



# Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest

## Del 3 – effektevaluering

udarbejdet af  
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling  
Region Midtjylland, december 2013

## **Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.**

### **Del 3 - effektevaluering**

© CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013.

Emneord: effekt, evaluering, evalueringsværktøj, forebyggelse, kommune, MoEva, patient-uddannelse, rehabilitering, sundhedscenter.

Tryk: Dafolo, Frederikshavn  
Rapporten er sat med: Verdana  
Udgave: 1

ISBN: 978-87-92400-43-7 (trykt version)  
ISBN: 978-87-92400-44-4 (pdf-version til download)

Denne publikation citeres således:  
Melchior H, Poulsen SA, Holm EA, Nielsen CP. Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest. Del 3 - effektevaluering.  
Århus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2013.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:  
Leder af Sundhedscenter Vest, Ulla Svendsen  
Sundhedscenter Vest  
Kirkegade 3  
6880 Tarm

E-mail: [Ulla.svendsen@rksk.dk](mailto:Ulla.svendsen@rksk.dk)  
Tlf.: 9974 1601

Eller

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Århus N

E-mail: [mtv-stf@rm.dk](mailto:mtv-stf@rm.dk)  
Tlf.: 7841 4350  
Hjemmeside: [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)

Rapporten kan downloades fra:  
[www.sundhedscenter-vest.dk](http://www.sundhedscenter-vest.dk)  
og  
[www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk) - se under udgivelser.

## Forord

Siden kommunalreformen har der været øget fokus på forebyggelse og rehabilitering rettet mod mennesker med kronisk sygdom. En del af indsatsen har været koncentreret omkring udvikling af patientuddannelsesforløb til mennesker med kroniske sygdomme. Ringkøbing-Skjern kommune har i samarbejde med en række andre kommuner i Region Midtjylland samt CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, udviklet og afprøvet et værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelser – MoEva. Med denne rapport undersøges effekten af Ringkøbing-Skjern Kommunes lærings- og mestringsforløb i perioden april 2011 til juni 2012 baseret på data fra MoEva, indsamlet i perioden marts 2011 til juli 2013.

CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, har efter aftale med Ringkøbing-Skjern Kommune igangsat evaluering af den samlede indsats målrettet mennesker med kroniske sygdomme ved Sundhedscenter Vest med særlig vægt på evaluering af patientuddannelsesaktiviteterne.

Evalueringen er foregået i perioden fra 2011 til 2013, og er præsenteret i følgende tre delrapporter:

Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.  
Del 1 - rekruttering af deltagere (dec. 2011)

Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 - organisation (dec. 2012)

Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.  
Del 3 - effektevaluering (dec. 2013).

Sundhedscenter Vest har allerede i stort omfang anvendt de to tidligere rapporter til at udvikle og styrke kvaliteten af den patientuddannelse, som tilbydes borgere med kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune. Det er håbet, at denne sidste rapport i serien af evalueringer kan bidrage med yderligere inspiration til udvikling af det konkrete arbejde i Sundhedscenter Vest samt som inspiration for andre kommuner.

*December 2013*

Ulla Svendsen  
Leder  
Sundhedscenter Vest  
Ringkøbing-Skjern Kommune

Camilla Palmhøj Nielsen  
Forskningsleder  
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling  
Region Midtjylland

## INDHOLDSFORTEGNELSE

Sammenfatning .....	5
1. Indledning .....	8
2. Baggrund .....	10
2.1 Patientuddannelse .....	11
2.2 Lærings- og mestringsprincippet .....	12
2.3 Beskrivelse af lærings- og mestringsforløb i Ringkøbing-Skjern Kommune.....	13
2.4 Andre tilbud til borgere med kroniske sygdomme.....	17
3. Materiale og metoder .....	18
3.1 Datagrundlag .....	18
3.2 Frafaldsanalyse.....	21
3.3 Datakvalitet .....	23
3.4 Statistisk analyse.....	24
4. Resultater.....	27
4.1 Baggrundsoplysninger .....	27
4.2 Ensomhed og social støtte.....	29
4.3 Sundhedsvaner.....	31
4.4 Helbred og trivsel.....	36
4.5 Mestring af egen dagligdag.....	39
5. Diskussion .....	42
5.1 Diskussion af resultater.....	43
5.2 Hvad viser andre studier?.....	48
5.3 Hvordan måles effekt af patientuddannelse? .....	49
5.4 Anbefalinger til den kommunale patientuddannelse .....	51
6. Anbefalinger og perspektivering.....	55
7. Referencer.....	56
Bilag.....	58
Bilag 1: Kursusevaluering .....	59
Bilag 2: Frafaldsanalyse .....	61

## Sammenfatning

Effektevalueringen er udarbejdet som et led i samarbejdet mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, og er den tredje og sidste i rækken af tre delrapporter.

Den samlede evaluering omhandler følgende tre delrapporter:

- Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.  
Del 1 - rekruttering af deltagere (dec. 2011).
- Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 - organisation (dec. 2012).
- Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.  
Del 3 - effektevaluering (dec. 2013).

Formålet med evalueringen har været at dokumentere, evaluere og kvalitetsudvikle den samlede indsats målrettet mennesker med kroniske sygdomme ved Sundhedscenter Vest i Ringkøbing-Skjern Kommune.

### Materiale og metoder

Datamaterialet omfatter 23 lærings- og mestringsforløb med opstart i perioden april 2009 – juni 2012. Der er registreret i alt 211 deltagere, hvoraf 158 (75 %) har besvaret baselineskema plus minimum et opfølgningsskema.

### Resultater

De væsentligste resultater fra effektevalueringen er:

#### *Baggrundsoplysninger*

Sammenlignet med referencegruppen indgår der i svargruppen flere kvinder, flere ældre, færre unge/midaldrende og flere højtuddannede.

#### *Ensomhed og social støtte*

Svargruppen er sammenlignet med referencegruppen oftere uønsket alene, og samtidig er der en tendens til, at flere i svargruppen sjældnere oplever at have nogen at snakke med ved problemer eller behov for støtte.

#### *Sundhedsvaner*

I forhold til effekten af patientuddannelsesforløbene er der sket en positiv udvikling ved fysisk aktivitet, hvor andelen, der dyrker idræt i fritiden, stiger fra baseline til 1. og 2. opfølgning. Samtidig er der en tendens til, at flere dyrker fysisk aktivitet

minimum 30 minutter om dagen dagligt samt at færre er fysisk inaktive. Ved alkohol og rygning er der ingen forandring ved de tre målinger.

Samlet set har svargruppen bedre sundhedsvaner sammenlignet med referencegruppen, eftersom de er mere fysisk aktive, færre har et højt alkoholforbrug og færre ryger dagligt.

#### *Helbred og trivsel*

Svargruppen har angivet, at de har et bedre selv vurderet helbred fra baseline til 1. og 2. opfølgning. Ved baseline havde svargruppen et væsentligt dårligere selv vurderet helbred sammenholdt med referencegruppen. Ved 2. opfølgning minder svargruppen om referencegruppen i forhold til selv vurderet helbred.

Der er sket en statistisk signifikant udvikling i selv vurderet livskvalitet og funktionsevne ved skalaerne Fysiske begrænsninger, Alment helbred, Energi og Psykisk trivsel.

#### *Mestring af egen dagligdag*

På gruppeniveau er der sket en statistisk signifikant udvikling fra baseline til 1. opfølgning for domænet 'Færdigheder og hjælpemidler' og fra baseline til 2. opfølgning for domænet 'Positivt og aktivt engagement i livet'.

Der er sket væsentlige individuelle, pålidelige ændringer fra baseline til henholdsvis 1. og 2. opfølgning for samtlige seks domæner. Den største andel er blandt Konstruktive holdninger og tilgange.

### **Diskussion**

I diskussionsafsnittet sammenholdes resultater fra denne rapport med fund i nationale udgivelser. I dette afsnit medtages desuden anbefalinger til den kommunale patientuddannelse, herunder fx forslag til måling af effekt og forslag til udvidet samarbejde på tværs af faggrupper og forvaltninger.

### **Anbefalinger og perspektivering**

I afsnittet anbefalinger og perspektivering præsenteres idéer og forslag, der kan tænkes ind i det fremtidige arbejde med patientuddannelse. Der opstilles følgende anbefalinger/udviklingspunkter:

- Fortsætte med de eksisterende og velfungerende patientuddannelsesforløb. Samtidig være opmærksom på dynamikken i processen og følge nye strømninger og anbefalinger inden for feltet.
- Rekruttere flere mænd, yngre aldersgrupper og borgere med 'usunde' sundhedsvaner til patientuddannelsesforløb.
- Sammensætte 'fleksible' hold til patientuddannelsesforløb på baggrund af individuelle ønsker og behov, tidsfaktor, diagnose, køn og alder, bopæl m.m.
- Øge antallet af henvisninger fra praktiserende læger.
- Optimere datagrundlaget ved skærpelse af registreringer, tidspunkter for registreringer og fuldstændige besvarelser.
- Arbejde professionelt og loyalt med dataindsamling, relevans af data, anvendelse af måleinstrumenter, validerede spørgeskemaer m.m.
- Supplere allerede eksisterende tilbud og rammer efter endt patientuddannelsesforløb med nye tilbud og muligheder. Dvs. opmærksomhed på, hvordan borgeren kan vedligeholde effekter af forløb, efter disse er afsluttet, fx træning på centret sen eftermiddag/aften, sociale arrangementer i nærmiljøet, cafémøder, vandreture og lignende.
- Indtænke andre faggrupper/forvaltninger med henblik på at medvirke til et samlet og sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgeren.

## 1. Indledning

Ringkøbing-Skjern Kommune har siden begyndelsen af 2009 udbudt patientuddannelser til borgere med kroniske sygdomme. Patientuddannelserne og den samlede kronikerindsats er forankret i kronikerteamet ved Sundhedscenter Vest.

Som en del af det samlede tilbud har Sundhedscenter Vest siden april 2009 udbudt patientuddannelser i form af lærings- og mestringsforløb til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-kar-sygdom og/eller type 2-diabetes. Et koncept der bygger på en høj grad af deltagerinvolvering, og hvor sundhedsprofessionelle og erfarne patienter samarbejder om at afholde patientuddannelser for mennesker med kroniske sygdomme.

Denne delrapport indeholder en kvantitativ effektevaluering med det formål at formidle viden om deltagernes udbytte af et lærings- og mestringsforløb. Til at belyse deltagernes udbytte indgår følgende effektmål: Deltagerens selvvaluerede helbred og trivsel (SF-12), sundhedsvaner (bevægelse, rygning og alkohol) samt evne til egenomsorg og at mestre dagligdagen med en kronisk sygdom (heiQ).

Data til brug for effektevalueringen er indsamlet via MoEva – et værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner. MoEva indeholder standardiserede og validerede spørgsmål, og deltagerne har besvaret de samme spørgsmål ved forløbets start samt 3 og 12 måneder efter forløbets afslutning. Hovedparten af spørgsmålene i MoEva er udvalgt fra sundhedsprofilen Hvordan har du det? 2010.

Datamaterialet omfatter 23 lærings- og mestringsforløb med opstart i perioden april 2009 – juni 2012. Der er registreret i alt 211 deltagere, hvoraf 158 (ca. 75 %) har besvaret baselineskema plus minimum et opfølgningsskema.

Rapporten henvender sig til kommunale og regionale politikere, ledere og medarbejdere med ansvar for patientuddannelser og indsatser målrettet mennesker med kroniske sygdomme. I en MTV-rapport om patientuddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2009) konkluderes det, at der generelt mangler større indsigt i patientuddannelser, både hvad angår indhold, sundhedspædagogiske metoder, virkningsmekanismer, målgrupper, organisering samt effekt [1]. Med denne rapport håber vi derfor at kunne bidrage til det samlede vidensgrundlag på området.



Effektevalueringen er udarbejdet som et led i samarbejdet mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Rapporten er den tredje og sidste i rækken af tre delrapporter, som har til formål at dokumentere, evaluere og kvalitetsudvikle den samlede indsats målrettet mennesker med kroniske sygdomme ved Sundhedscenter Vest i Ringkøbing-Skjern Kommune.

Den samlede evaluering omhandler følgende tre delrapporter:

- Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.  
Del 1 - rekruttering af deltagere (dec. 2011) [2]
- Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 - organisation (dec. 2012) [3]
- Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest.  
Del 3 - effektevaluering (dec. 2013).

## 2. Baggrund

I Danmark er forekomsten af kroniske sygdomme steget i de senere år. Ændringer i befolkningens sammensætning, levetid og levevis har ført til ændrede sygdomsmønstre. Det skønnes at 70–80 % af ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på kroniske sygdomme [1].

Region Midtjyllands sundhedsprofil Hvordan har du det? 2010 viser, at forekomsten af kronisk sygdom er stigende i Region Midtjylland og i Ringkøbing-Skjern Kommune [4]. På baggrund af data fra sundhedsprofilen anslås det, at antallet af borgere i alderen fra 25 år og op i Ringkøbing-Skjern Kommune med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-kar-sygdom og/eller type 2-diabetes udgør ca. 5.300<sup>1</sup>.

Det at blive ramt af en kronisk sygdom betyder for langt de fleste mennesker en ny livssituation og nye udfordringer i forhold til at håndtere og mestre en hverdag med symptomer, behandling og fysiske og psykosociale konsekvenser, som følger med at leve med en kronisk sygdom.

Der er derfor et stort behov for at se på, hvordan forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme kan tilrettelægges og optimeres.

Med strukturreformens ikrafttræden i 2007 og Sundhedslovens § 119 fra 2005 er den patientrettede forebyggelse defineret som en delt opgave mellem kommuner og regioner. Formålet med den patientrettede forebyggelse er at forebygge progression i en sygdom samt begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer som følge af sygdom [5].

I Region Midtjylland er der i et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis udarbejdet forløbsprogrammer, som beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes [6-8]. Som et fokusområde i forløbsprogrammerne og i den patientrettede forebyggelse nævnes blandt andet øget opmærksomhed på at inddrage borgernes egne ressourcer i behandlingen og

---

<sup>1</sup> Der er 58.439 indbyggere i Ringkøbing-Skjern Kommune [21].

indsatser, der understøtter borgere med kroniske sygdomme i at udøve egenomsorg og mestre livet med en kronisk sygdom.

Patientuddannelser indgår i stigende grad som et vigtigt element i den patientrettede forebyggelse og er et blandt flere tiltag, der sigter mod, at borgere med kroniske sygdomme involveres i håndteringen af egen sygdom. Ifølge Sundhedsstyrelsen er hensigten med patientuddannelser dels at forbedre livskvaliteten for mennesker med kroniske sygdomme og dels at nedsætte behovet for sundhedsydelser og dermed mindske presset på sundhedsvæsenet [9].

## 2.1 Patientuddannelse

I såvel litteraturen som i daglig praksis refererer begrebet patientuddannelse til forskellige tilbud fx patientskoler, patientundervisning, LÆR AT LEVE med kronisk sygdom (Stanford-modellen) og lærings- og mestringsuddannelser.

I henhold til Sundhedsstyrelsen kan en patientuddannelse defineres som:

"Et struktureret uddannelsesforløb rettet individuelt eller til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Uddannelsen kan være rettet til patienter med en given sygdom/tilstand eller generelt rettet til patienter/borgere med forskellige sygdomme/tilstande" [10].

Siden april 2009 har Sundhedscenter Vest udbudt patientuddannelser i form af lærings- og mestringsforløb målrettet borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes. Denne evalueringsrapport vedrører udelukkende de patientuddannelser, som er udbudt efter lærings- og mestringsprincipperne og målrettet ovenstående patientgrupper.

Lærings- og mestringsuddannelsen (L&M), som udbydes i Ringkøbing-Skjern Kommune, er et resultat af et treårigt udviklingsprojekt (2007 – 2010) i regi af CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Projektet, som er et led i Region Midtjyllands samlede strategi for en forbedret indsats for mennesker med kroniske sygdomme, er gennemført i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest, patientforeningerne, almen praksis og kommunerne i Vest Klyngen (Lemvig, Struer, Holstebro, Herning, Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern kommuner). Målet er at bedre sundheden og livskvaliteten for mennesker med kroniske sygdomme.

Projektets resultater er præsenteret i fire rapporter med overskriften: Læring og mestring – patientuddannelse på deltagernes præmisser [11-14]. Derudover er der

udgivet en Håndbog til lærings- og mestringsuddannelser, som udførligt beskriver uddannelsens indhold og formål samt den teoretiske og pædagogiske tilgang [15].

## 2.2 Lærings- og mestringsprincippet

Omdrejningspunktet i lærings- og mestringsuddannelsen er mestring af hverdagslivets udfordringer med symptomer, behandling og fysiske og psykosociale konsekvenser, som følger med at leve med en kronisk sygdom.

Uddannelsens særkende er, at fagpersoner planlægger, gennemfører og evaluerer forløbet sammen med en erfaren patient, det vil sige en borger, som har en kronisk sygdom. I uddannelsen indgår både faglig viden, formidlet af en fagperson, og erfaringsviden, formidlet gennem fortællinger af en erfaren patient. Faglig viden og erfaringsviden fra det levede liv med en kronisk sygdom indgår således på lige fod i uddannelsen.

I Håndbog til lærings- og mestringsuddannelser beskrives følgende centrale hovedelementer i patientuddannelsen [15]:

- Undervisningen varetages af en erfaren patient og en sundhedsprofessionel, der begge har gennemført Kompetenceudviklingsforløb for fagpersoner og erfarne patienter.
- Planlægning, gennemførelse og evaluering af uddannelsesforløbet skal ske i et ligeværdigt samarbejde mellem en erfaren patient og en sundhedsprofessionel.
- Der anvendes sundhedspædagogiske læringsprincipper, der fremmer deltagerinvolvering og mestring.
- Der afholdes individuelle indledende og opfølgende samtaler ud fra metoden Den afklarende samtale for at styrke deltagernes klarhed over egne behov.
- Der afholdes en fælles gruppesamtale på første uddannelsesdag for at tilpasse uddannelsens indhold til deltagernes aktuelle behov.
- Mestring af livet med en kronisk sygdom er et gennemgående tema.

For at kunne undervise på lærings- og mestringsuddannelser skal både fagperson og den erfarne patient have gennemgået et sundhedspædagogisk uddannelsesforløb, som for fagpersoner strækker sig over fire moduler à to dage og for erfarne patienter over to moduler à to dage [15].

## **2.3 Beskrivelse af lærings- og mestringsforløb i Ringkøbing-Skjern Kommune**

I det følgende afsnit beskrives lærings- og mestringsforløb målrettet borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes i Ringkøbing-Skjern Kommune.

I Ringkøbing-Skjern Kommune er patientuddannelser og indsatsen målrettet borgere med kronisk sygdom forankret i kronikerteamet ved Sundhedscenter Vest.

Kronikerteamet består af fire sundhedsfaglige kernemedarbejdere, herunder en sundhedsfaglig koordinator. Kronikerteamet har bl.a. til opgave at planlægge, koordinere, kvalitetssikre og evaluere indsatsen for borgere med kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune. Indsatsen kan være målrettet den enkelte borger eller grupper af borgere med kroniske sygdomme. Teamet indgår i et tæt samarbejde med de øvrige medarbejdere på sundhedscentret, og når det skønnes relevant inddrages fx fysioterapeut og ergoterapeut i planlægning og afvikling af patientforløb. Teamet samarbejder endvidere med interne og eksterne undervisere fx specialesygeplejersker ansat i kommunen eller ved Hospitalsenheden Vest. For yderligere information om Sundhedscenter Vests indsatser, opgaver og organisering henvises til delrapport 2 om organisation [3].

Det overordnende formål med lærings- og mestringsforløbene er:

- at støtte borgeren i at se muligheder og mestre det gode live med en kronisk sygdom
- at støtte borgeren til varige livsstilsændringer
- at støtte borgeren i det aktive medborgerskab i kommunen.

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.

Efter henvisning eller henvendelse kommer borgeren til en individuel afklarende samtale med en sundhedsfaglig medarbejder fra kronikerteamet. Sundhedscenter Vest lægger vægt på, at der ikke henvises direkte til patientuddannelser men til en afklarende samtale, som står centralt i centrets sundhedspædagogiske metode.

Den afklarende samtale bygger på en fælles pædagogiske ramme "Den pædagogiske ramme for samtalen – den gode samtale" udviklet i Sundhedscenter Vest i 2009.

"Den afklarende samtale handler konkret om 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 forandringsprocessen? Hvilke barrierer er der?" [16]

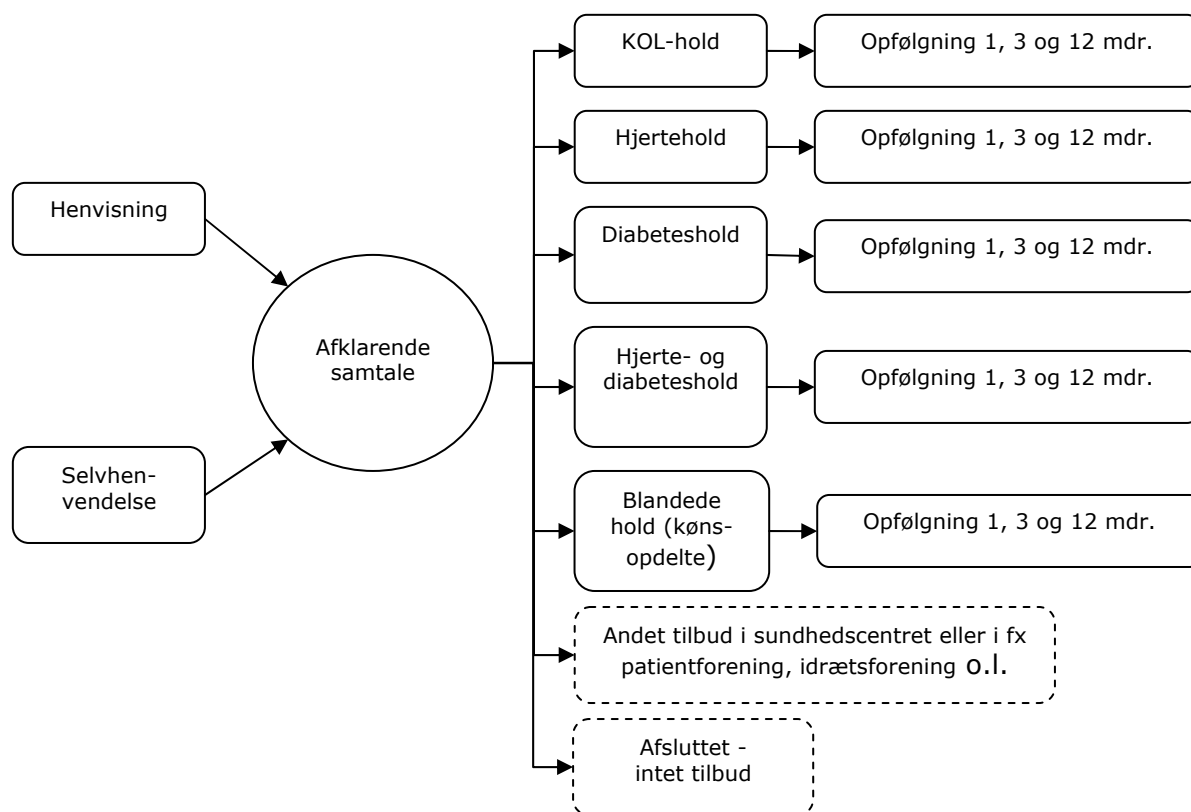
Målet med samtalen er, at borgeren bliver klar over sine egne behov, bliver i stand til at handle på dem og på den måde selv tager ansvar for ændringer i sin egen livsstil [16]. I evalueringsrapporten del 1 – rekruttering af deltagere, er den afklarende samtales struktur og opbygning nærmere beskrevet [2].

På baggrund af den afklarende samtale besluttet det i samarbejde med borgeren, om borgeren ønsker at deltage i et lærings- og mestringsforløb eller et andet tilbud (fx en anden patientuddannelse eller en aktivitet i regi af de frivillige foreninger, selvhjælpsgrupper, idrætsforeninger eller andre netværksgrupper). Enkelte borgere afsluttes uden yderligere tilbud.

Kronikerteamet skønner, at ca. 90 % af de borgere, der kommer til en afklarende samtale, bliver tilbudt et lærings- og mestringsforløb.

Sammenhængen mellem henvisning/henvendelse, afklarende samtale og lærings- og mestringsforløb er illustreret i figur 1.

**Figur 1: Forløbsbeskrivelse lærings- og mestringsforløb**



Kronikerteamet har i perioden april 2009 – juni 2012 gennemført i alt 23 lærings- og mestringsforløb<sup>2</sup>, som henholdsvis diagnosespecifikke forløb og forløb med forskellige diagnoser. Følgende holdtyper er oprettet:

- KOL-hold
- Hjerterhold
- Diabeteshold
- Kombinerede hjerter- og diabeteshold
- Blandede hold for borgere med KOL, hjerter-kar-sygdom og/eller diabetes

Tabel 1 indeholder en oversigt over holdforløbene.

I foråret 2011 begyndte kronikerteamet at udbyde kombinerede hjerter- og diabeteshold. Begrundelsen herfor er for det første, at der er mange fællesstræk i undervisningens indhold og den fysiske træning mellem de to hold. For det andet, at mange deltagere har både hjerter-kar-sygdom og type 2-diabetes. For det tredje

---

<sup>2</sup> Også benævnt som 'kronikerhold'.

gør en kombination det muligt at tilbyde de to patientgrupper flere hold i løbet af året, hvorved ventetiden reduceres.

For at reducere ventetiden til hold er der siden efteråret 2011 udbudt hold, som går på tværs af KOL, hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes.

**Tabel 1: Oversigt over afholdte lærings- og mestringsforløb 2009-2012**

Nr.	Holdnavn	Periode
1	KOL-hold 1	2009 april-juni
2	KOL-hold 2	2009 september-november
3	KOL-hold 3	2009 september-november
4	Diabeteshold 1	2009 september-november
5	KOL-hold 4	2010 januar-marts
6	KOL-hold 5	2010 april-juni
7	KOL-hold 6	2010 april-juni
8	Hjertehold 1	2010 april-juni
9	KOL-hold 7	2010 august-oktober
10	KOL-hold 8	2010 september-november
11	Hjertehold 2	2010 oktober-november
12	Diabeteshold 2	2010 oktober-november
13	KOL-hold 10	2011 januar-marts
14	KOL-hold 11	2011 marts-maj
15	Hjerte- og diabeteshold 1	2011 april-maj
16	Hjerte- og diabeteshold 2	2011 august-oktober
17	KOL-hold 12	2011 august-november
18	Blandet hold 1 (for mænd)	2011 oktober-december
19	Blandet hold 2 (for kvinder)	2011 oktober-december
20	KOL-hold 14	2012 januar-marts
21	Hjerte- og diabeteshold 3	2012 januar-marts
22	KOL-hold 15	2012 april-juni
23	Blandet hold 3	2012 april – juni

Der er en række centrale lighedspunkter mellem de forskellige holdtyper:

- Alle lærings- og mestringsforløb strækker sig over 8 uger.
- Forløbene 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 m.fl.



- Undervisningen sker i samarbejde med en erfaren patient, dvs. en borger der har en kronisk sygdom, og som bidrager til patientuddannelsen med egne erfaringer og fortællinger fra livet med en kronisk sygdom.
- En til to personer fra Sundhedscenter Vest er gennemgående i lærings- og mestringsforløbet.
- Specialsygeplejersker fra Hospitalsenheden Vest inddrages i undervisningen, når det skønnes relevant.
- Holdopfølgning finder sted 1, 3 og 12 måneder efter lærings- og mestringsforløbets afslutning. Opfølgningerne har til formål at fastholde de positive forandringer, der er sket i lærings- og mestringsforløbet. Opfølgning består af en samtale og evt. fysisk træning. Her drøftes det også, hvilket tilbud borgeren evt. ønsker at deltage i efter et lærings- og mestringsforløb.

I evalueringsrapporten del 1 - rekruttering af deltagere, er formål og indhold på de enkelte holdtyper nærmere beskrevet [2].

## **2.4 Andre tilbud til borgere med kroniske sygdomme**

Udover de ovenfor beskrevne lærings og mestringsforløb, tilbyder Sundhedscenter Vest læringsforløb målrettet borgere med stress og depression, kræftrehabilitering og patientuddannelserne: Lær at leve med en kronisk sygdom, Lær at takle kronisk smerte og Lær at takle angst og depression. Derudover er der en række tilbud og aktiviteter, som udbydes i et samarbejde med de frivillige foreninger fx Gå i gang (et tilbud om tilpasset motion til ikke-motionsvante borgere), caféarrangementer og andre netværksskabende aktiviteter. Disse tilbud er ikke medtaget i denne evalueringsrapport.

### 3. Materiale og metoder

I dette kapitel beskrives datagrundlaget og studiepopulationen for effektevalueringen. Derudover indeholder kapitlet en frafaldsanalyse, en beskrivelse af datakvaliteten samt en beskrivelse af den anvendte statistiske metode.

I kapitlet benævnes lærings- og mestringsforløbene, som henholdsvis forløb, holdforløb, patientuddannelsesforløb.

#### 3.1 Datagrundlag

Den primære datakilde til effektevalueringen udgøres af data indsamlet i forbindelse med MoEva (Monitorering og Evaluering af patientuddannelser). I rapporten vil resultaterne blive sammenlignet med data fra Region Midtjyllands befolkningsundersøgelse Hvordan har du det? 2010 (HHDD), der indgår som referencegruppe i analyserne. Indholdet i de to datasæt beskrives nærmere i det følgende, ligesom studiepopulationen (bestående af deltagergruppe, svargruppe og referencegruppe) beskrives.

##### 3.1.1 MoEva

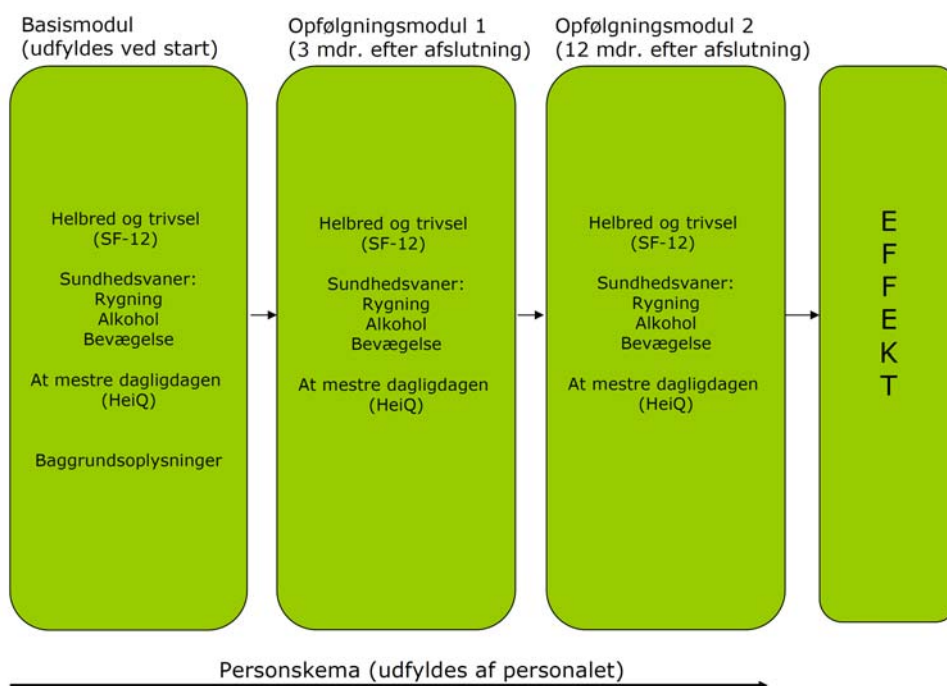
Gennem værktøjet MoEva har Ringkøbing-Skjern Kommune siden 2009 indsamlet spørgeskemadata for deltagerne på patientuddannelsesforløb rettet mod borgere med KOL, hjerte-kar-sygdom og/eller type 2-diabetes, jf. holdoversigten i tabel 1, kapitel 2.

MoEva er et værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelsesforløb. Værktøjet er forankret hos CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, og er udviklet og afprøvet i samarbejde med Lemvig, Struer, Holstebro, Herning, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Viborg, Syddjurs og Norddjurs kommuner samt Medicinsk Afdeling og diabetesskolen på Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland. Værktøjet består af en database indeholdende spørgeskemadata (udfyldt af deltagerne) samt administrative data (udfyldt af de sundhedsprofessionelle). Data til MoEva er indtastet via webapplikationen TrialPartner (forankret hos Datamanagement ved CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling), som kan tilgås fra enhver pc. Værktøjet er udformet, så samtlige krav om datasikkerhed er opfyldt.

Data fra MoEva udgøres i denne rapport af spørgeskemaer udfyldt henholdsvis ved patientuddannelsesforløbets start (baseline), 3 måneder efter forløbets afslutning

(1. opfølgning) samt 12 måneder efter forløbets afslutning (2. opfølgning) jf. figur 2 [17].

**Figur 2: Illustration af opbygningen og indholdet i monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva**



Data for Sundhedscenter Vest indeholder oplysninger om følgende overordnede emner:

- Baggrundsoplysninger
- Sundhedsvaner (bevægelse, rygning og alkohol)
- Helbred og trivsel (selvvurderet helbred og funktionsevne, målt ved SF-12)
- Mestring af dagligdagen (målt ved heiQ).

Spørgsmålene omkring selvvurderet helbred og funktionsevne samt sundhedsvaner og baggrundsoplysninger er standardiserede og validerede spørgsmål, som er sammenlignelige med Hvordan har du det? 2010. Derudover indgår spørgsmål vedrørende mestring, som måles ved hjælp af et australsk udviklet spørgeskema Health Education Impact Questionnaire (heiQ) til brug i patientuddannelser og interventioner med fokus på mestring af kroniske tilstande [12;18-19].

Foruden oplysninger fra spørgeskemaerne, udfyldt af deltagerne på patientuddannelsesforløbene, indgår ligeledes data, udfyldt af de sundhedsprofessionelle (personskema/administrative data). Personskemaet indeholder bl.a. oplysninger om

primær diagnose, henvisning og holdtilknytning. Ved forløbets afslutning tilføjes oplysninger om gennemførelse og evt. frafald.

Afslutningsvis i forløbene har deltagerne fået udleveret en kursusevaluering. MoEva-databasen indeholder derved ligeledes oplysninger om deltagernes oplevelse og udbytte af forløbene. I Ringkøbing-Skjern Kommune blev kursusevalueringen tilføjet ved overgangen til webportalen TrialPartner i efteråret 2011. Af bilag 1 fremgår resultaterne af kursusevalueringen.

### 3.1.2 Hvordan har du det? 2010

Data til Hvordan har du det? 2010 (HHDD) er indsamlet på baggrund af postomdelte spørgeskemaer udsendt til 52.400 tilfældigt udvalgte personer i alderen 16 år og opefter, bosiddende i Region Midtjylland. Heraf indgik 2.500 personer bosiddende i Ringkøbing-Skjern Kommune i stikprøven [20]. Spørgeskemaet indeholder spørgsmål om borgernes sundhed, sygdom og trivsel, og som tidligere nævnt er der sammenlignelighed mellem MoEva og HHDD, eftersom spørgeskemaerne til MoEva indeholder de samme spørgsmål for helbred og trivsel, sundhedsvaner og baggrundsoplysninger, som indgår i HHDD.

### 3.1.3 Studiepopulation

Der sondres i det følgende imellem deltagergruppe, svargruppe og referencegruppe. Grupperne er delmængder af hinanden samt kommunens samlede befolkning jf. figur 3.

**Befolkningen** omfatter alle borgere bosat i Ringkøbing-Skjern Kommune per 1. januar 2010<sup>3</sup> [21].

I **referencegruppen** indgår etniske danske borgere over 25 år bosiddende i Ringkøbing-Skjern Kommune med KOL<sup>4</sup>, hjerte-kar-sygdom<sup>5</sup> og/eller type 2-diabetes<sup>6</sup>. Referencegruppen indbefatter dermed de borgere, som kan betragtes som målgruppen for kommunens patientuddannelser i perioden april 2009 til juni 2012.

---

<sup>3</sup> Der sammenlignes med data fra referencegruppen indsamlet primo 2010.

<sup>4</sup> I HHDD 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.

<sup>5</sup> Hjerte-kar-sygdom defineres som blodprop i hjertet og hjertekrampe jf. *Hvordan har du det? 2010*.

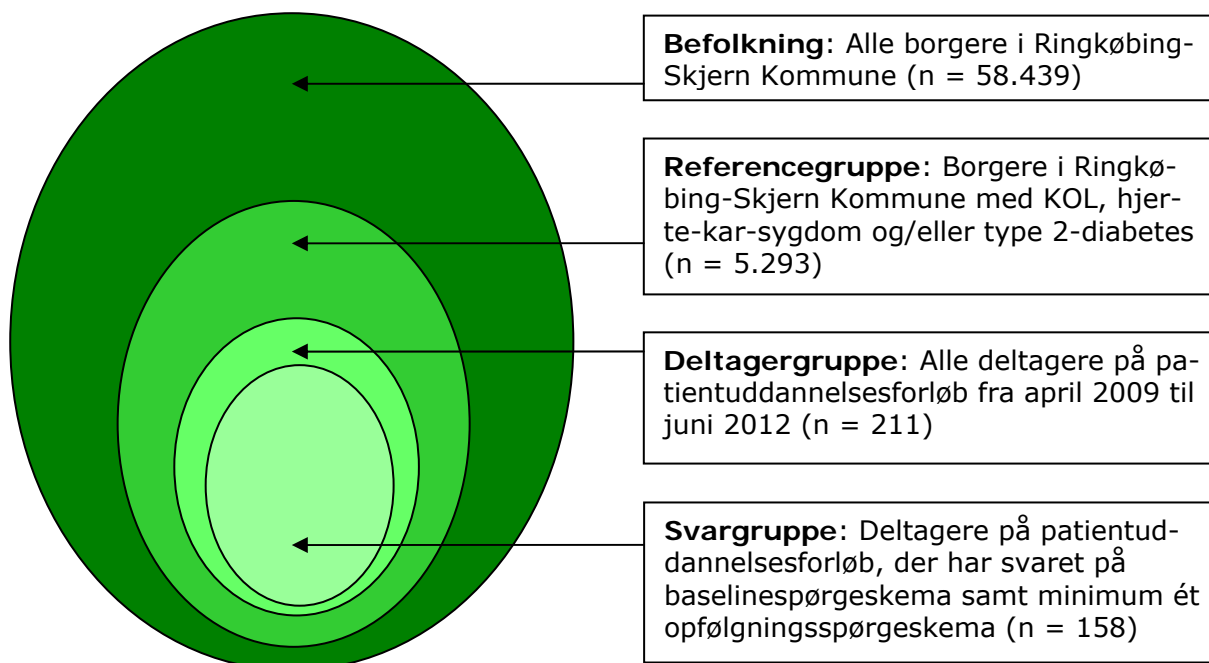
<sup>6</sup> Respondenterne blev spurgt, om de har sygdommen nu eller tidligere har haft den/har eftervirkninger. Både borgere med en diagnose og med eftervirkninger vurderes som relevante potentielle deltagere i patientuddannelsesforløbene.

Data for referencegruppen bygger på 187 spørgeskemabesvarelser (estimeret antal:  $n = 5.293$ ).

**Deltagergruppen** indbefatter samtlige registrerede deltagere tilknyttet patientuddannelsesforløb i Ringkøbing-Skjern Kommune i perioden april 2009 til juni 2012. Der er registreret i alt 211 deltagere i perioden, heraf har syv personer deltaget i to forløb.

For at kunne evaluere effekten af patientuddannelsesforløbene er det nødvendigt med minimum to besvarelser per deltager. **Svargruppen** er netop de deltagere, som har besvaret minimum to spørgeskemaer, dvs. baselinespørgeskema samt minimum ét opfølgningsspørgeskema. I alt 158 deltagere har besvaret minimum to spørgeskemaer. Svargruppen beskrives i forhold til deltagergruppen og referencegruppen i afsnit 3.2 Frafaldsanalyse.

**Figur 3: Grupperinger**



### 3.2 Frafaldsanalyse

Der har været i alt 211 deltagere på patientuddannelsesforløbene i perioden april 2009 til juni 2012. Heraf har 191 besvaret minimum ét spørgeskema: 22 har kun

besvaret et baselinespørgeskema, 11 har kun besvaret ét opfølgningsskema, 41 har besvaret et baselinespørgeskema og ét opfølgningsskema, mens 117 har besvaret alle tre spørgeskemaer jf. tabel 2.

**Tabel 2: Antal besvarede spørgeskemaer blandt deltagere på patient-uddannelsesforløb i perioden april 2009 til juni 2012**

Antal besvarede spørgeskemaer	Antal	Procent	
Har ikke besvaret nogen spørgeskemaer	20	9 %	
Har kun besvaret baselinespørgeskema	22	10 %	
Har kun besvaret ét opfølgningsspørgeskema	11	5 %	
Har besvaret baselinespørgeskema + ét opfølgningsspørgeskema	41	19 %	} 158 – 75 %
Har besvaret alle tre spørgeskemaer	117	55 %	
Total	211	100 %	

Designet til MoEva er, at der skal indsamles spørgeskemadata tre gange per deltager. I Ringkøbing-Skjern Kommune har det været hensigten, at deltagerne skulle besvare baselinespørgeskemaet inden/ved forløbets opstart, 3 måneder efter forløbets afslutning samt 12 måneder efter forløbets afslutning. Dermed er det muligt, at vurdere effekten af patientuddannelsesforløbene umiddelbart efter afslutning samt et år efter afslutning. Som det fremgår af tabel 2 har 55 % af deltagerne opfyldt dette.

For at højne antallet af besvarelser i effektevalueringen er det valgt, at svargruppen består af deltagere, som har besvaret baselinespørgeskemaet og minimum ét opfølgningsspørgeskema. 75 % af deltagerne opfylder dette jf. tabel 2, og svargruppen består dermed, som tidligere nævnt, af i alt 158 deltagere.

Af bilag 2 fremgår en frafaldstabel med baggrundsoplysninger og sundhedsvaner fordelt på deltagergruppen, svargruppen samt de 117 deltagere med tre besvarede spørgeskemaer. Heraf fremgår det, at svargruppen og gruppen af deltagere, der har besvaret samtlige spørgeskemaer, ikke afviger nævneværdigt fra hinanden i forhold til køn og aldersfordeling, civilstatus eller om de har børn eller ej. Andelen af deltagere med middelhøjt uddannelsesniveau er en anelse højere i gruppen med tre udfyldte spørgeskemaer sammenlignet med svargruppen. Derudover er der en anelse flere i gruppen med tre udfyldte spørgeskemaer, der er fysisk aktive sammenlignet med svargruppen. Overordnet set er der ikke nogen store forskelle mel-

lem de to grupper, hvilket understøtter afgrænsningen af svargruppen til de 158 deltagere.

Sammenlignes der med deltagergruppen (n=211) tyder det på, at flere, der ikke ryger dagligt og flere kvinder end mænd, besvarer spørgeskemaerne.

### **3.3 Datakvalitet**

I det følgende beskrives datakvaliteten i forhold til antallet af respondenter samt tidsvariation imellem besvarelsen af baseline og henholdsvis 1. opfølgning og 2. opfølgning.

Ud af de 158 deltagere i svargruppen er det ikke alle, som har besvaret tre spørgeskemaer, hvilket gør, at antallet af respondenter (n) varierer fra baseline til henholdsvis 1. opfølgning og 2. opfølgning. Dette påvirker fortolkningen af resultaterne, da det ikke er muligt med sikkerhed at afgøre, om en eventuel positiv udvikling skyldes frafaldet i besvarelsen af spørgeskemaerne. På samme vis varierer antallet (n) ved de enkelte spørgsmål, eftersom ikke alle har besvaret samtlige spørgsmål i spørgeskemaet.

Designet tilsiger, at baselinespørgeskemaet skal besvares før forløbets start, 1. opfølgning skal besvares 180 dage/6 måneder efter forløbets start (3 måneder efter forløbets afslutning) og 2. opfølgning skal besvares 270 dage/9 måneder efter 1. opfølgning (12 måneder efter forløbets afslutning). Der er imidlertid stor variation i tiden mellem skemabesvarelsene. Det betyder, at opfølgningerne ikke nødvendigvis er foretaget på samme tidspunkt som det antages, hvilket er væsentligt at være opmærksom på i fortolkningen af resultaterne.

Dernæst er det ikke alle i svargruppen, som har besvaret baselinespørgeskemaet før forløbets start. I alt 54 har besvaret spørgeskemaet senere. Det er dog kun 12 deltagere, som har besvaret baselinespørgeskemaet senere end 20 dage efter forløbets start.

### 3.4 Statistisk analyse

Resultaterne er opgjort i frekvenstabeller og krydstabeller, som i rapporten er fremstillet i histogrammer. I figurerne indgår svargruppen, og de steder, hvor der er sammenligningsgrundlag, indgår referencegruppen<sup>7</sup>.

Ved effektmålingen anvendes statistiske tests til vurdering af, om udviklingen over tid er statistisk signifikant. Her anvendes henholdsvis den non-parametriske Wilcoxon signed-rank test og den non-parametriske Mann-Whitney rank-sum test. Udviklingen vurderes fra baseline til 1. opfølgning (umiddelbar effekt) samt fra baseline til 2. opfølgning (effekt et år efter forløbsafslutning). Der anvendes et signifikansniveau på 95 %.

Til de statistiske analyser og tolkning af resultater vedrørende heiQ anvendes referencer, som er indhentet hos den australske forfatter af heiQ, Richard Osborne [12;18-19]. HeiQ indeholder i alt 40 spørgsmål, som grupperes i otte domæner, der hver især beskriver et aspekt af mestring. I denne rapport udgår to domæner, eftersom der ikke er indsamlet data for dem. Spørgeskemaet til denne rapport indeholdt 30 spørgsmål til heiQ. I tabel 3 fremgår en nærmere beskrivelse af de seks domæner, der indgår i denne rapport, og fortolkningen heraf [12].

---

<sup>7</sup> Ved effektmålingen indgår referencegruppen ved samtlige analyser undtagen ved heiQ.



**Tabel 3: Domæner i heiQ og fortolkningen heraf**

	Domæne	Fortolkning
1	Sundhedsfremmende adfærd	En høj score indikerer høj grad af sundhedsfremmende og forebyggende adfærd.
2	Positivt og aktivt engagement i livet	En høj score karakteriserer personer, som er aktivt engagerede i livet, og som er motiverede for at forbedre deres levevilkår.
3	Følelsesmæssigt velbefindende (omvendt skala)	En høj score identificerer personer, som har en høj grad af helbredsrelaterede negative følelser, negative holdninger til livet og høj grad af angst, stress, vrede og depression.
4	Selvmonitorering og indsigt	En høj score identificerer selvmonitorering, egenomsorg, at personen sætter fornuftige grænser og mål og har indsigt i det at leve med et helbredsproblem.
5	Konstruktive holdninger og tilgange	En høj score identificerer individer, som forsøger at minimere konsekvenserne af sygdommen, og som er besluttet på ikke at lade sygdommen kontrollere deres liv.
6	Færdigheder og hjælpemidler	En høj score er karakteristisk for personer, som har højt udviklede færdigheder til at lette symptomer og teknikker til at håndtere eget helbred.

Respondenten scorer inden for hvert domæne på en skala fra 1-4. Først undersøges det, om forskellen mellem baseline og henholdsvis 1. og 2. opfølgning er signifikant. Herefter udregnes en gruppeeffektstørrelse for hvert domæne<sup>8</sup>. På baggrund af Jakob Cohen's tommelfingerregel, 'Cohen's d', [22], fortolkes effektstørrelsen på følgende måde:

- En effektstørrelse på mellem 0,2-0,49 betegnes som lille
- En effektstørrelse på mellem 0,5-0,8 betegnes som mellem
- En effektstørrelse på over 0,8 betegnes som stor.

Afslutningsvis udregnes der en individuel, pålidelig ændring for hver respondent inden for hvert domæne. Til denne udregning anvendes Reliable Change Index, hvor formel 6 er anvendt [23;24]. Der er sat et cut-off-punkt ved definition af pålidelige ændringer på 1,65, hvilket svarer til en p-værdi på 0,1. Den individuelle, pålidelige ændring angiver dermed andelen af respondenter, hvor ændringen inden for et domæne er 1,65 eller større. Der er endvidere taget højde for, at respondenter med en høj score ved baseline kan opnå positive, pålidelige ændringer [12].

---

<sup>8</sup> Gruppееffektstørrelsen beregnes ved at dividere gennemsnittet af forskellen mellem baseline og 1. og 2. opfølgning med standarddeviationen ved baseline.

SF-12 opgøres i denne rapport ved normbaserede skalaer, hvor en befolkning indgår som referencebefolkning (norm). SF-12 består af 12 spørgsmål, der kan sammenfattes i otte skalaer. De otte skalaer beskriver fysiske, psykiske og sociale sider af livskvalitet og funktionsevne, og tegner tilsammen en funktionsprofil for en befolkning eller en gruppe [20;25]. Tabel 4 viser en oversigt over de otte skalaer.

På hver skala har referencebefolkningen et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10. Referencebefolkningen (normen) i denne rapport udgøres af etniske danskere i alderen 25-79 år bosat i Region Midtjylland. Værdier under 50 betyder, at det selv vurderede funktionsniveau opleves som værende dårligere end normen. Der henvises til Hvordan har du det? 2010 | Voksne for yderligere information om de normbaserede skalaer og tolkningen heraf [20].

**Tabel 4: Skalaer i SF-12**

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
Fysisk funktion	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.	Udfører almindelige fysiske aktiviteter så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.
Fysisk betingede begrænsninger	Har problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål på grund af det fysiske helbred.	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål på grund af det fysiske helbred.
Fysisk smerte	Har smerter som vanskeliggør daglige gøremål meget	Er ikke begrænset af smerter.
Alment helbred	Vurderer sit eget helbred som dårligt.	Vurderer sit eget helbred som fremragende.
Energi	Har ingen energi.	Er fuld af energi.
Social funktion	Har svært ved at se andre mennesker på grund af fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.	Har ingen problemer med at se andre mennesker på grund af fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.
Psykisk betingede begrænsninger	Har svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål på grund af følelsesmæssige problemer.	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller daglige gøremål på grund af følelsesmæssige problemer.
Psykisk trivsel	Føler sig trist til mode og anspændt hele tiden.	Føler sig rolig, afslappet og glad hele tiden.

## 4. Resultater

I dette kapitel beskrives svargruppen i forhold til referencegruppen for *baggrundsoplysninger* samt *ensomhed og social støtte*. Dernæst præsenteres effektanalyserne for svargruppen fordelt på *sundhedsvaner, helbred og trivsel* samt *mestring af egen dagligdag*. Effekten vurderes fra baseline til 1. opfølgning samt fra baseline til 2. opfølgning. Analyserne sammenlignes løbende med referencegruppen, hvor der er sammenlignelighed. Det er væsentligt at være opmærksom på, at antallet af besvarer varierer fra baseline til henholdsvis 1. og 2. opfølgning.

I kapitlet benævnes lærings- og mestringsforløbene, som henholdsvis forløb, holdforløb, patientuddannelsesforløb.

### 4.1 Baggrundsoplysninger

Deltagerne er ved forløbets start (baseline) blevet spurgt til forskellige baggrundsforhold. Nedenfor præsenteres fordelingen af svargruppen sammenlignet med referencegruppen i forhold til køn, alder, civilstatus, om de har hjemmeboende børn eller ej, uddannelsesniveau, indkomsttype og henvisningsmønster jf. tabel 5.

**Køn:** Der er en større andel af kvinder i svargruppen sammenlignet med referencegruppen. Fordelingen på køn i svargruppe og referencegruppe er for kvinder henholdsvis 61 % og 43 % og for mænd henholdsvis 39 % og 57 %.

**Alder:** Der er færre unge og flere ældre i svargruppen sammenlignet med referencegruppen. I svargruppen er ingen deltagere under 45 år, hvor der i referencegruppen er 10 % i denne aldersgruppe. Den største andel af deltagere i forløbene findes i alderen 65 år og opefter. I svargruppen deltager 50 % fra aldersgruppen 65-74 år og 17 % fra aldersgruppen 75-79 år. Begge fund ligger betydeligt højere end i referencegruppen, hvor fordelingen for de tilsvarende aldersgrupper er henholdsvis 27 % og 9 %.

**Tabel 5: Baggrundsoplysninger fordelt på svar- og referencegruppen**

	Svargruppe (n=158)*		Referencegruppe
<b>Køn</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Kvinde	96	61	42
Mand	62	39	58
<b>Alder</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Under 35 år	-	-	4
35-44 år	-	-	6
45-54 år	12	8	17
55-64 år	26	17	24
65-74 år	76	50	27
75-79 år	26	17	9
80+ år	11	7	12
Uoplyst	7		
<b>Civilstatus</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Alene	32	34	29
Gift/samlevende	63	66	71
Uoplyst	63		
<b>Børn</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Ja	131	92	85
Nej	12	8	15
Uoplyst	15		
<b>Uddannelsesniveau</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Lav	35	36	42
Middel	42	43	46
Høj	21	21	12
Uoplyst	60		
<b>Indkomsttype</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Lønindkomst	15	23	-
Anden erhversindkomst	3	5	-
Anden indkomst (fx pension)	48	73	-
Uoplyst	92		
<b>Henvisning</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Egen læge	42	28	-
Sygehus	41	28	-
Kommune	5	3	-
Selvhenvist	48	32	-
Anden	12	8	-
Uoplyst	10		

\* n varierer imellem forholdene, eftersom ikke alle i svargruppen har besvaret samtlige spørgsmål.

**Civilstatus:** Civilstatus er dannet på baggrund af spørgsmålene "Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?" og "Er du samlevende i papirløst samliv?" Fordelingen af andelen, som bor alene i svargruppen og referencegruppen er henholdsvis 34 % og 29 %, imens henholdsvis 66 % og 71 % er gift/samboende. Der er således lidt større andel af svargruppen, der bor alene.

**Børn:** Resultatet bygger på svarene fra spørgsmålet "Har du børn? – medregn både børn der bor hjemme og børn, der ikke bor hjemme". I svargruppen har en lidt større andel børn i forhold til referencegruppen henholdsvis 92 % og 85 %.

**Uddannelsesniveau:** Den anvendte opdeling i uddannelsesniveau er dannet på baggrund af spørgsmålene "Hvilken skoleuddannelse har du?" og "Har du fuldført en erhvervsuddannelse". Niveauopdelingen er foretaget på baggrund af Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN) [26].

Der er flere med højt uddannelsesniveau og færre med lavt i svargruppen sammenlignet med referencegruppen. Henholdsvis 21 % og 12 % i svargruppen og referencegruppen har et højt uddannelsesniveau, og henholdsvis 36 % og 42 % har et lavt uddannelsesniveau.

**Indkomsttype:** Som svar på spørgsmålet: "Hvilke indkomstkilder har du for tiden?" fremgår det af tabel 5, at hovedparten, 73 % af deltagerne i svargruppen, har en anden indkomst som fx pension.

**Henvisningsmønster:** Oplysninger om henvisningsmønster stammer fra personskemaet, som er udfyldt af den sundhedsprofessionelle. Kommune, egen læge og hospital kan henvise til Sundhedscenter Vest, men borgere har også mulighed for selv at henvende sig. Af tabellen fremgår det, at såvel sygehus som egen læge til sammen henviser 56 % af svargruppen, og andelen af selvhenviste er 32 %.

#### 4.1.1 Opsamling - baggrundsoplysninger

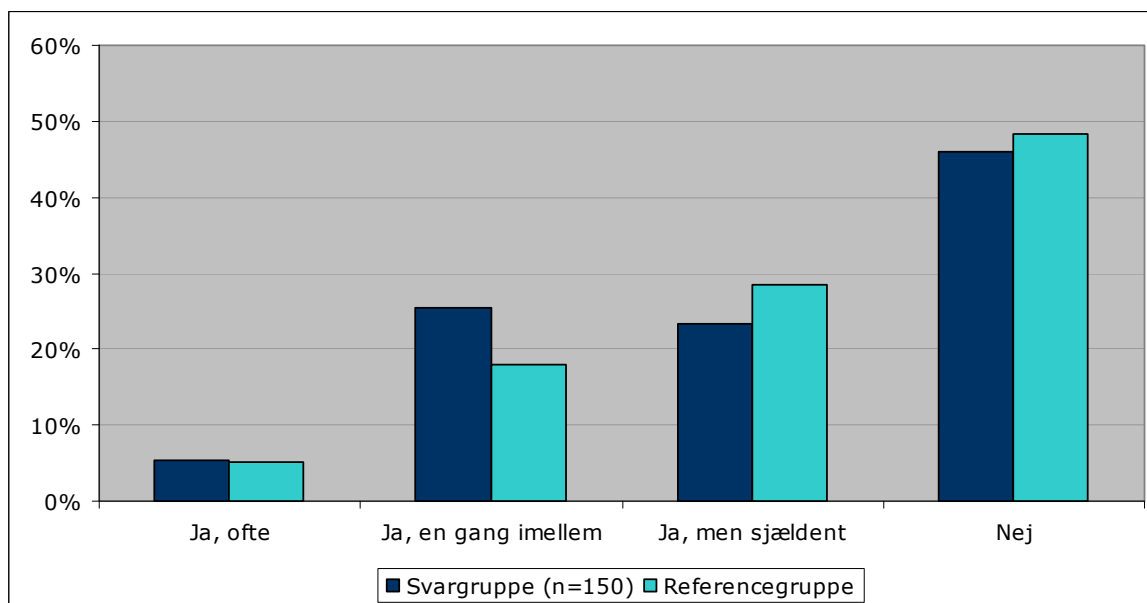
Sammenlignet med referencegruppen indgår der i svargruppen flere kvinder, flere ældre, færre unge/midaldrende og flere højtuddannede.

## 4.2 Ensomhed og social støtte

I nedenstående figurer præsenteres besvarelsene på spørgsmålene: "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen

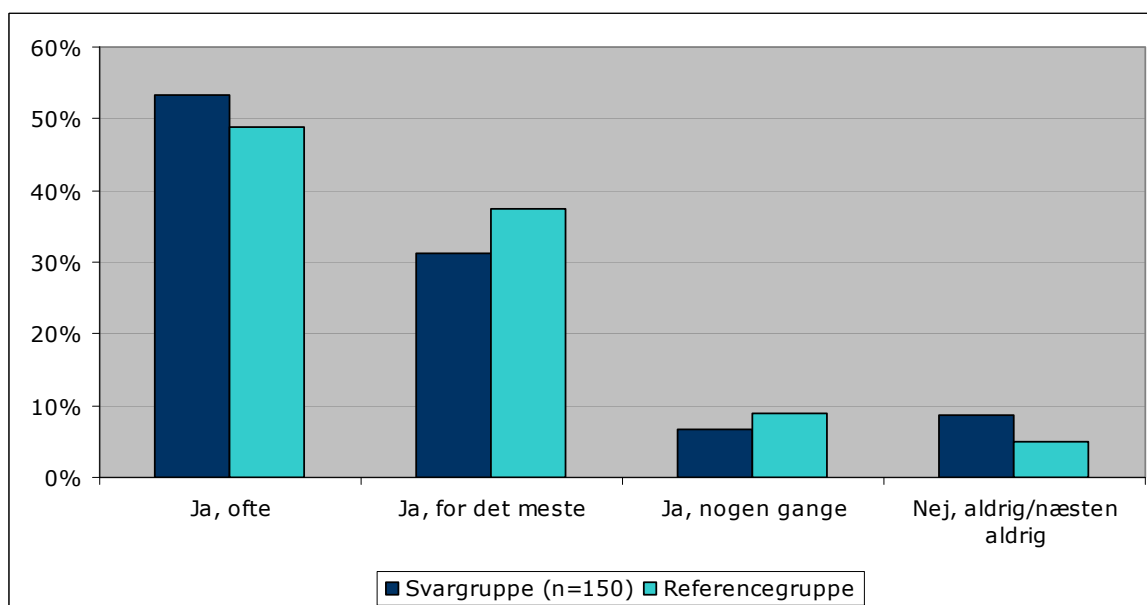
med andre?" (ensomhed) og "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" (social støtte).

**Figur 4: Oplevelse af ensomhed i svar- og referencegruppen**



Af figur 4 fremgår, at der er flere i svargruppen sammenholdt med referencegruppen, som svarer, at de er uønsket alene engang imellem. Samtidig er der færre, som sjældent eller aldrig er uønsket alene.

**Figur 5: Oplevelse af social støtte i svar- og referencegruppen**



Af figur 5 fremgår, at der er flere i svargruppen sammenlignet med referencegruppen, der ofte har nogen at tale med, henholdsvis 53 % og 49 %. Samtidig har lidt flere i svargruppen svaret, at de aldrig/næsten aldrig har nogen at snakke med, henholdsvis 9 % og 5 %. Lægges de tre ja-kategorier sammen, er der lidt færre i svargruppen sammenlignet med referencegruppen, som har nogen at tale med ved behov for støtte.

#### **4.2.1 Opsamling – ensomhed og social støtte**

Svargruppen er, sammenlignet med referencegruppen, oftere uønsket alene, og samtidig er der en tendens til, at flere i svargruppen sjældnere oplever at have nogen at snakke med ved problemer eller behov for støtte.

### **4.3 Sundhedsvaner**

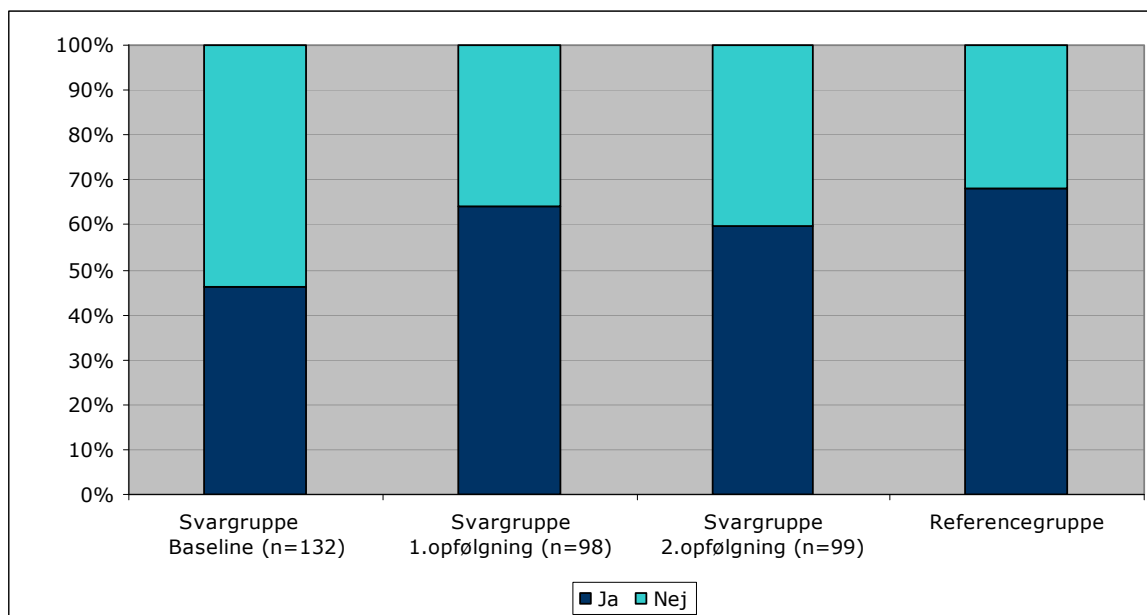
Sundhedscenter Vest har indsamlet spørgeskemadata for deltagerne på patientuddannelsesforløb for følgende sundhedsvaner: bevægelse, alkohol og rygning. Nedenfor præsenteres resultaterne for de tre sundhedsvaner.

#### **4.3.1 Fysisk aktivitet**

Der indgår tre spørgsmål i MoEva omhandlende bevægelse i dagligdagen. Spørgsmålene handler om, hvorvidt der dyrkes idræt i fritiden, hvor ofte man er fysisk aktiv minimum 30 minutter om dagen samt om der er motivation for at være mere fysisk aktiv.

Figur 6 viser svarfordelingen for spørgsmålet "Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?" for svargruppen ved baseline, 1. og 2. opfølgning samt for referencegruppen. Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen, der dyrker idræt eller anden regelmæssig motion. Andelen er steget fra 46 % til 64 % fra baseline til 1. opfølgning, en stigning der falder ganske lidt ved 2. opfølgning til 60 %, hvilket fortsat er en statistisk signifikant stigning fra baseline. Til sammenligning dyrker 32 % i referencegruppen regelmæssig motion. Der var altså flere i svargruppen sammenlignet med referencegruppen, som dyrker regelmæssig motion allerede ved baseline.

**Figur 6: Andel der dyrker idræt eller regelmæssig motion i fritiden fordelt på svar- og referencegruppen**

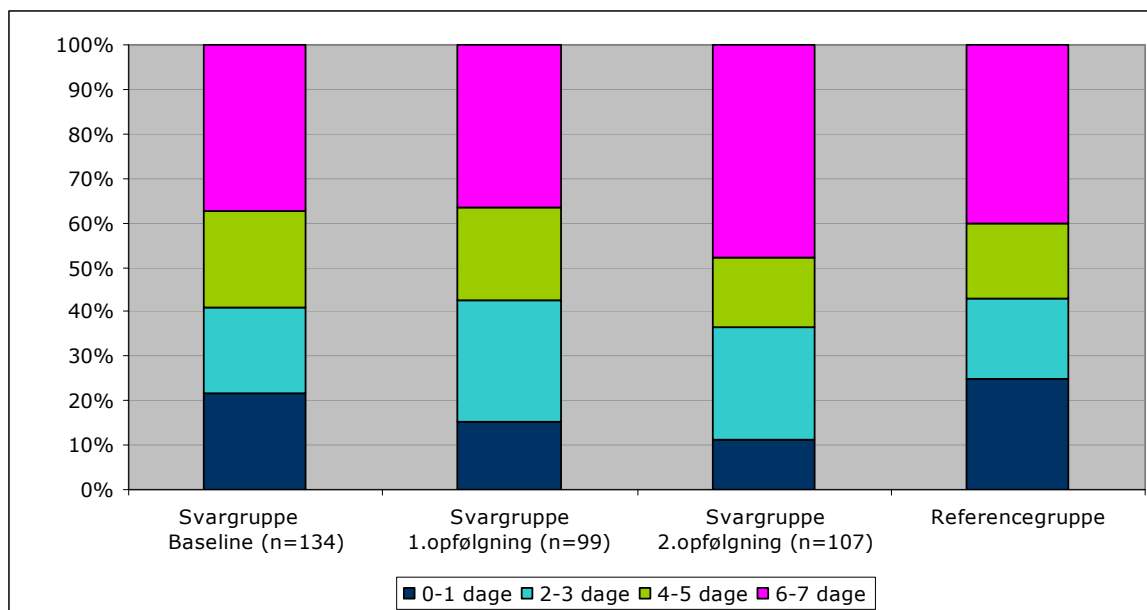


Af figur 7 fremgår udviklingen inden for spørgsmålet "Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?". I svargruppen er der ved baseline lidt færre, 22 % mod referencegruppen 25 %, der er fysisk aktive minimum 30 minutter 0–1 dag om ugen. Der ses ingen forskel mellem de to grupper i andelen, der er fysisk aktive minimum 30 minutter om dagen 6–7 dage om ugen.

Som ved foregående spørgsmål vedr. regelmæssig motion er svargruppen også mere fysisk aktiv end referencegruppen, allerede målt ved baseline. Der er desuden en tendens til, at svargruppen bliver mere fysisk aktiv ved 1. og 2. opfølgning. Denne udvikling er dog ikke statistisk signifikant.

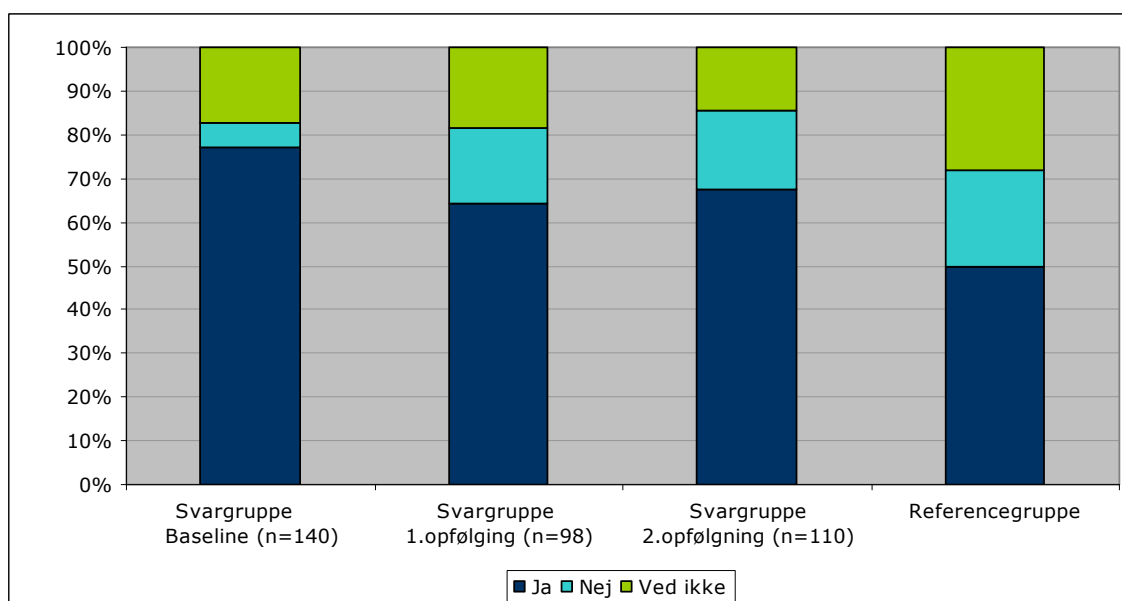


**Figur 7: Andel der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen i svar- og referencegruppen**



I figur 8 fremgår svarfordelingen for spørgsmålet "Vil du gerne være mere fysisk aktiv?". Hovedparten i svargruppen vil gerne være mere fysisk aktiv, og andelen er markant højere end i referencegruppen henholdsvis 77 % og 50 %. Ønsket om at være mere aktiv falder ved første og anden opfølgning til henholdsvis 64 % og 67 %.

**Figur 8: Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv i svar- og referencegruppen**



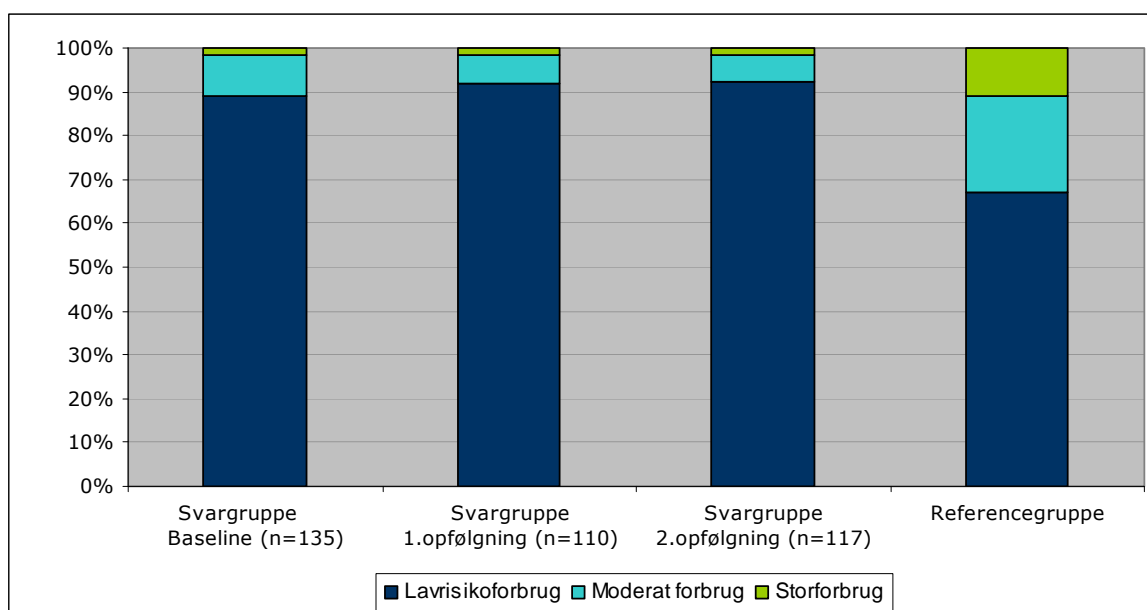
#### 4.3.2 Alkohol

Der indgår to spørgsmål vedrørende alkohol, som beskriver rusdrikkeri<sup>9</sup> og ugentligt alkoholforbrug. Andelen, der rusdrikker, er imidlertid så lav for svargruppen, at det er valgt at undlade dette spørgsmål i effektanalyserne.

Figur 9 angiver svarfordelingen til spørgsmålet: "Hvor mange genstande drikker du om ugen?" inddelt i tre kategorier, ligesom i Hvordan har du det? 2010|Voksne [20]:

1. Lavrisikoforbrug af alkohol, som er defineret ved under 7 genstande om ugen for kvinder og under 14 genstande om ugen for mænd.
2. Moderat alkoholforbrug, som er defineret ved mellem 7 og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 14 og 21 genstande om ugen for mænd.
3. Storfbrug/højrisikoforbrug af alkohol, som er defineret ved over 14 genstande om ugen for kvinder og over 21 genstande om ugen for mænd.

**Figur 9: Alkoholforbrug i svar- og referencegruppen**



Størstedelen af svargruppen har et lavrisikoforbrug af alkohol. Andelen ved baseline er 89 %, og ved 1. og 2. opfølgning er andelen 92 %. I referencegruppen har 67 % et lavrisikoforbrug af alkohol. Ved baseline har 10 % i svargruppen et moderat alkoholforbrug, og 1 % har et højrisikoforbrug af alkohol. Der sker ingen nævnevæ-

<sup>9</sup> Når der ofte drikkes mere end 5 genstande per gang.

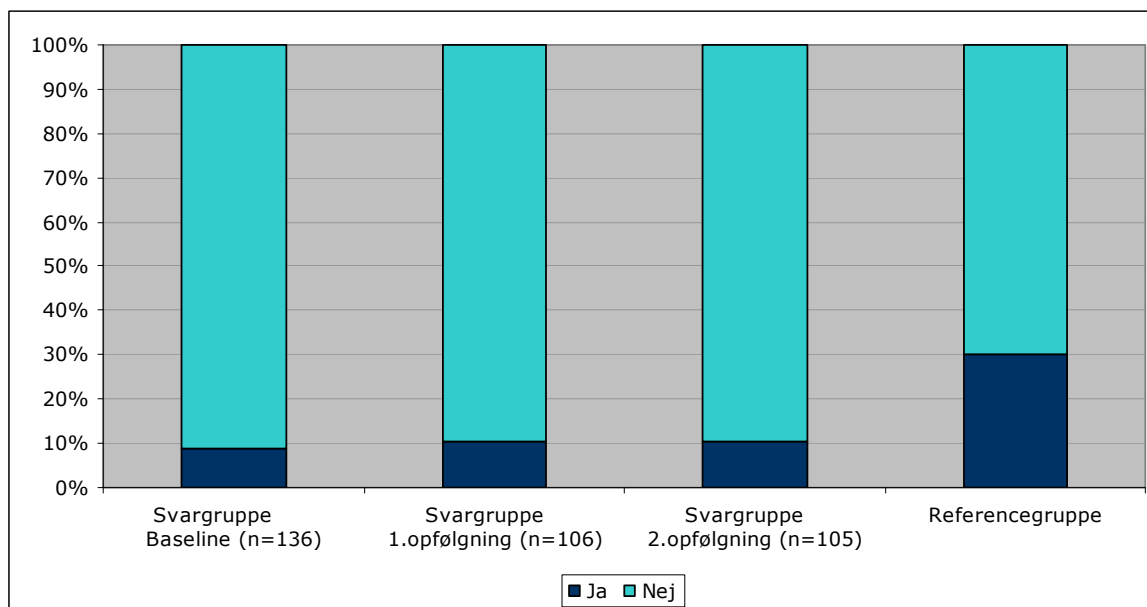
dig forandring fra baseline til 1. og 2. opfølgning. I referencegruppen har 22 % et moderat alkoholforbrug og 11 % har et højrisikoforbrug af alkohol.

#### 4.3.3 Rygning

I forhold til rygevaner vurderes udviklingen på baggrund af spørgsmålet "Ryger du?". Resultaterne herfor er vist i figur 10, hvor andelen af rygere er inddelt i dagligrygere og ikke-dagligrygere.

Det fremgår af figuren, at 9 % i svargruppen ryger dagligt mod 30 % i referencegruppen. Der sker ingen nævneværdig udvikling i forhold til andelen af rygere i svargruppen fra baseline til 1. og 2. opfølgning.

**Figur 10: Ryger dagligt i svar- og referencegruppen**



#### 4.3.4 Opsamling - sundhedsvaner

I forhold til effekten af patientuddannelsesforløbene er der sket en positiv udvikling ved fysisk aktivitet, hvor andelen, der dyrker idræt i fritiden, stiger fra baseline til 1. og 2. opfølgning. Samtidig er der en tendens til, at flere dyrker fysisk aktivitet minimum 30 minutter om dagen dagligt samt at færre er fysisk inaktive. Ved alkohol og rygning er der ikke sket en forandring ved de tre målinger.

Samlet set har svargruppen bedre sundhedsvaner sammenlignet med referencegruppen, eftersom de er mere fysisk aktive, færre har et højt alkoholforbrug, og færre ryger dagligt.

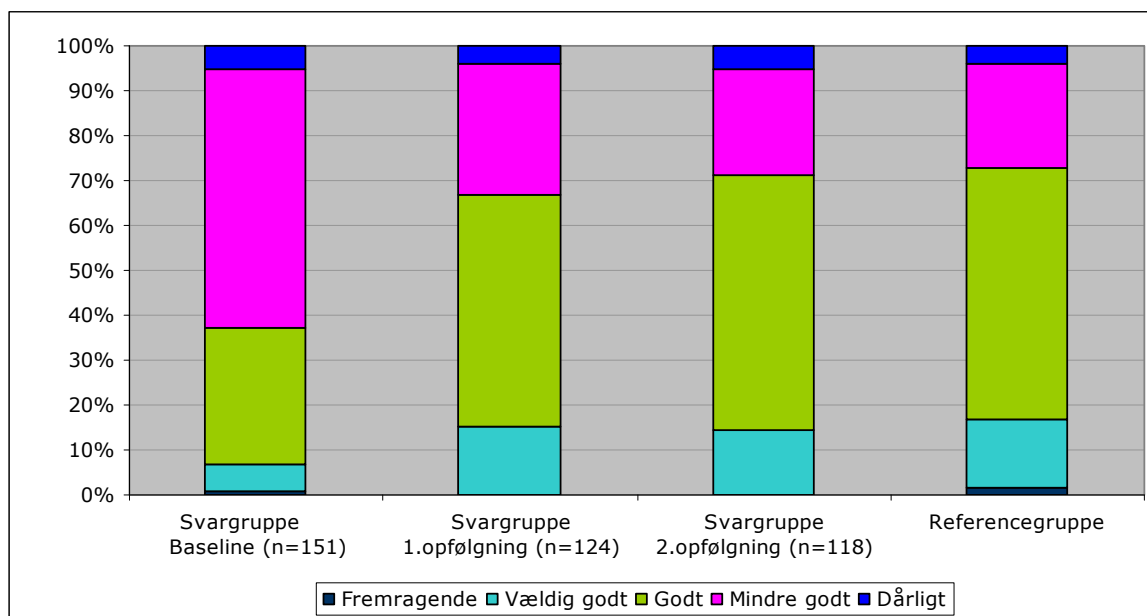
## 4.4 Helbred og trivsel

Helbred og trivsel bliver i det følgende opgjort ved selvvalueret helbred samt selvvalueret fysisk og psykisk funktionsevne, som alle er målt ved SF-12 jf. afsnit 3.4 Statistisk analyse.

### 4.4.1 Selvvalueret helbred

Nedenfor præsenteres resultaterne for selvvalueret helbred for svargruppen ved baseline, 1. og 2. opfølgning samt referencegruppen jf. figur 11. Selvvalueret helbred bygger på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du dit helbred er alt i alt?".

**Figur 11: Selvvalueret helbred i svar- og referencegruppen**



Der er sket en statistisk signifikant stigning i retning af bedre selvvalueret helbred for svargruppen fra baseline til 1. opfølgning og fra baseline til 2. opfølgning. 7 % vurderer eget helbred som værende fremragende/vældig godt ved baseline, hvilket er steget til henholdsvis 15 % og 14 % ved 1. og 2. opfølgning. Samtidig er godt selvvalueret helbred steget fra 30 % til henholdsvis 52 % og 57 %, mens mindre godt/dårligt selvvalueret helbred er faldet fra 63 % til henholdsvis 33 % og 29 %.

Svargruppen har sammenlignet med referencegruppen et dårligere selvvalueret helbred ved baseline. Udviklingen til 1. og 2. opfølgning viser, at svargruppen ved 2. opfølgning ligner referencegruppen i forhold til selvvalueret helbred.

#### 4.4.2 Fysisk og psykisk funktionsevne

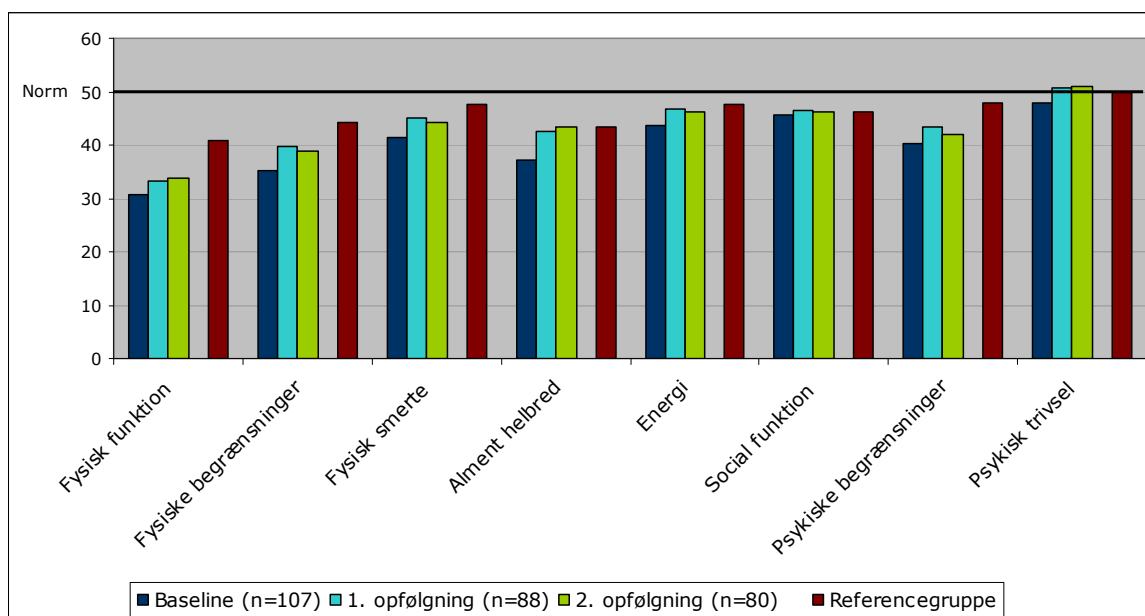
SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer, som beskriver fysiske, psykiske og sociale sider af funktionsevne og livskvalitet. Tilsammen tegner de en funktionsprofil af en person eller en gruppe [12].

Figur 12 viser de otte skalaer i SF-12 for svargruppen ved baseline, 1. og 2. opfølgning samt referencegruppen. Figuren viser desuden normen for den voksne befolkning i Region Midtjylland<sup>10</sup>. De otte skalaer er beskrevet i tabel 4, afsnit 3.4.

Både svargruppen og referencegruppen ligger under normen for den voksne befolkning i Region Midtjylland ved alle skalaer med undtagelse af skalaen *psykisk trivsel*, hvor svargruppen ved 1. og 2. opfølgning ligner referencegruppen, der ligger på samme niveau som normen.

Svargruppen scorer generelt lavere på samtlige otte skalaer ved baseline set i forhold til referencegruppen.

**Figur 12: Gennemsnitlig SF-12-score i svar- og referencegruppen**



Inden for alle otte emner sker der en større eller mindre positiv ændring fra baseline til henholdsvis 1. og 2. opfølgning i retning af bedre selv vurderet fysisk og psy-

<sup>10</sup> 25-79-årige etniske danskere.

kisk funktionsevne i svargruppen. Svargruppen udvikler sig derfor i retning af referencegruppen, og scorer ved 1. og 2. opfølgning tæt på referencegruppen for *alment helbred, energi* og *social funktion*.

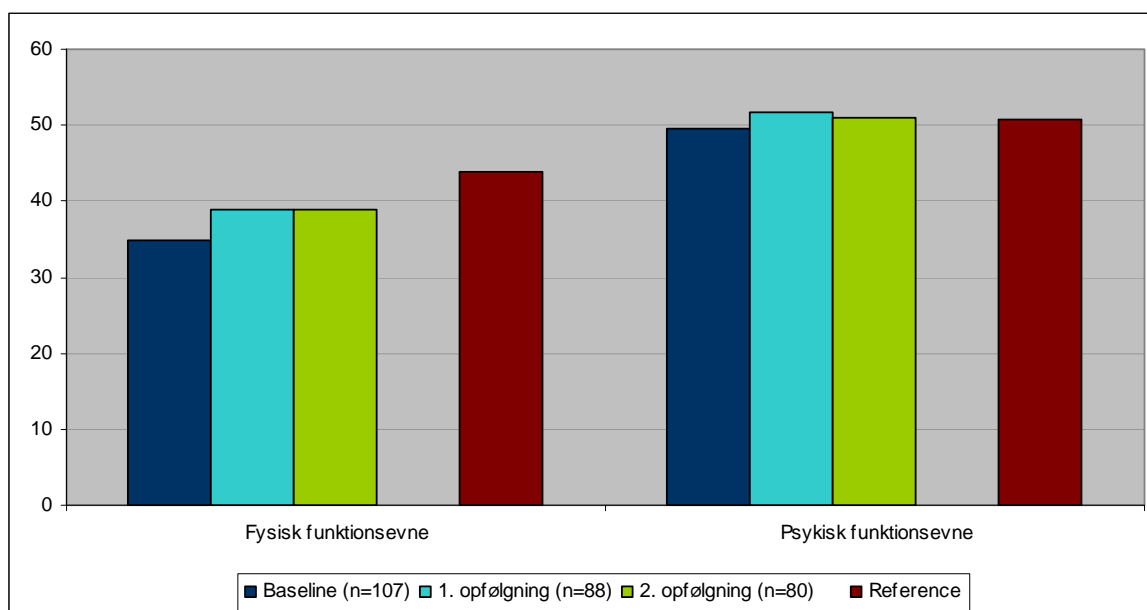
Udviklingen for svargruppen er statistisk signifikant for skalaerne *fysiske begrænsninger, alment helbred, energi* og *psykisk trivsel*.

Figur 13 viser de standardiserede sumscorer for henholdsvis fysisk og psykisk funktionsevne i SF-12. Dette er en anden måde at udregne SF-12 på, hvor tallene er beregnet på baggrund af en amerikansk standard. Det bevirker, at tallene er højere i figur 13 end ved de enkelte otte skalaer i figur 12.

Der er sket en statistisk signifikant udvikling i positiv retning ved sumscoren for fysisk funktionsevne fra baseline til både 1. og 2. opfølgning, hvor svargruppens gennemsnitsscore er ændret fra 35 til 39. Til sammenligning er referencegruppens gennemsnitsscore 44. Svargruppen scorer altså lavere end referencegruppen i forhold til fysisk funktionsevne.

Ved sumscoren for psykisk funktionsevne adskiller svargruppen sig ikke fra referencegruppen. Der er desuden ikke sket en statistisk signifikant udvikling fra baseline til 1. og 2. opfølgning ved psykisk funktionsevne, hvor gennemsnitsscoren er 50 ved baseline og henholdsvis 52 og 51 ved 1. og 2. opfølgning.

**Figur 13: Gennemsnitlig sumscore for fysisk og psykisk helbred i svar- og referencegruppen**



#### 4.4.3 Opsamling – helbred og trivsel

Svargruppen har angivet, at de har et bedre selv vurderet helbred fra baseline til 1. og 2. opfølgning. Ved baseline havde svargruppen et væsentligt dårligere selv vurderet helbred sammenholdt med referencegruppen. Ved 2. opfølgning minder svargruppen om referencegruppen i forhold til selv vurderet helbred.

Der er sket en statistisk signifikant udvikling i selv vurderet livskvalitet og funktions-  
evne ved skalaerne *Fysiske begrænsninger*, *Alment helbred*, *Energi* og *Psykisk trivsel*.

#### 4.5 Mestring af egen dagligdag

Svargruppens selv vurderede mestring af egen dagligdag er opgjort ved det australske værktøj heiQ, der er målrettet mennesker med kronisk sygdom og fokuserer på mestring, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet.

Ringkøbing-Skjern Kommune har anvendt 30 af de 40 spørgsmål fra heiQ, som opgøres på i alt seks domæner. Domænerne er beskrevet nærmere i tabel 3, afsnit 3.4 Statistisk analyse.

Ud fra resultaterne for de seks domæner fremgår det, hvorvidt der ses en effekt på hele svargruppen fra baseline til henholdsvis 1. og 2. opfølgning (tabel 6). Dernæst

fremgår det af tabel 7 og tabel 8, hvor stor en andel af svargruppen, der har opnået en positiv, pålidelig ændring for hvert af de seks domæner<sup>11</sup>.

Forskellen mellem baseline og 1. opfølgning er signifikant for domænet *Færdigheder og hjælpemidler*. Gruppeseffektstørrelsen er 0,43, og der er dermed tale om en lille effekt. Fra baseline til 2. opfølgning ses en signifikant forskel ved domænet *Positivt og aktivt engagement i livet*. På baggrund af gruppeseffektstørrelsen kan det ses, at der er tale om en lille effekt.

**Tabel 6: Gruppeseffekt for de seks heiQ domæner ved 1. og 2. opfølgning**

HeiQ-domæner	Gruppeseffektstørrelse			
	1. opfølgning	Signifikant	2. opfølgning	Signifikant
Positivt og aktivt engagement i livet	0,15	Nej	0,18	Ja
Sundhedsrelateret adfærd	0,15	Nej	0,24	Nej
Færdigheder og hjælpemidler	0,43	Ja	0,19	Nej
Konstruktive holdninger og tilgange	-0,01	Nej	-0,07	Nej
Selvmonitorering og indsigt	0,15	Nej	0,17	Nej
Følelsesmæssigt velbefindende	0,17	Nej	0,06	Nej

Tabel 7 viser andelen af svargruppen med væsentlige individuelle, pålidelige ændringer fra baseline til 1. opfølgning. Der er sket individuelle, pålidelige ændringer for alle domæner, og andelen varierer fra 9,52 % ved *Selvmonitorering og indsigt* til 18,10 % ved *Konstruktive holdninger og tilgange*.

**Tabel 7: Gennemsnitsscorer ved baseline og individuelle, pålidelige ændringer ved 1. opfølgning**

HeiQ-domæner	Baseline			1. opfølgning		
	Antal	Gennemsnitsscore	SD	Antal	Ændringer gennemsnitsscore	Andel med positive, pålidelige ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	131	3,1	0,55	117	0,12	11,65
Sundhedsrelateret adfærd	132	2,9	0,76	119	0,22	15,53
Færdigheder og hjælpemidler	131	2,9	0,63	124	0,30	13,33
Konstruktive holdninger og tilgange	133	3,2	0,60	120	0,03	18,10
Selvmonitorering og indsigt	134	3,1	0,47	121	0,08	9,52
Følelsesmæssigt velbefindende	131	2,6	0,73	118	0,13	13,00

<sup>11</sup> Udregningsmetoder og tolkning af resultater er beskrevet i afsnit 3.4 Statistisk analyse.



Fra baseline til 2. opfølgning varierer andelen med væsentlige positive, pålidelige ændringer fra 6,25 % ved *Selvmonitorering og indsigt* til 20,43 % ved *Konstruktive holdninger og tilgange*.

**Tabel 8: Gennemsnitsscorer ved baseline og individuelle, pålidelige ændringer ved 2. opfølgning**

HeiQ-domæner	Baseline			2. opfølgning		
	Antal	Gennemsnitsscore	SD	Antal	Ændringer gennemsnitsscore	Andel med positive, pålidelige ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	131	3,1	0,55	107	0,10	11,58
Sundhedsrelateret adfærd	132	2,9	0,76	108	0,21	12,63
Færdigheder og hjælpemidler	131	2,9	0,63	103	0,15	12,22
Konstruktive holdninger og tilgange	133	3,2	0,60	104	-0,02	20,43
Selvmonitorering og indsigt	134	3,1	0,47	109	0,07	6,25
Følelsesmæssigt velbefindende	131	2,6	0,73	107	0,15	9,57

#### 4.5.1 Opsamling – mestring af egen dagligdag

På gruppeniveau er der sket en statistisk signifikant udvikling fra baseline til 1. opfølgning for domænet *Færdigheder og hjælpemidler* og fra baseline til 2. opfølgning for domænet *Positivt og aktivt engagement i livet*.

Der er sket væsentlige individuelle, pålidelige ændringer fra baseline til henholdsvis 1. og 2. opfølgning for samtlige seks domæner. Den største andel er blandt *Konstruktive holdninger og tilgange*.

## 5. Diskussion

I dette kapitel vil resultaterne blive diskuteret, bygget op efter samme inddeling som i foregående kapitel: *baggrundsoplysninger, ensomhed og social støtte, sundhedsvaner, helbred og trivsel* samt *mestring af egen dagligdag*. Resultaterne fra nærværende rapport sammenholdes med andre evalueringer, hvor der primært er indhentet oplysninger fra følgende tre sammenlignelige rapporter:

1) Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest - del 1 rekruttering af deltagere [2], udarbejdet i december 2011 - i det følgende nævnt som 'delrapport 1'. Rapporten omhandler rekruttering, hvorfor det udelukkende er basisoplysninger, der indgår, og ingen opfølgning efter holddeltagelse. Datagrundlaget er borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune med diagnoserne KOL, hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes. I deltagergruppen indgår 123 personer og i svargruppen 109 personer.

2) Læring og mestring – en kvantitativ evaluering [12], udarbejdet i 2012 - i det følgende nævnt som 'LM'. Evalueringen er en kvantitativ undersøgelse, der belyser, hvem der deltager i lærings- og mestringsforløbene samt deltagernes udbytte målt som helbredsstatus, fysisk og psykisk funktionsevne, sundhedsadfærd, mestrings-evne og 'følelse af sammenhæng' 12. Datagrundlaget er borgere i seks inkluderede kommuner (herunder Ringkøbing-Skjern Kommune) med diagnoserne KOL, hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes. I deltagergruppen indgår 551 personer og i svargruppen 479 personer.

3) Evaluering af rehabiliteringsindsatsen over for borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012 [27] – i det følgende nævnt som 'Brønderslev'. Formålet med dette projekt er at belyse, om rehabiliteringsindsatser påvirker hverdagslivet og dagligdagen for borgere med kronisk sygdom, klarlægge organiseringen, og kortlægge hvilke faktorer der styrkes i en rehabiliteringsafdeling. Datagrundlaget er borgere i Brønderslev kommune med KOL, hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes. Der indgår 273 personer i svargruppen. Da materiale og metoder er forskellig fra de andre rapporter, er det kun muligt at sammenholde resultater inden for afsnittene baggrundsoplysninger og sundhedsvaner.

Før diskussionen, hvor resultaterne sammenholdes med andre evalueringer, skal der nævnes nogle overvejelser om tolkningen af resultaterne i nærværende rapport. Datagrundlaget i svargruppen varierer for de enkelte besvarelser i spørge-

skemaerne, hvorfor der måske snarere udtrykkes tendenser end resultater. En yderligere svaghed i datamaterialet er, at deltagerne ikke har udfyldt spørgeskemaerne på samme tidspunkt i forløbet. Der er således et varierende tidsinterval for opfølgningerne.

For at sikre et større og mere validt datagrundlag kan det anbefales, at udfyldelse af spørgeskemaer lægges ind som en del af den afklarende samtale ved holdstart, og i mødet med deltagerne 3 og 12 måneder efter holdafslutning. Alternativt kunne skemaerne sendes til deltagerne forud for de aftalte møder med mulighed for at følge op på møderne.

I Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 – organisation [3] er en af anbefalingerne: At klarlægge hvordan resultater fra rehabiliteringsforløb kan anvendes til opkvalificering af fremtidige tilbud og målgrupper. For at kunne imødekomme denne anbefaling skal der, ud over klare effektmål, sættes fokus på en optimering af dataindsamling og registrering.

## 5.1 Diskussion af resultater

I det følgende udvælges interessante fund i svargruppen omhandlende *baggrundsoplysninger, ensomhed og social støtte, sundhedsvaner, helbred og trivsel samt mestrings af egen dagligdag*. Resultaterne sammenholdes med resultater fra de tre ovennævnte rapporter.

### 5.1.1 Baggrundsoplysninger

- 61 % fra svargruppen er kvinder (i deltagergruppen er andelen af kvinder 55 % jf. bilag 2), hvilket er en større andel end i delrapport 1 med 50 % og Brønderslev med 46 %. I LM er andelen af kvinder ligeledes 61 %. Årsagen til, at en større andel af kvinder end mænd deltager, kender vi ikke.
- Ingen i svargruppen er under 45 år, mens 67 % er i aldersgruppen 65-79 år (63 % i deltagergruppen), hvilket er betydeligt flere end i LM med 43 % og i Brønderslev med 50 %, (aldersgruppen 65+). I delrapport 1 udgør aldersgruppen 65-79-årige 61 %.
- 28 % fra svargruppen er henvist fra egen læge (31 % i deltagergruppen), hvilket er en stigning i forhold til delrapport 1, hvor andelen er 24 % (det skal nævnes, at i delrapport 1 var der for 44 % af deltagerne ikke angivet henvisningskilde, hvor andelen i nærværende rapport er 16 %). I LM var

40 % henvist fra egen læge og i Brønderslev var denne andel 39 %, for begge betydeligt højere end i denne rapport. Henvisninger fra egen læge bør ses i sammenhæng med henvisningsmønsteret fra sygehus, som for nærværende rapport er 28 % i svargruppen (29 % i deltagergruppen), 1. delrapport 10 %, LM 16 % og Brønderslev 12 %, således højere i denne rapport.

Når borgeren er henvist fra sygehus, der ofte har den første kontakt, kan egen læge ikke genhenvise. Det giver derfor ingen mening at se på enkelte henvisningskilder isoleret. Med 32 % selvhenviste, som i svargruppen i nærværende rapport (28 % i deltagergruppen), kan man dog se på, om flere af disse kunne være henvist af egen læge. Denne problematik er rejst under anbefalinger i delrapport 2: Hvordan kan man øge antallet af henvisninger fra praktiserende læge? og Hvordan kan henvisningsprocedurer forenkles og ensrettes? [3].

#### **5.1.2 Ensomhed og social støtte**

- Til spørgsmålet "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre"? er de to svarkategorier: 'ja ofte' og 'ja, engang imellem' slået sammen til udtrykket 'ensomhed'. 30 % i svargruppen følte sig ensomme, hvor det i delrapport 1 er 35 %. I LM er besvarelsene opdelt i mænd med 31 % og kvinder med 43 %.
- Til spørgsmålet "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" er de to svarkategorier 'ja, nogen gange' og 'nej, næsten aldrig' tolket som 'manglende social støtte'. 16 % i svargruppen udtrykte manglende social støtte, hvor andelen i delrapport 1 var 15 % og i LM igen opdelt i mænd og kvinder med henholdsvis 15 % og 16 %.

Der findes således ingen markante forskelle i ovenstående resultater med hensyn til ensomhed og social støtte. Tallet er dog af en sådan størrelse, at det kan anbefales at undersøge, hvad der ligger til grund for besvarelsene samt indhente oplysninger om handlinger og løsninger.

I Brønderslev er der foretaget fokusgruppeinterview, hvor flere borgere giver udtryk for, at de oplever et positivt udbytte af at være en del af et hold og et sammenhold, hvor de andre deltagere forventer, at man kommer, og man hygger sig sammen. Der er en risiko for, at det sociale netværk, der er dannet ved at deltage på hold, er tilknyttet holdforløb. For at styrke det sociale element i efterforløbet

kunne man arrangere foredragsaftener, caféeftermiddage eller andet, hvor man kunne snakke og hygge sammen.

Lignende arrangementer og tiltag eksisterer allerede i Sundhedscenter Vest, men erfaringer og viden fra andre undersøgelser kan eventuelt inspirere til nytænkning inden for området.

### 5.1.3 Sundhedsvaner

- 46 % fra svargruppen dyrker regelmæssigt idræt i fritiden, hvilket svarer til andelen i delrapport 1 med 46 %, i LM med 49 % og i Brønderslev med i alt 52 % (angiver motion fra dagligt til hver 14. dag). Her ses således ingen markant forskel imellem de fire resultater ved baseline. Ved opfølgning efter 3 og 12 måneder er andelen i nærværende rapport øget til henholdsvis 64 % og 60 %. Tilsvarende resultater ses i LM, hvor andelen, der motionerer regelmæssigt målt ved henholdsvis 1. og 2. opfølgning, er steget til 62 % og 61 %. I Brønderslev er der udelukkende målt ved afslutningen af et rehabiliteringsforløb på 10 uger, hvor andelen er steget til 62 %.

I alle fire rapporter ses således en øget aktivitet efter holdforløb, en stigning der holder op til 12 måneder efter forløbsafslutning i nærværende rapport og i LM. Det kunne være interessant at følge deltageres aktivitetsniveau over en endnu længere periode og samtidig se på motivationsfaktorer, og hvilke tiltag der skal til for at fortsætte den positive udvikling.

- 9 % fra svargruppen er rygere (12 % i deltagergruppen), hvor andelen i delrapport 1 var 17 %, LM 19 % og Brønderslev 26 %. Der er således betydeligt færre rygere i svargruppen i nærværende rapport.
- 85 % fra svargruppen har et lavt alkoholforbrug (under 7 genstande om ugen for kvinder og under 14 genstande om ugen for mænd), en andel der ikke ændres nævneværdigt ved 1. og 2. opfølgning. I LM var andelen med et lavrisikoforbrug af alkohol ligeledes 85 % og ingen nævneværdige ændringer ved 1. og 2. opfølgning. I delrapport 1 og Brønderslevrapporten er alkoholforbruget ikke belyst.

#### 5.1.4 Helbred og trivsel

Oplysninger om sundhed kan indhentes på forskellige måder, fx ved test, observation, samtale, interview eller selvudfyldte spørgeskemaer. I nærværende rapport har man indhentet oplysninger ved hjælp af SF-12, der er et generisk måleredskab, hvor deltageren besvarer spørgsmål omhandlende egen oplevelse af fysisk, psykisk og social funktionsevne.

- Et af spørgsmålene i SF-12 lyder "Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?" (benævnes selv vurderet helbred). Ved at slå svarkategorierne 'mindre godt' og 'dårligt' sammen er andelen for disse besvarelser for svargruppen målt ved baseline 63 %, og ved 1. og 2. opfølgning henholdsvis 33 % og 28 %. Således har flere det bedre efter at have deltaget i forløb; en virkning der holder ved opfølgningen efter 12 måneder. I LM er den tilsvarende besvarelse ved baseline på 64 % og ved 1. og 2. opfølgning 47 % ved begge målinger. Der er således også en stigning i andelen, der har det bedre efter at have deltaget i forløb.
- Desuden inddeles SF-12 i otte normbaserede skalaer. Svargruppen scorer ved samtlige otte skalaer under normen for referencebefolkningen. Ved baseline scorer svargruppen ligeledes lavere end referencegruppen, hvilket også er tilfældet i delrapport 1. Der er en tendens til, at svargruppen udvikler sig i positiv retning ved samtlige otte skalaer. Udviklingen er statistisk signifikant fra baseline til 1. opfølgning for skalaerne Fysiske begrænsninger, Alment helbred og Energi. Fra baseline til 2. opfølgning er der fortsat en statistisk signifikant udvikling for de tre nævnte skalaer samt for Psykisk trivsel. I LM ses der signifikante positive ændringer fra baseline til 1. og 2. opfølgning for skalaerne Fysisk funktion, Fysiske begrænsninger, Fysisk smerte og Alment helbred. Ved skalaerne Psykisk trivsel og Psykisk betingede begrænsninger sker der en positiv signifikant udvikling fra baseline til 1. opfølgning. Ligesom i nærværende rapport scorer svargruppen i LM under normen for referencebefolkningen ved samtlige otte skalaer.
- De 12 spørgsmål i SF-12 kan desuden sammenfattes i to sumscorer, som måler henholdsvis 'fysisk helbred' og 'psykisk helbred'. Svargruppens sumscore ved baseline var henholdsvis 35 og 50. I delrapport 1 var sumscoren henholdsvis 35 og 45 og i LM henholdsvis 34 og 46. Deltagerbesvarelserne i de tre rapporter afviger kun ganske lidt ved egen vurdering af helbredet ved baseline. Der er sket en signifikant positiv udvikling i sumscoren for fysisk helbred fra baseline til både 1. og 2. opfølgning for svargruppen i denne

rapport. Tilsvarende er der en tendens til, at sumscoren for det psykiske helbred stiger fra baseline til både 1. og 2. opfølgning. I LM ses en stigning fra baseline til 1. opfølgning for både fysisk og psykisk helbred. Stigningen holder ikke til 2. opfølgning.

#### 5.1.5 Mestring af egen dagligdag

- Ved heiQ viste gruppeeffekten for svargruppen statistisk signifikante forskelle for to af domænerne: Færdigheder og hjælpemidler ved 1. opfølgning og Positivt og aktivt engagement i livet ved 2. opfølgning. I LM fandt man signifikante forskelle på fem af de seks domæner ved 1. opfølgning og på 3 af domænerne ved 2. opfølgning. Svargruppen i LM har således en positiv effekt på flere områder sammenlignet med svargruppen i nærværende rapport.
- Der er sket individuelle, positive ændringer fra baseline til både 1. og 2. opfølgning ved samtlige seks domæner for svargruppen i denne rapport. Den største individuelle positive ændring er sket ved domænet Konstruktive holdninger og tilgange, hvor henholdsvis 18 % og 20 % har oplevet positive, pålidelige ændringer. Sammenholdes alle seks domæner med resultaterne i LM ses ved 1. opfølgning en lidt større positiv, individuel ændring i denne rapport sammenholdt med LM for følgende domæner: Selvmonitorering og indsigt - henholdsvis 9 % og 8 %, Følelsesmæssigt velbefindende - henholdsvis 13 % og 12 %. For de øvrige domæner ligger LM en del højere. For 2. opfølgning er andelen ens for domænet Konstruktive holdninger og tilgange, for de øvrige fem domæner ligger LM en del højere.

Resultaterne fra projektet Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb er foretaget ved hjælp af fokusgruppeinterview, og derfor ikke direkte sammenlignelige med de andre resultater i forhold til mestring. Resultater fra forløbene er som oftest opgjort for diagnose eller hold, og opgjort ved afslutning på rehabiliteringsforløbene uden yderligere opfølgning. Deltagerprofilen og effektopgørelse på diagnose og/eller holdniveau og forskellige test og parametre muliggør ikke en direkte sammenligning med yderligere fund i nærværende rapport.

Det giver dog mening at medtage resultater fra rapporten, idet de kan supplere oplysninger indhentet fra spørgeskemaer, som er anvendt i de øvrige rapporter. I resultater fra fokusgruppeinterviewene giver borgerne udtryk for, at de generelt oplever en ændring til det bedre i forhold til at være mere fysik aktive, bedre informeret

om sygdom, at kunne ændre kost og kunne håndtere hverdagen bedre. De udtrykker, at den fysiske træning er meget givende på flere niveauer; de bevæger sig mere og kroppen fungerer bedre. Resultaterne tyder også på, at borgerne oplever en psykisk bedring og tilfredshed i deres hverdag efter holddeltagelse, der medvirker til en øget psykisk mestring af sygdom bl.a. ved den tilegnede viden om sygdom, medicin, bivirkninger m.m. Endvidere udtrykkes en psykisk styrke og tryghed ved bedre humør, der smitter af på hverdagslivet, der igen påvirker fysisk formåen. Også det sociale samvær bedrer motivationen hos deltagerne i forhold til at møde op på holdene men også i forhold til udbyttet af holddeltagelsen.

#### **5.1.6 Opsamling – diskussion af resultater**

De mest markante resultater i nærværende rapport er svargruppens fysiske aktivitetsniveau, der stiger signifikant målt ved både 1. og 2. opfølgning samt selvvurderet helbred og funktionsevne, hvor svargruppen udtrykker at have det bedre efter patientuddannelsesforløbet ved flere forhold, målt ved både 1. og 2. opfølgning.

På baggrund af resultaterne kan der uddrages følgende udviklingspunkter i det fremtidige arbejde med patientuddannelse:

- Undersøge om flere mænd kan motiveres til at deltage i patientuddannelsesforløb
- Undersøge om der inden for målgruppen og aldersgruppen under 45 år er personer med rehabiliteringsbehov
- Opspore personer inden for målgruppen med 'usunde' sundhedsvaner og motivere dem til at deltage i patientuddannelsesforløb.

## **5.2 Hvad viser andre studier?**

Der er ikke foretaget yderligere søgning på effekt af patientuddannelser fra centre og enheder i andre dele af landet. I stedet er der søgt oplysninger fra ministerier, styrelser, organisationer, institutioner og lignende, der har udgivet publiceringer om anbefalinger og effektevalueringer relateret til patientuddannelse/rehabilitering i kommunalt regi.

Socialstyrelsen har udgivet en rapport, hvor der på baggrund af en litteraturgennemgang er belyst effekt af rehabilitering til ældre med nedsat funktionsvane [28]. Målgruppen er skrøbelige ældre, hvilket afviger fra deltagerne i nærværende rapport, hvorfor både interventioner og effekt skal læses med det forbehold. Studiet medtager ikke effekt af monofaglige rehabiliteringsinterventioner men udelukkende interventioner, der er individuelt målrettet den ældres behov. Der fandtes



ikke entydige opfattelser af effekt af interventioner, men et større studie viser, at progressiv styrketræning har positiv virkning på IADL-færdigheder<sup>12</sup> som mobilitet i nærområde og tilberedning af mad. Et andet studie viser, at deltagelse i sociale aktiviteter er en forudsætning for et aktivt, tilfredsstillende og uafhængigt liv blandt ældre. To oversigtsartikler peger på betydningen af social aktivitet, deltagelse i sociale og arbejdsmæssige eller kulturelle aktiviteter for ældres livskvalitet, fysisk og mental helbredstilstand samt overlevelse, og konkluderer at social deltagelse/deltagelse i forskellige aktiviteter bør være en integreret del af sundheds- og plejetilbud. Interventioner til reduktion af oplevelsen af isolation og ensomhed kan, ud over at være effektiv for at undgå følelsen af ensomhed, også have positiv virkning på den sociale, mentale og psykiske sundhed. Interventioner i grupper med aktiv inddragelse af deltagerne har større sandsynlighed for at være effektive.

Litteraturgennemgangen viser som resultater fra de medtagne rapporter, at det sociale aspekt har en stor og afsmittende effekt på både det psykiske og fysiske helbred, ligesom aktiv deltagelse er en vigtig faktor.

### 5.3 Hvordan måles effekt af patientuddannelse?

For til stadighed at blive bedre til at yde den rette indsats til de rette personer og på rette tid er det nødvendigt at indhente oplysninger om, hvilke indsatser der virker? Vi kan af medtagne resultater se, at borgerne har stort udbytte af at deltage i patientuddannelse, hvor de indgår på hold. De får viden om deres sygdom, medicin og mestringsstrategier, og de deltager i træning, der ud over det fysiske velvære også influerer positivt på psykiske og sociale aspekter. De fortæller om den gavnlige effekt af samvær og af at være en del af et fællesskab.

De fleste effekter er vanskelige at måle ved hjælp af måleinstrumenter, der kan give faktuelle oplysninger så som gangtest, BMI og lignende, men som ikke siger noget om, hvordan borgeren oplever helbred og trivsel og det at kunne fungere i hverdagen. Sådanne oplysninger kan indhentes ved hjælp af selvudfyldte spørgeskemaer, med den begrænsning at det kun giver svar på det, der spørges om. Ved fx fokusgruppeinterview har borgerne mulighed for mere uddybende at fortælle om, hvad de har fundet gavnligt i patientuddannelsesforløbene.

---

<sup>12</sup> Instrumental Activities of Daily Living, der omhandler udadvendte aktiviteter, såsom madlavning, rengøring, indkøb m.m.

For til stadighed at kunne optimere patientuddannelser og deres indhold er det vigtigt, at man hele tiden er opmærksom på datakvalitet, herunder dataindsamling og dataregistrering, med henblik på afdækning af funktionsevne og rehabiliteringsbehov og i sidste ende med henblik på vurdering af effekt af patientuddannelse.

I 2009 udkom Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering [1]. I teknologidelen sættes der fokus på effekten af patientuddannelse, og i patientdelen undersøges deltagernes udbytte, hvem der bruger patientuddannelse samt hvilke brugerbaserede behov, der kan identificeres med betydning for den fremtidige tilrettelæggelse af patientuddannelse.

Til vurdering af teknologien er foretaget litteratursøgning, hvor inkluderede studier viser, at uddannelserne er varierende i forhold til indhold, frekvens, varighed og behandlers profession, hvorfor det kan være svært at vurdere hvilke parametre, der er evidens for virker. Ligeledes viser studierne, at flere effektmål er målt over en kortere periode efter endt behandling, og derfor vil der ikke kunne siges noget om langtidseffekten.

I patientdelen er et af spørgsmålene: Hvad oplever deltagerne selv som udbytte af patientuddannelsen? Det sammenfattende svar fra diagnosegrupperne KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme er:

- At kunne håndtere sygdom og specielt sygdomsudbrud mere selvstændigt, eksempelvis via konkrete færdigheder.
- At indlære praktiske og kropslige kompetencer til at håndtere sygdommen bedre i hverdagen.
- At opnå bedre forståelse af både sygdommens alvor og dens håndterlighed.
- At opnå højere grad af internalisering af sygdoms- og selvkontrol (mindre baseret på eksternt pres).
- Netværksopbygning, positive sociale oplevelser og indlejring af sygdomserfaringer i en social ramme, som kan rumme deltagerne.
- At opleve understøttelse af udvikling af nye, meningsfulde livsperspektiver i forbindelse med livsforandrende begivenheder.

Resultater fra Sundhedsstyrelsens MTV-rapport stemmer overens med fundene i såvel nærværende rapport som de medtagne rapporter i diskussionen.

## 5.4 anbefalinger til den kommunale patientuddannelse

Når man vurderer resultater, kan det være en god idé at vende tilbage og sammenholde egen patientuddannelse med overordnede anbefalinger, der er udarbejdet for den kommunale patientuddannelse - kort skitseret i nedenstående.

I 2012 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker [29], der indeholder en række faglige anbefalinger, som tilsammen vurderes at udgøre den sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats, der kan sikre en positiv udvikling i danskernes sundhed. Serien af forebyggelsespakker omhandler temaerne: alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklime i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak.

Kommunerne kan prioritere og implementere ud fra overvejelser om kommunens sundhedsforhold, muligheder og erfaringer.

- Hvilke sundhedsudfordringer er de største og vigtigste at få gjort noget ved i kommunen?
- Hvilke risikofaktorer er kommunen allerede godt i gang med?
- Hvilke risikofaktorer og målgrupper er der yderligere behov for at arbejde med?
- Hvordan skal sundhedstilstanden hos borgerne i kommunen se ud om fem til ti år?

Der findes ikke én model for, hvordan forebyggelsespakkerne kan implementeres i kommunen. Der er behov for at få mere viden om, hvordan sundhed på tværs af forvaltningsområder kan organiseres for at kunne integrere sundhedsperspektivet i alle driftsområder i kommunen.

I rapporten Vejledning om kommunal rehabilitering, udgivet af fire ministerier i 2011 [30], belyses rehabilitering i et bredere perspektiv dækkende de fire lovgivningsområder: sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningslovgivningen. I vejledningen peges der på, at borgerens første kontakt til kommunen ikke må begrænse adgangen til relevante indsatser inden for andre kommunale forvaltningsområder. Endvidere viser studier, at det er centralt for et vellykket rehabiliteringsforløb, at borgeren er i centrum, og at der er sammenhæng mellem indsatser såvel i forvaltninger som mellem den sekundære og primære sektor.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 en publikation med en række anbefalinger til at arbejde med systematisk kvalitetssikring af patientuddannelse på baggrund af eksisterende viden og evidens samt erfaring fra regioner og kommuner [10]. I afsnittet fagligt indhold er nævnt, at formål og mål for patientuddannelsen skal være klart og velbeskrevet, og det beskrives i forhold til: 1) sygdomsspecifik viden (undervisning i sygdommen, dens årsag og natur samt forebyggelse og behandling, herunder muligheder for egenbehandling og for selvmonitorering), 2) nødvendige livsstilsændringer – muligheder for og teknikker til at forandre handlemønstre og holdninger – og baggrunden herfor i hverdagslivet, fritidslivet og arbejdslivet 3) patientens behov med efterfølgende tilpasning og differentiering af det faglige indhold og 4) patientdefinerede mål. I rapporten beskrives endvidere pædagogiske rammer, organisatoriske rammer, kompetencer samt mål, evaluering og monitorering som vigtige elementer at indtænke i patientuddannelserne.

Kommunernes Landsforening (KL) har i rapporten Det nære sundhedsvæsen [31] givet sit bud på, hvordan sundhedsvæsenet i fremtiden kan indrettes, så vi får mest sundhed for pengene. Rapporten er opdelt i temaer, hvor tema nummer seks, borgere med kronisk sygdom, især er relevant at kigge på set i forhold til diskussionen i nærværende rapport (kapitel 5). I dette tema udtrykker KL og kommunerne, at en større del af, hvor KL og kommunerne mener, at en større del af indsatsen over for kronisk syge kan håndteres i det nære sundhedsvæsen, KL anbefaler:

- Alle kommuner bør have mulighed for at tilbyde forløb til borgere med type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom.
- Sundhedsstyrelsen bør udvikle en model for kommunale rehabiliterings-tilbud på tværs af diagnoser.
- Sundhedsstyrelsen bør tage initiativ til, at der udvikles en national model for stratificering af kronisk syge, som også omfatter borgerens egenomsorgsevne.
- Kommunerne skal have fokus på rehabilitering og prioritere indsatsen for kronisk syge på tværs af de kommunale velfærdsområder.
- Kommunerne og almen praksis skal arbejde systematisk med at identificere borgere i særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom.
- Praktiserende læger skal henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud.
- De kommende sundhedshuse og sundheds- og akuthuse skal rumme en integreret indsats rettet mod kronisk syge.

Det er centralt, at dokumentation og registrering foregår systematisk, idet det danner basis for hele rehabiliteringen (med afdækning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov, mål og indsatser og effektmåling).

Inden for det socialpolitiske område har KL udgivet et debatoplæg med fremtidens visioner *Invester før det sker* [32]. Med debatoplægget ønskes et fokusskifte i socialpolitikken, hvor der satses på tidlig indsats og fremskudt støtte, hvor borgeren færdes i sin hverdag. Fremtidens velfærdsløsninger skal findes i et langt tættere samspil mellem den enkelte, netværket og civilsamfundet, dette benævnes 'samskabelse'. I oplægget præsenteres syv fokusområder i fremtidens socialpolitik.

- Forskellige mennesker – forskellige løsninger
- Socialpolitikken begynder i familien
- Netværk og civilsamfund
- Metoder der virker
- Sammenhæng på tværs
- Nye udfordringer – nye fagligheder
- Velfærdsteknologi – vi har kun set begyndelsen.

Under fokusområderne udfoldes synspunkter for fremtidens socialpolitik, der understøtter de anbefalinger, der er præsenteret inden for sundhedsområdet. Det første fokusområde indledes med

"Udgangspunktet er, at borgeren er ekspert i eget liv – og skal have sit liv til at fungere på egne betingelser. De kommunale indsatser skal basere sig på borgerens egne ressourcer, aktive deltagelse og understøtte borgerens selvbestemmelse og selvstændighed. Fokus skal være på, at borgeren kan udvikle sig og bruge egne kompetencer til at få et godt og meningsfuldt liv".

Dette stemmer godt overens med definitionen af rehabilitering fra Hvidbogen [33] og understreger, at borgeren er omdrejningspunktet. Vi skal bevæge os fra indsatser med monofaglige tilgange, der skubber problemer rundt mellem faggrupper og forvaltninger frem mod tværfaglige indsatser. I fokusområdet Sammenhæng på tværs står:

"Rehabilitering og rehabiliteringsteams er ét af svarene på udfordringen med at skabe sammenhæng i indsatserne. Rehabilitering kan i langt højere grad end i dag blive det begreb, der sætter fælles mål for og binder indsatserne sammen på tværs af faggrænser mellem social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Det gælder internt i kommunen, men i høj grad også på tværs af sektorer."

Et helhedsperspektiv betyder, at fagpersoner skal have blik for andre faggruppers kompetencer og for, hvornår disse skal bringes i spil.

Der er ingen tvivl om, at de mange udfordringer, der ligger i det fremtidige arbejde omkring rehabilitering på tværs af faggrupper og forvaltninger, medfører, at der skal arbejdes med kulturændringer. Der skal udvikles en kommunal evalueringskultur, hvor kommunale medarbejdere skal have nødvendige kompetencer til at dokumentere og evaluere det socialfaglige arbejde.

Som det fremgår af ovenstående referencer, er det vigtigt at have en helhedsbetragtning af borgeren, og dermed indtænke andre kompetencer, faggrupper og forvaltninger i hele rehabiliteringsprocessen samt indtænke borgeren som aktiv samarbejdspartner.

I Sundhedscenter Vest er målgruppen for patientuddannelsesforløbene borgere med kroniske sygdomme og nedsat funktionsevne, hvorfor borgerens første kontakt til kommunen som oftest finder sted inden for sundhedsområdet. Dette må ikke begrænse adgangen til relevant udredning og tilbud på tværs af kommunale forvaltningsområder. I den nuværende organisation i Sundhedscenter Vest rettes henvendelse til andre forvaltninger, hvis borgeren har behov for indsatser, der ligger ud over Sundhedscenterets tilbud og kompetencer. Med et perspektiverende sigte kunne det være interessant at inddrage og koble kompetencer og indsatser fra andre faggrupper og forvaltninger i Sundhedscentrets regi til et samlet rehabiliteringsforløb for den enkelte borger.

Med diskussionsafsnittet håber vi at have belyst rehabiliteringens kompleksitet, men også, hvordan rehabiliteringen kan lykkes i praksis. Der er til stadighed behov for at afprøve og formidle processer/nye tiltag og komme med forslag til metoder til effektmåling ud fra både borgerens og fagpersonens perspektiv, men også ud fra såvel den sundhedsfaglige som socialfaglige tilgang.

## 6. anbefalinger og perspektivering

Evalueringen har tilvejebragt viden om patientuddannelser, som de udøves i Sundhedscenter Vest, sammenholdt med andre evalueringer og overordnende anbefalinger.

Der opstilles således følgende anbefalinger/udviklingspunkter:

- Fortsætte med de eksisterende og velfungerende patientuddannelsesforløb. Samtidig være opmærksom på dynamikken i processen og følge nye strømninger og anbefalinger inden for feltet.
- Rekruttere flere mænd, yngre aldersgrupper og borgere med 'usunde' sundhedsvaner til patientuddannelsesforløb.
- Sammensætte 'fleksible' hold til patientuddannelsesforløb på baggrund af individuelle ønsker og behov, tidsfaktor, diagnose, køn og alder, bopæl m.m.
- Øge antallet af henvisninger fra praktiserende læger.
- Optimere datagrundlaget ved skærpelse af registreringer, tidspunkter for registreringer og fuldstændige besvarelser.
- Arbejde professionelt og loyalt med dataindsamling, relevans af data, anvendelse af måleinstrumenter, validerede spørgeskemaer m.m.
- Supplere allerede eksisterende tilbud og rammer efter endt patientuddannelsesforløb med nye tilbud og muligheder. Dvs. opmærksomhed på, hvordan borgeren kan vedligeholde effekter af forløb, efter disse er afsluttet, fx træning på centret sen eftermiddag/aften, sociale arrangementer i nærmiljøet, cafémøder, vandreture og lignende.
- Indtænke andre faggrupper/forvaltninger med henblik på at medvirke til et samlet og sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgeren.

## 7. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11(3). København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
2. Hjortbak, MR. Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest. Del 1 – rekruttering af deltagere. Tarm: Sundhedscenter Vest, 2011.
3. Melchiorson H, Bureau V, Nielsen CP. Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 – organisation. Aarhus: Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Forskning og Udvikling, 2013.
4. Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Udviklingen 2006 til 2010. Voksne. Aarhus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, Aarhus N, 2011.
5. Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
6. Forløbsprogramgruppen for KOL i Region Midtjylland. Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Viborg: Region Midtjylland, 2008.
7. Forløbsprogramgruppen for hjertekarsygdom i Region Midtjylland. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe., 3. udgave revideret 2012, opdateret januar 2013. Viborg: Region Midtjylland, 2013.
8. Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes i Region Midtjylland. Forløbsprogram for type 2 diabetes. Viborg: Region Midtjylland, 2008.
9. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
10. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
11. Wittrup I. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvalitativ evaluering. Aarhus: Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011.
12. Vinther-Jensen K, Jensen AMS. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvantitativ evaluering. Aarhus: Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2012.
13. Knudsen BT. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – evaluering af kompetencer, organisering og implementering. Aarhus: Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2012.
14. Knudsen BT et al. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Aarhus. Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2012.
15. Hinrichsen EK. Håndbog til lærings- og mestringsuddannelser. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd. Aarhus: Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2012.
16. Sundhedscenter Vest. Den kommunale indsats - for borgere med en kronisk sygdom. Tarm: Ringkøbing-Skjern Kommune, Sundhedscenter Vest, 2011.
17. Wittrup I, Aavad E, Poulsen SA, Jensen AMS, Hjortbak MR, Thomsen SS, Vinther-Jensen K, Nielsen CP. MoEva – monitorering og evaluering af patientuddannelser; Manual. Aarhus: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2013.



18. Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Educ Couns* 2007;66:192-201.
19. Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH. The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient education and counselling* 2007;65:351-65.
20. Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. Aarhus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, Aarhus N, 2011.
21. Danmarks Statistik. Statistikbanken. Folketal per 1. januar 2010. <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1350>.
22. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
23. Maassen GH. Principles of defining reliable change indices. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000;22:622-32.
24. Maassen GH. The standard error in the Jacobson and Truax Reliable Change Index: The classical approach to the assessment of reliable change. *J Int Neuropsychol Soc* 2004;10:888-93.
25. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. *User's manual for the SF-12v2 health survey: with a supplement documenting the SF-12® health survey*. Lincoln: QualityMetric incorporated, 2007.
26. Danmarks Statistik. *Dun 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur*. København: Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet, 2006.
27. Handberg C, Nielsen CV. *Evaluering af rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012*. Aarhus: Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, 2012.
28. Socialstyrelsen. *Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Litteraturgennemgang*. Odense: Socialstyrelsen, 2013.
29. Sundhedsstyrelsen. *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
30. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Vejledning om kommunal rehabilitering*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011.
31. Kommunernes Landsforening. *Det nære sundhedsvæsen*. København: KL 2012.
32. Kommunernes Landsforening. *Investering før det sker. Et debatoplæg om fremtidens socialpolitik*. København: KL, 2013.
33. Rehabiliteringsforum Danmark. *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: MarselisborgCentret, 2004.

## **Bilag**

1. Kursusevaluering
2. Frafaldsanalyse

## **Bilag 1: Kursusevaluering**

Da kursusevalueringen først blev tilføjet ved overgangen til TrialPartner i efteråret 2011 er det ikke alle deltagere, som har haft mulighed for at besvare evalueringsskemaet.

Af tabellen nedenfor fremgår svarfordelingen for de 53 deltagere i svargruppen, som har besvaret evalueringsskemaet.

## Kursusevaluering

	Svargruppe (n=158)	
<b>Ville du anbefale andre i samme situation at deltage i kurset?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Ja	53	100
Nej	-	-
Ved ikke	-	-
Uoplyst	105	-
<b>Var undervisningen relevant for dig i din nuværende situation?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
I høj grad	37	70
I nogen grad	16	30
I mindre grad	-	-
Slet ikke	-	-
Uoplyst	105	-
<b>Hvordan vurderer du generelt formen af forløbet?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Meget god	38	72
God	15	28
Mindre god	-	-
Uoplyst	105	-
		-
<b>Var det en positiv oplevelse at indgå i en gruppe med andre mennesker i en lignende situation?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
I høj grad	48	91
I nogen grad	3	6
I mindre grad	2	4
Slet ikke	-	-
Uoplyst	105	-
<b>Var niveauet (dvs. intensiteten) i træningen passende?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Ja	48	91
Nej, for højt	4	8
Nej, for lavt	1	2
Uoplyst	105	-
<b>Føler du dig godt rustet til at fortsætte træningen derhjemme?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
I høj grad	28	54
I nogen grad	24	46
I mindre grad	-	-
Slet ikke	-	-
Uoplyst	106	-
<b>Har træningen givet dig lyst til at fortsætte med at træne, når kurset er slut?</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
I høj grad	33	62
I nogen grad	18	34
I mindre grad	1	2
Slet ikke	1	2
Uoplyst	105	-

## Bilag 2: Frafaldsanalyse

	Deltagergruppe (n=211)		Svargruppe (n=158)		Deltagere med tre besvarede spørgeskemaer (n=117)	
<b>Køn</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Kvinde	117	55	96	61	71	61
Mand	94	45	62	39	46	39
<b>Alder</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Under 35 år	-	-	-	-	-	-
35-44 år	-	-	-	-	-	-
45-54 år	21	11	12	8	10	9
55-64 år	37	19	26	17	22	19
65-74 år	90	46	76	50	55	49
75-79 år	33	17	26	17	19	17
80+ år	16	8	11	7	7	6
Uoplyst	14		7		4	
<b>Civilstatus</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Alene	35	34	32	34	22	31
Gift/samlevende	68	66	63	66	50	69
Uoplyst	108		63		45	
<b>Børn</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Ja	145	92	131	92	99	93
Nej	13	8	12	8	8	7
Uoplyst	53		15		10	
<b>Uddannelsesniveau</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Lav	38	34	35	36	23	32
Middel	49	44	42	43	34	47
Høj	24	22	21	21	15	21
Uoplyst	100		60		45	

	Deltagergruppe (n=211)		Svargruppe (n=158)		Deltagere med tre besvarede spørgeskemaer (n=117)	
<b>Indkomsttype</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Lønindkomst	18	25	15	23	14	26
Anden erhvervsindkomst	4	6	3	5	1	2
Anden indkomst (fx pension)	50	69	48	73	38	72
Uoplyst	139		92		64	
<b>Henvisning</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Egen læge	61	31	42	28	29	26
Sygehus	57	29	41	28	31	28
Kommune	7	4	5	3	2	2
Selvhenvist	55	28	48	32	39	35
Anden	14	7	12	8	11	10
Uoplyst	17		10		5	
<b>Gennemført forløb</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Ja	104	87	87	99	60	98
Nej	15	13	1	1	1	2
Uoplyst	92		70		56	
<b>Årsag til frafald</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>	<b>antal</b>	<b>%</b>
Manglende overskud	-	-	-	-	-	-
Flytning	6	40	1	100	1	100
Egen sygdom	2	13	-	-	-	-
Sygdom eller andre problemer	-	-	-	-	-	-
Død	6	40	-	-	-	-
Kurset opleves ikke som relevant	1	7	-	-	-	-

	Deltagergruppe (n=211)		Svargruppe (n=158)		Deltagere med tre besvarede spørgeskemaer (n=117)	
<b>Ryger dagligt</b>	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	19	12	12	9	8	8
Nej	137	88	124	91	95	92
Uoplyst	55		22		14	
<b>Dyrker idræt i fritiden</b>	antal	%	antal	%	antal	%
Nej	87	56	71	54	53	52
Ja	67	44	61	46	48	48
Uoplyst	57		26		16	
<b>Moderat fysisk aktivitet (antal dage om ugen)</b>	antal	%	antal	%	antal	%
0-1 (fysisk inaktiv)	34	22	29	22	20	20
2-3	30	19	26	19	16	16
4-5	30	19	29	22	23	23
6-7	60	39	50	37	43	42
Uoplyst	57		24		15	
<b>Alkohol</b>	antal	%	antal	%	antal	%
Lavrisiko	139	89	120	89	85	87
Moderat risiko	13	8	13	10	11	11
Storforbrug/højrisiko	4	3	2	1	2	2
Uoplyst	55		23		19	

