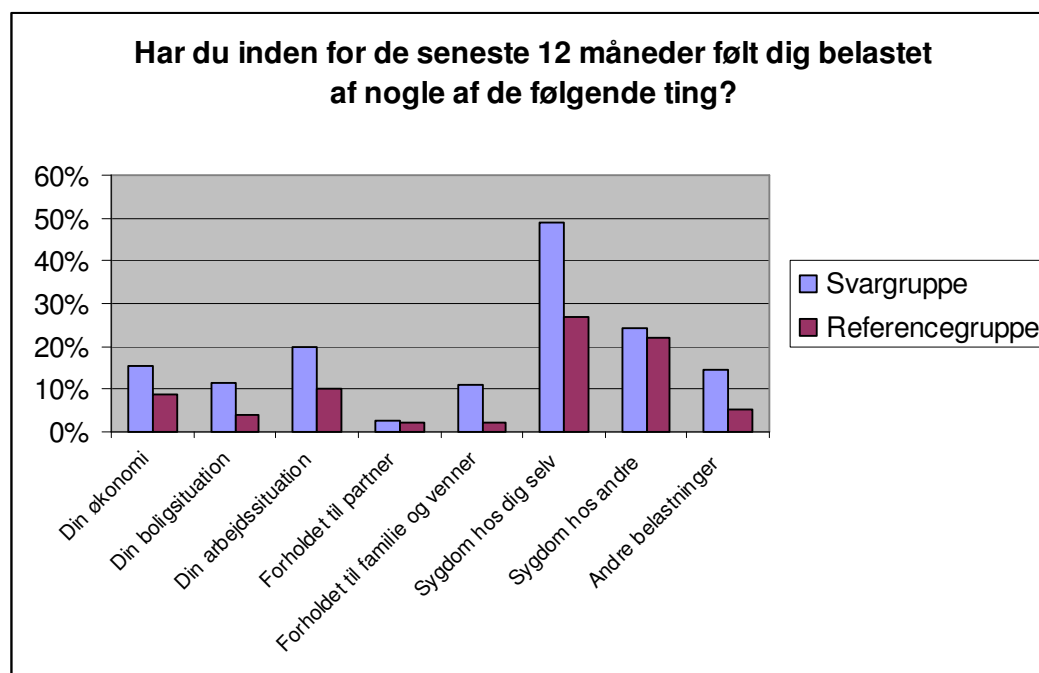
6.6 Oplevelse af belastninger

Det sidste element i belysningen af deltagernes sociale profil handler om, i hvilket omfang deltagerne føler sig belastede af en række relevante forhold.

Oplevelsen af belastninger er belyst ved hjælp af spørgsmålet: "Har du gennem de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?" Din økonomi, din boligssituation, din arbejdssituation, forholdet til din partner, forholdet til familie og venner, sygdom hos dig selv, sygdom hos din partner, familie eller nære venner og andet.

Svarpersonerne har haft mulighed for at svare "nej", "ja, lidt", "ja, en del" og "ja, meget" til hvert delspørgsmål. Kryds i "ja, en del" og "ja, meget" fortolkes som en oplevelse af belastning. Figur 15 viser andelen af hhv. svargruppen og referencegruppen, der oplever sig en del eller meget belastet af hver kategori. Der gøres opmærksom på, at svarpersonerne har haft mulighed for at sætte flere kryds, hvorfor procenterne ikke sammenlagt giver 100%.

Figur 15 Oplevelse af belastning i svargruppe og referencegruppe



Figuren viser, at svargruppen på alle parametre føler sig mere belastet end referencegruppen, og forskellen er størst omkring egen sygdom. Forskellen i oplevelse af belastning viser, at det lykkes for Kronikerenheden at rekruttere borgere, der føler sig meget belastede af en række relevante forhold, som kan medføre et større behov for støtte. Særligt den store forskel mellem grupperne i forhold til egen sygdom indikerer, at Kronikerenheden får fat i de borgere, der har brug for hjælp til at håndtere deres sygdom.

7 Profil af sundhedsadfærd

Den sidste del af evalueringen omhandler deltagernes sundhedsadfærd og helbredstilstand. Emnet belyses ved hjælp af et generelt mål for helbredsrelateret livskvalitet (SF-12), motions-, ryge- og kostvaner samt motivation for forandring. Resultaterne giver dels information om rekruttering, dels om forhold vedr. indhold og sigte i lærings- og mestringsforløbene.

7.1 Vigtigste fund

- Svargruppen har dårligere helbredsrelateret livskvalitet end referencegruppen på samtlige skalaer i SF-12. Forskellen er størst på skalaerne psykisk betingede begrænsninger, fysisk funktion og fysisk betingede begrænsninger.
- Svargruppen er moderat fysisk aktiv færre dage om ugen end referencegruppen, men dyrker til gengæld i højere grad idræt eller deltager i andre aktiviteter, der giver motion.
- 81% af svargruppen og 50% af referencegruppen ønsker at være mere fysisk aktive.
- 17% af svargruppen og 30% af referencegruppen er dagligrygere. Ca. halvdelen af rygerne i svargruppen ønsker at holde op med at ryge.
- 4% af svargruppen har et usundt kostmønster, mens det gælder for 19% af referencegruppen. 75% af svargruppen har et middelsundt kostmønster, og 21% har et sundt kostmønster.

Profilen af sundhedsadfærd viser overordnet, at deltagerne på lærings- og mestringsforløb allerede ved forløbets start har en bedre sundhedsadfærd (mht. motion, rygning og kost) end referencegruppen, men at de samtidig vurderer deres eget helbred dårligere. Dette indikerer, at deltagernes livskvalitet – i højere grad end referencegruppens – er påvirket af sygdom, men at de allerede ved forløbets start er godt på vej i forhold til sunde vaner.

7.2 Helbredsrelateret livskvalitet

Helbredsrelateret livskvalitet er et centralt mål i forbindelse med evaluering af patientuddannelser. Til dette formål anvendes *Short Form 12 Health Survey version 2* (SF-12), der er et generelt mål og kan anvendes på tværs af alders- og sygdomsgrupper.

SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer og to sumskalaer vedr. fysiske, psykiske og sociale forhold (3).

Fire skalaer vedr. fysisk funktionsevne og den generelle helbredstilstand:

- **Fysisk funktion:** Beskriver hvorvidt helbredet begrænser evnen til at udføre fysiske aktiviteter.
- **Fysisk betingede begrænsninger:** Beskriver hvorvidt det fysiske helbred begrænser arten eller omfanget af de aktiviteter, der kan udføres.
- **Fysisk smerte:** Beskriver hvorvidt smerte vanskeliggør udførelse af daglige aktiviteter.
- **Alment helbred:** Beskriver personens selv vurderede helbred alt i alt.

Fire skalaer vedr. psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand:

- **Energi:** Beskriver hvorvidt personen har meget eller lidt energi.
- **Social funktion:** Beskriver hvorvidt det fysiske eller psykiske helbred begrænser den sociale funktionsevne.
- **Psykisk betingede begrænsninger:** Beskriver hvorvidt følelsesmæssige problemer begrænser funktionsevnen.
- **Psykisk trivsel:** Beskriver personens humør.

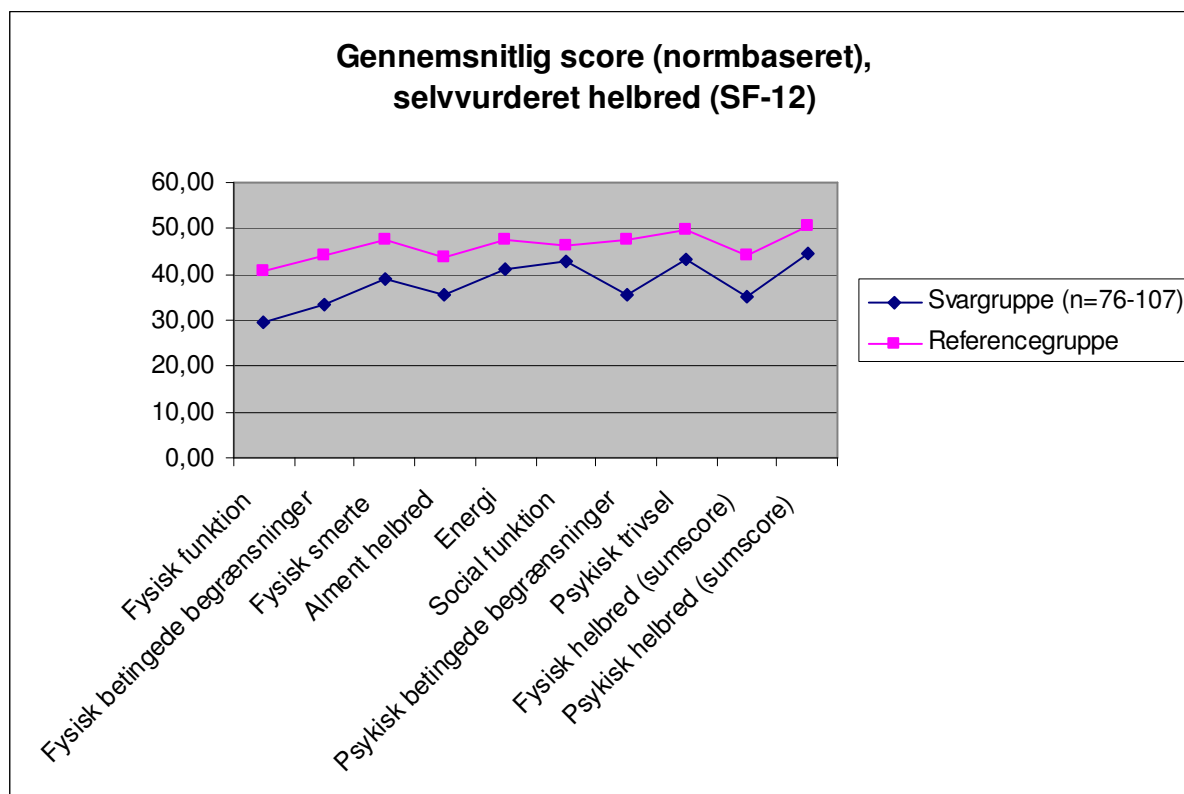
To generelle helbredsskalaer (sumskalaer):

- **Fysisk helbred:** Beskriver personens fysiske helbred på tværs af de fire skaler vedr. fysisk funktionsevne.
- **Psykisk helbred:** Beskriver personens psykiske helbred på tværs af de fire skaler vedr. psykisk funktionsevne.

I Figur 16 sammenlignes den gennemsnitlige score for hver skala i svargruppen og referencegruppen. For alle skalaer gælder det, at en høj score er udtryk for godt helbred.¹⁸ Figuren viser, at svargruppen på alle 10 skalaer ligger under referencegruppen og dermed har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet.

¹⁸ Scoren er gjort op som normbaserede skalaer, dvs. at resultaterne fra både svargruppen og referencegruppen holdes op imod en norm, hvor gennemsnittet er 50 på alle skaler. Normen bygger for de otte enkeltscorer på befolkningen i Region Midtjylland og en amerikansk normbefolkning for de to sumscorer. Fordelen ved de normbaserede skalaer er, at man kan sammenligne på tværs af skalaerne, så samme forskel betyder det samme, hvilket ikke er tilfældet for de rå skalaer.

Figur 16 Helbredsrelateret livskvalitet i svargruppe og referencegruppe



Tabel 12 viser differencen mellem de to grupper på hver skala i SF-12. De største forskelle mellem grupperne findes på skalaerne psykisk betingede begrænsninger, fysisk funktion og fysisk betingede begrænsninger.

Tabel 12 Gennemsnitlig score (normbaseret) og difference mellem svargruppe og referencegruppe på hver skala i SF-12

	<i>Svargruppe</i>	<i>Reference- gruppe</i>	<i>Difference</i>
Fysisk funktion	29,63 (n=101)	40,93	11,30
Fysisk betingede begrænsninger	33,25 (n=98)	44,25	11,00
Fysisk smerte	39,20 (n=104)	47,58	8,38
Alment helbred	35,63 (n=106)	43,52	7,89
Energi	41,34 (n=101)	47,58	6,24
Social funktion	42,67 (n=107)	46,09	3,42
Psykisk betingede begrænsninger	35,77 (n=96)	47,75	11,99
Psykisk trivsel	43,25 (n=97)	49,84	6,59
Fysisk helbred (sumscore)	34,97 (n=76)	43,95	8,98
Psykisk helbred (sumscore)	44,54 (n=76)	50,68	6,14

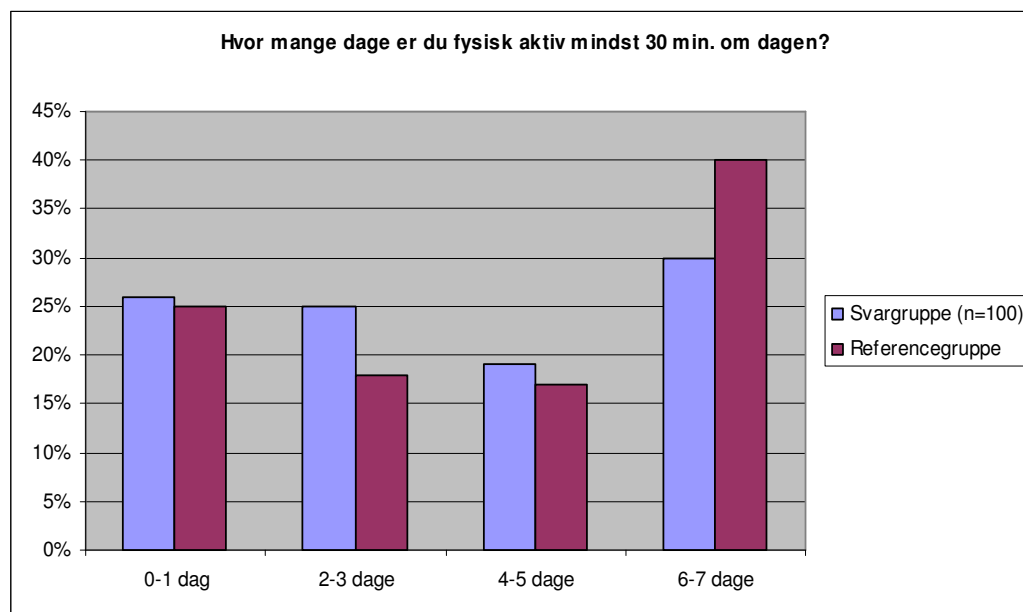
Opgørelsen viser, at svargruppen på alle parametre har en dårligere selv vurderet livskvalitet end referencegruppen, og at lærings- og mestringsforløbene dermed formår at rekruttere en svagere del af de kronisk syge borgere i kommunen.

7.3 Motion

Sundhedsstyrelsen har i november 2011 offentliggjort nye anbefalinger for fysisk aktivitet (21). Denne undersøgelse er baseret på Sundhedsstyrelsens hidtidige anbefalinger om, at voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen ved moderat intensitet, helst alle ugens dage, samt at voksne mindst to gange om ugen dyrker motion ved høj intensitet. Motionsvaner belyses her med udgangspunkt i disse to anbefalinger samt ved andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv.

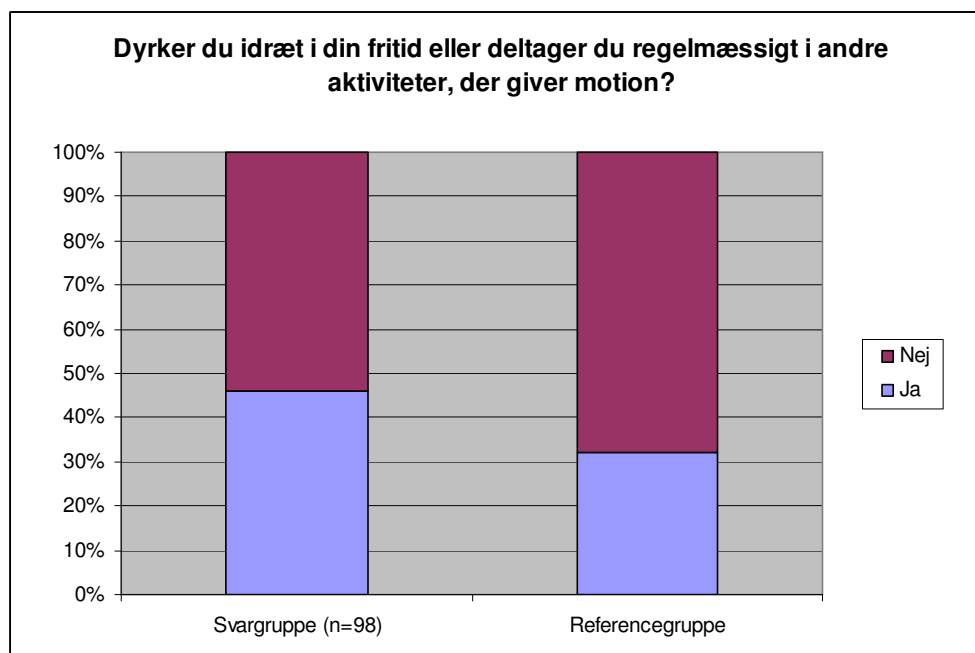
Figur 17 viser andelen af hhv. svargruppen og referencegruppen, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen hhv. 0-1, 2-3, 4-5 og 6-7 dage om ugen. Figuren viser, at svargruppen i mindre grad end referencegruppen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet, men figuren viser også, at andelen af inaktive (0-1 dage om ugen) er lige stor i de to grupper.

Figur 17 Andel der er fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen



Figur 18 viser fordelingen af idrætsaktive i hhv. svargruppen og referencegruppen. På spørgsmålet "dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?" svarer 46% af svargruppen ja, mens det gælder for 32% af referencegruppen.

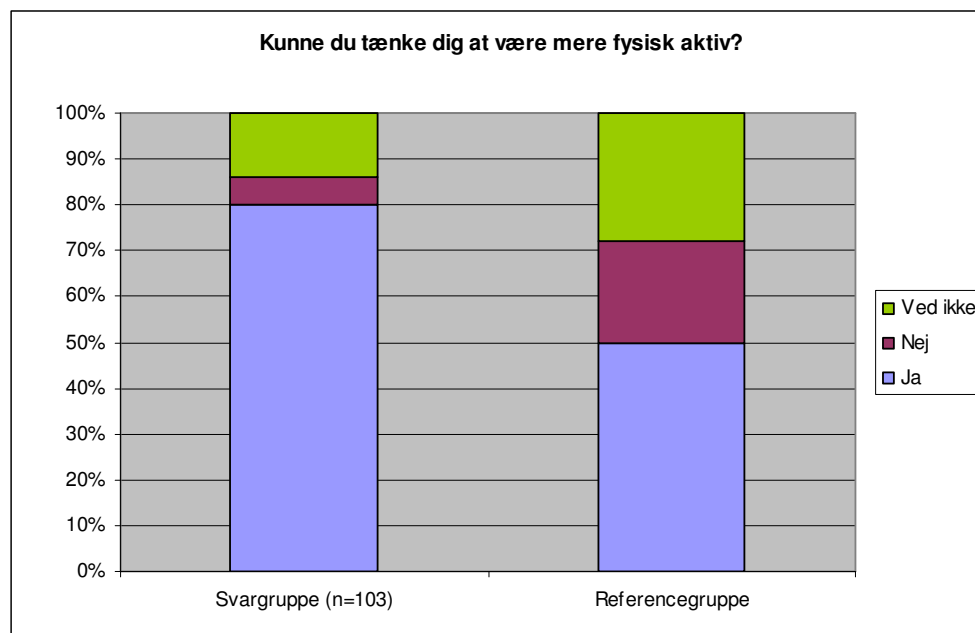
Figur 18 Andel der dyrker idræt eller regelmæssig motion



De to ovenstående figurer viser således, at svargruppen er moderat fysisk aktiv færre dage om ugen end referencegruppen, mens en større andel af svargruppen regelmæssigt dyrker idræt eller andre motionsgivende aktiviteter.

Figur 19 viser, at der er en ganske markant forskel mellem grupperne i forhold til motivation, idet en langt større del af svargruppen (81%) end referencegruppen (50%) ønsker at være mere fysisk aktiv.

Figur 19 Andel der ønsker at være mere fysisk aktive



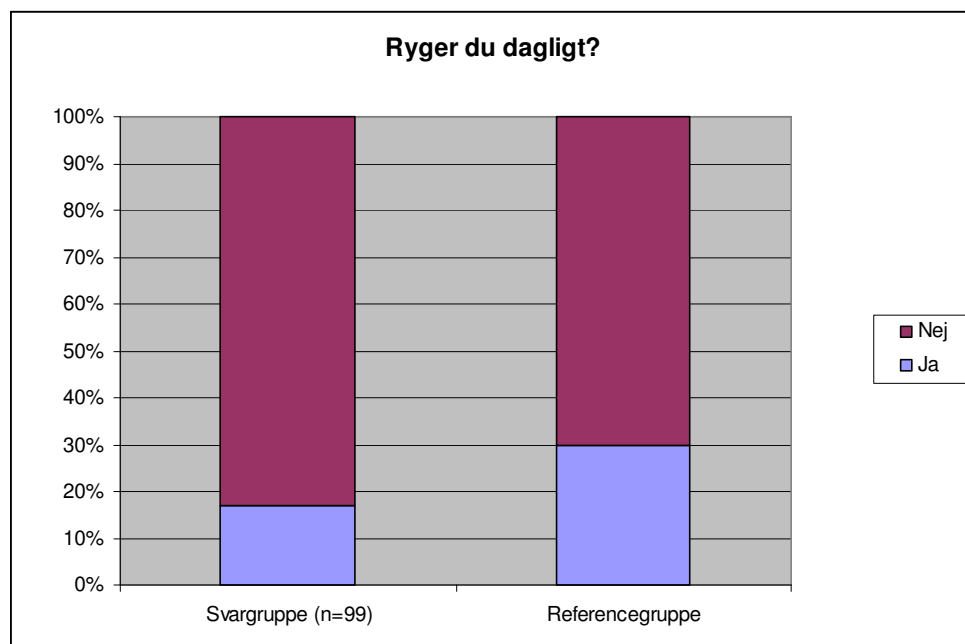
Dette indikerer, at Kronikerenhedens tilbud om lærings- og mestringsforløb tiltrækker borgere, der allerede ved start er motiverede for at blive mere fysisk aktive. Dette afspejler muligvis, at der i lærings- og mestringsforløbene er lagt forholdsvis stor vægt på fysisk træning, hvilket muligvis kan afholde mindre motiverede borgere fra at deltage.

7.4 Rygning

På spørgsmålet "ryger du dagligt?" svarer 17% af svargruppen ja, mens det gælder for 30% af referencegruppen, jf. Figur 20. Ud af rygerne i svargruppen ønsker ca. halvdelen at holde op med at ryge.¹⁹

¹⁹ Deltagerne på lærings- og mestringsforløb er desuden blevet spurgt, om de ønsker hjælp til rygestop, men antallet af respondenter på dette spørgsmål er for lavt til at kunne drage konklusioner herom.

Figur 20 Andel dagligrygere i svargruppe og referencegruppe



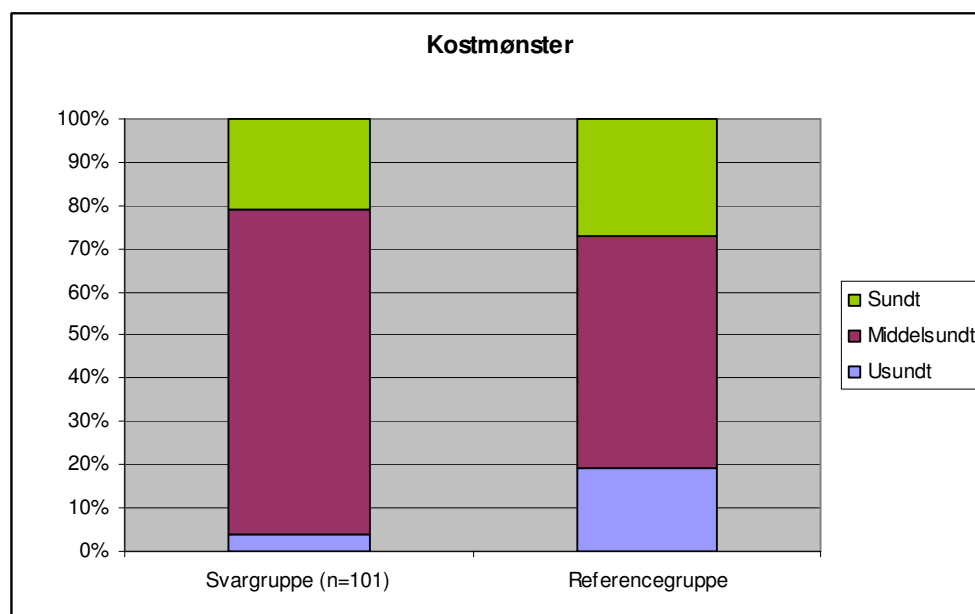
Der er således langt færre dagligrygere i svargruppen end i referencegruppen. Det giver anledning til at overveje, om lærings- og mestringsforløbene primært tiltrækker borgere, der i forvejen er motiverede for gode sundhedsvaner, og som derfor ikke ryger eller allerede er holdt op med at ryge, inden de starter på et forløb.

7.5 Kost

Kostvaner belyses ved hjælp af en kostscore, der omhandler indtag af fisk, grønt, frugt og fedt. De fire lægges sammen til en samlet score for kostens kvalitet, der opdeles i tre kategorier: Sundt, middelsundt og usundt kostmønster.

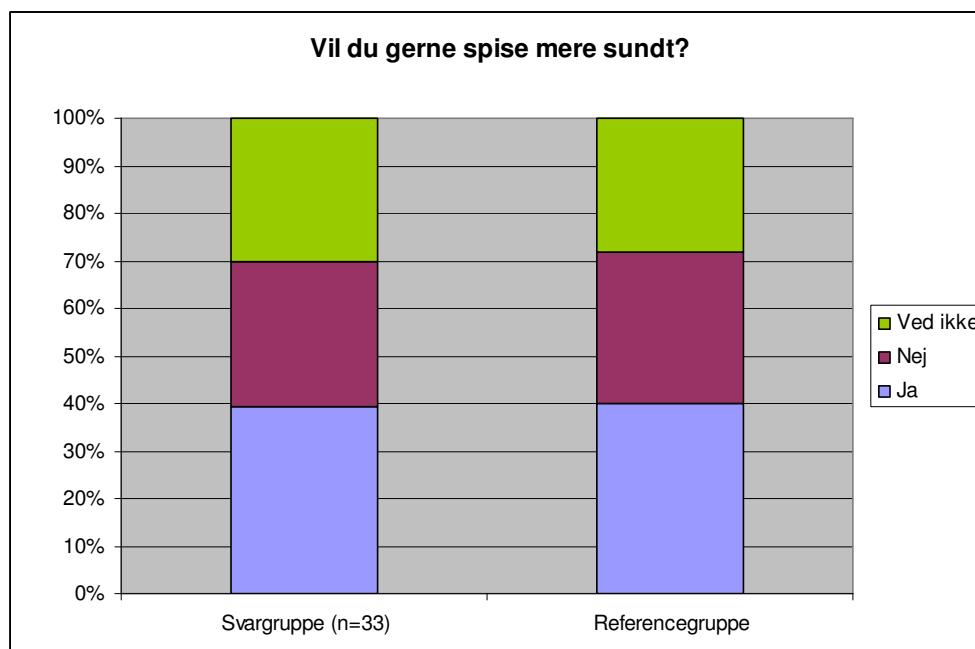
Figur 21 viser, at en mindre andel af svargruppen end referencegruppen har et usundt kostmønster, idet 4% af svargruppen spiser usundt, mens det gælder for 19% af referencegruppen. Hovedparten af svargruppen (75%) har et middelsundt kostmønster, og 21% har et sundt kostmønster.

Figur 21 Kostmønster i svargruppe og referencegruppe



Figur 22 viser hvor stor en andel af hhv. svargruppen og referencegruppen, der ønsker at spise mere sundt. På spørgsmålet "vil du gerne spise mere sundt?" svarer 39% af svargruppen ja, mens 30% svarer hhv. nej og ved ikke. Der er ikke forskel mellem svargruppen og referencegruppen.

Figur 22 Motivation til at spise mere sundt i svargruppe og referencegruppe



Opgørelserne vedr. kost viser, at de borgere, der kommer på lærings- og mestringsforløbene, har et sundere kostmønster, og at de ikke adskiller sig fra referencegruppen i forhold til ønsket om at ændre kostvaner.

Kronikerenheden rekrutterer således relativt få af de knapt 20% af referencegruppen, som har et usundt kostmønster, og som derfor kunne have gavn af et lærings- og mestringsforløb. Forskellen skyldes ikke umiddelbart forskelle i motivation, da referencegruppen ikke er mindre motiveret for sundere kostvaner end svargruppen. Der kan dog være en forskel på, om borgeren ønsker hjælp til at ændre sine kostvaner.

I forhold til planlægning og afvikling af lærings- og mestringsforløbene indikerer resultaterne, at langt størstedelen af deltagerne på lærings- og mestringsforløbene allerede ved start har et middelsundt eller sundt kostmønster. Derfor kan undervisning om kost med fordel afhænge af om deltagerne på det konkrete hold har behov for kostændringer eller ikke.

8 Referencer

(1) Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*, København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2009
Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11(3)

(2) Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; Syddansk Universitet; 2007.

(3) Larsen FB, Ankersen PV & Poulsen S. *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne.* Aarhus: Center for Folkesundhed. 2011.

(4) Region Midtjylland. *Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.* Forløbsprogramgruppen for KOL, 2008.

(5) Region Midtjylland. *Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og hjertekrampe.* Forløbsprogramgruppen for hjertekarsygdom, september 2008.

(6) Region Midtjylland. *Forløbsprogram for type 2 diabetes.* Forløbsprogramgruppen for diabetes, 2008.

(7) Sundhedscenter Vest. *Nyhedsbrev for Kronikercentret på Sundhedscenter Vest nr. 3, august 2010*

(8) Sundhedscenter Vest. *Den pædagogiske ramme for samtalen – ”den gode samtale”.* 2009

(9) Schrøder GE. *Udsatte borgere tilbydes deltagerinvolverende samtaler i Livsstilscaféen.* Magasinet Mi(d)t Liv 2008 nr. 1 *Social ulighed i sundhed.* Region Midtjylland 2008.

(10) Willaing I, Folmann N, Gisselbæk AB. *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter,* Sundhedsstyrelsen 2005.

(11) Komiteen for Sundhedsoplysning. *Opgørelser over kursister der har gennemført et kursus i løbet af 2010.* www.patientuddannelse.dk 2010.

(12) Beskæftigelsesministeriet. *Fakta om kvinder og mænd på arbejdsmarkedet i 2007.* Beskæftigelsesministeriet 2007.

(13) Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser.* København: Sundhedsstyrelsen 2011.

(14) Larsen FB. *Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og social ulighed. Rapport nr. 2,* juli 2003. Århus Amt 2003.

(15) Larsen FB, Ankersen PV & Poulsen S. *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Udvikling 2006 til 2010. Voksne.* Aarhus: Center for Folkesundhed 2011.

(16) Hjertereforeningen. *Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering.* 2010.

(17) Meillier L. *I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering.* Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. 2007.

(18) Danmarks Statistik. *DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur.* Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet. 2006.

(19) Wittrup, I. *Læring og Mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvalitativ evaluering.* Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland 2011.

(20) Projekt Kronikercenter – oprettelse af Kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm. Projektbeskrivelse. Bilag til politisk behandling i Region Midtjylland og Ringkøbing-Skjern Kommune. Maj 2008.

(21) Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.* Sundhedsstyrelsen 2011.