

Evaluering af projekt for udvikling af kommunal rehabilitering til borgere med kronisk sygdom ifølge forløbsprogrammerne for KOL, T2DM og AKS i Skanderborg, Favrskov og Silkeborg Kommune - Midtvejsevaluering

November 2013



Evaluering af projekt for udvikling af kommunal rehabilitering til borgere med kronisk sygdom ifølge forløbsprogrammerne for KOL, T2DM og AKS i Skanderborg, Favrskov og Silkeborg Kommune

- Midtvejsevaluering

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Århus N

Telefon: 78 41 40 34

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	1
1.1	Om rehabiliteringsforløbet	1
1.2	Om evalueringen	3
2	SAMMENFATNING	4
3	INTERVIEW MED KURSISTER	5
3.1	Deltagernes vurdering af kursusforløbet	5
3.2	Mål og handleplaner	7
3.3	Efter kursusforløbet	7
3.4	Brug af sundhedsydelse efterfølgende	8
3.5	Opsamling	8
4	LÆGERNES VURDERING AF TILBUDET	10
4.1	Henvisningsmønstre i de tre kommuner	10
4.2	Læger der ikke har henvist patienter	10
4.3	Læger der har henvist få patienter	11
4.4	Læger der har henvist mange patienter	12
4.5	Opsamling	14
5	KVANTITATIV EVALUERING	15
5.1	Beskrivelse af data og statistisk metode	15
5.2	Testresultater: Gangtest og Borg 15	19
5.3	BMI, Taljemål og Blodtryk	21
5.4	Helbredsrelateret livskvalitet - SF-12	24
5.5	Kost, rygning, alkohol og motion - KRAM	27
5.6	Sociale faktorer og kronisk sygdom	36
5.7	Kursusevaluering	38

1 Indledning

En stigende andel af befolkningen lider af en eller flere kroniske sygdomme eller er i risiko for at udvikle dem. Et centralt element i en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser er udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. I Region Midtjylland er der pt. udviklet forløbsprogrammer for KOL, hjertekarsygdomme og diabetes type 2. Programmerne beskriver den samlede, tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats.

Med baggrund i forløbsprogrammerne søgte Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner kronikerpuljemidler for perioden 2010-2012 til et fælles projekt for udvikling af et sundheds- og rehabiliteringsforløb, som følger anbefalingerne for den kommunale del af forløbsprogrammerne.

Forløbet har til formål at give borgere med en eller flere af de omfattede kroniske sygdomme mulighed for at opnå øget kvalitet i hverdagslivet samt øget handlekompetence forstået som kapacitet, vilje og evne til at træffe sunde valg og tage ansvar for eget liv. Herunder et

- styrket socialt netværk,
- konkret og praktisk vejledning i håndtering af sygdommen,
- kendskab til lokale træningstilbud og – muligheder,
- viden om rettigheder og relevante regler,
- forbedrede fysiske testresultater,
- oplevelsen af at sund kost, fysisk træning og evt. rygestop har positiv effekt på det fysiske og psykiske velbefindende,
- samt redskaber til fortsat at arbejde på at fastholde egne mål for en sundere livsstil.

De tre kommuners praksiskonsulenter var involveret i udarbejdelsen af projektbeskrivelsen med henblik på et godt samarbejde med almen praksis om fælles patienter/borgere.

1.1 Om rehabiliteringsforløbet

I Sundheds- og Rehabiliteringsforløbet arbejdes der overordnet ud fra en sundhedsfremmende tilgang med et bredt og positivt sundhedsbegreb som udgangspunkt. Borgere som er diagnosticeret med én af de tre kroniske diagnoser (KOL, hjertekarsygdom og T2DM herunder prædiabetes) og som – ifølge stratificeringen i forløbsprogrammerne – er i målgruppen for den kommunale indsats, kan henvises til det kommunale sundhedscenter via praktiserende læge eller hospital.

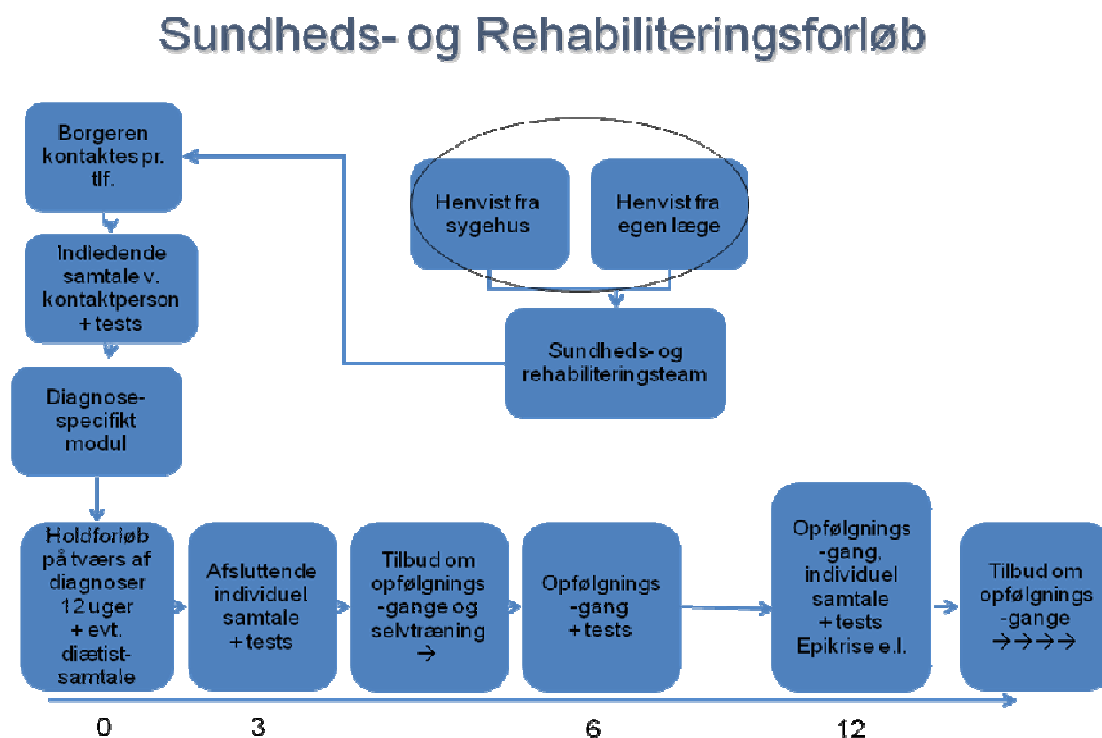
Alle tre kommuner har siden projektets start kunnet modtage elektroniske henvisninger i MedCom standard, og der har fra begyndelsen ligget information om forløbet samt en henvisningsvejledning på praksis.dk. Derudover er der formidlet pjecer og udsendt nyhedsbreve til almen praksis og hospitalsafdelinger om forløbet, og teamene har inviteret til åbent hus samt løbende tilbudt at komme på besøg og informere om forløbet.

Henvisningskriterierne er – udover korrekt stratificering – at:

- borgeren ikke har konkurrerende lidelser, som umuliggør aktiv deltagelse i forløbet
- borgeren er motiveret for at arbejde aktivt med sin situation
- borgeren kan deltage i fysisk træning af moderat intensitet
- borgeren selv kan transportere sig til sundhedscentret.

Under rehabiliteringsforløbet tildeles deltagerne en tilknytning til en kontaktperson i det kommunale tværfaglige Sundheds- og Rehabiliteringsteam i et år. Teamet består af sygeplejerske, diætist og fysioterapeut, som alle har gennemgået en sundhedspædagogisk og diagnosespecifik kompetenceudvikling, der løbende vedligeholdes med kurser og supervision.

Figur 1.1: Sundheds- og Rehabiliteringsforløb



Som det ses i Figur 1.1. indledes forløbet med en afklarende og motiverende samtale med den tildelte kontaktperson. I denne og følgende samtaler inviteres en pårørende til at deltage. I samtalen har borgeren mulighed for at fortælle om sit sygdomsforløb, og om de udfordringer borgeren oplever i forhold til at leve med den kroniske sygdom. Derudover afklares gensidige forventninger og borgerens egne mål for forløbet afdekkes. I samtalen har kontaktpersonen blandt andet fokus på eventuelle tegn på depression eller misbrug /overforbrug af rusmidler. I givet fald opfordres borgeren til at henvende sig til egen læge / kommunens rusmiddelcenter for udredning / behandling inden deltagelse i Sundheds- og Rehabiliteringsforløbet.

Holdene sammensættes på tværs af de tre diagnoser. Dette skyldes dels hensynet til at kunne starte hold op løbende, dels den høje grad af komorbiditet samt det forhold, at der er mange sammenfald i anbefalingerne om livsstilsforandringer på tværs af diagnoserne.

Hovedvægten i forløbet består af et intensivt holdforløb på 12 uger med to moduler om ugen i seks uger og et modul pr. uge samt selvtræning de resterende seks uger. Hvert modul består af en times undervisning og halvanden times fysisk træning. Målene for forløbet søges opnået gennem undervisning om blandt andet diagnoserne, livsstilsforandringer, udvikling og fastholdelse af nye vaner, psykiske reaktioner på kronisk sygdom, sund mad (i teori og praksis) samt træning og motion. Der gennemføres fysiske tests før og efter 12 ugers kurset samt to gange i opfølgingsforløbet med henblik på at følge den enkeltes udvikling i udholdenhed, kondition, vægt og taljemål.

Efter 12 ugers kurset og igen ved afslutningen af hele forløbet efter 12 måneder sendes en elektronisk status/epikrise til egen læge med beskrivelse af de opnåede fysiske effekter, opnåede mål for livsstilsforandringer samt eventuelle fortsatte mål, som borgeren ønsker egen læges støtte til at gennemføre.

Den pædagogiske tilgang er baseret på anerkendt pædagogisk og sundhedspædagogisk teori herunder motivationssamtalen. Undervisningen er tilrettelagt med vægt på aktiv medinddragelse af deltagerne og under hensyntagen til den enkelte borgers ressourcer og forudsætninger. Efter 12 ugers kurset tilbydes et opfølgende forløb.

De tre kommuner har grundlæggende organiseret forløbene ens ud fra en fælles projektbeskrivelse og samme sundhedspædagogiske tilgang. Der er dog mindre variationer. For eksempel er de diagnosespecifikke moduler tilrettelagt lidt forskelligt:

- I Skanderborg får borgeren to og en halv times undervisning; halvanden times undervisning fordelt mellem sygeplejersken og diætisten og en times træningsvejledning ved fysioterapeuten
- I Favrskov får borgeren to timers undervisning fordelt mellem sygeplejersken og diætisten
- I Silkeborg får borgeren en times undervisning ved sygeplejersken

Den væsentligste forskel er imidlertid organiseringen af opfølgingsforløbet. I Skanderborg og Silkeborg er der obligatorisk holdopfølgning seks og 12 måneder efter kursusstart, der indeholder obligatoriske holdmøder med træning, tests samt individuelle samtaler (efter 12 mdr.) I Favrskov er den obligatoriske holdopfølgning udvidet til fire, seks, ni og 12 måneder efter kursusstart.

Alle tre kommuner har efter 12 ugers kurset tilbud om selvtræning i træningslokalerne og mulighed for at mødes med tidligere deltagere til såkaldte "Hold da fast" gange med vekslende indhold og/eller fysisk aktivitet og træning. Endelig tilbydes mulighed for at kontakte medarbejderne i teamet ved behov.

1.2 Om evalueringen

I forbindelse med etableringen af de tre sundhedscentre i Skanderborg, Silkeborg og Favrskov besluttede kommunerne samtidig at indhente ekstern bistand til evaluering af indsatsen. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (det tidligere Center for Kvalitetsudvikling) i Region Midtjylland gennemfører evalueringen, som ud over nærværende midtvejsevaluering omfatter en afsluttende evaluering ved udgangen af 2012.

Midtvejsevalueringen indeholder data indsamlet i perioden marts 2010 til december 2011. I rapporten præsenteres tre delundersøgelser:

- Fokusgruppeinterview med kursister (kapitel 3)
- Telefoninterview med praktiserende læger fra de tre kommuner (kapitel 4)
- Kvantitativ evaluering af rehabiliteringsforløbet (kapitel 5)

2 Sammenfatning

Midtvejsevalueringen indbefatter både en kvalitativ og en kvantitativ del. Kvalitativt er der udarbejdet en interviewundersøgelse blandt udvalgte kursister samt henvisende læger. Kvantitativt er der analyseret på data indsamlet via spørgeskemaer og tests.

I interviewene med deltagerne gives generelt udtryk for et stort udbytte og positive erfaringer med at deltage i rehabiliteringsforløbet. Deltagerne fremhæver især, at de får mulighed for en anden, mere dybtgående og praktisk viden om og håndtering af deres sygdom, end de tidligere har oplevet i deres lægepraksis. I forhold til såvel motivation til deltagelse og gennemførelse af aktiviteter som fastholdelse af nye vaner efterfølgende nævner deltagerne især medarbejdernes pædagogiske tilgang, deres faglige og personlige kompetencer samt det at være sammen med andre i lignende situationer som en selv.

De interviewede alment praktiserende læger giver overordnet udtryk for at have tillid til den faglige kvalitet af kurserne, og lægerne føler sig velinformerede om de kommunale rehabiliteringsforløb. Flere læger giver endvidere udtryk for, at der på kursusforløbene løses opgaver, der ikke kan varetages i almen praksis. Det vurderes blandt lægerne, at rehabiliteringstilbuddene er relevante for borgere med de tre kroniske diagnoser diabetes (type 2), hjertekarsygdomme og KOL.

Den kvantitative del af evalueringen understøtter den kvalitative del i forhold til, at kursisterne tilsyneladende har et godt udbytte af at deltage i kursusforløb. Overordnet set viser resultaterne for både gangtest og Borg 15 konditionstest, at kursisterne forbedrer deres resultat undervejs i kursusforløbet. Samtidig viser resultaterne af BMI og taljemål forbedring over tid.

Med hensyn til helbredsrelateret livskvalitet beskrevet via funktionsmålet SF-12, som er kursisternes egen vurdering af fysisk og psykisk formåen, er der ikke ved denne midtvejsevaluering fundet signifikant udvikling for den overordnede fysiske og psykiske dimension. Opdelt på de otte SF-12 skalaer tyder det imidlertid på, at deltagerne oplever en forbedring af deres helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne ved 3 måneders opfølgningen.

For KRAM-faktorerne kost, rygning og alkohol ses ingen målbar udvikling i denne midtvejsevaluering. For den sidste KRAM-faktor – motion – viser statistisk test imidlertid en signifikant forbedring fra baseline til både 3- og 12-måneders opfølgning.

På spørgsmålene omkring, hvordan kursisterne håndterer at leve med kronisk sygdom, svarer kursisterne relativt positivt allerede ved baseline. Samtidig ses der statistisk signifikant positiv udvikling fra baseline til 3- og 12-månedersmålingerne på spørgsmål som *"Jeg ved, hvad jeg selv kan gøre for at leve godt med min kroniske sygdom"* og *"Jeg føler mig afklaret med min kroniske sygdom"*.

Slutteligt viser kursisternes evaluering af kursusforløbet, at de er meget tilfredse med kursusdeltagelsen. Eksempelvis svarer 70 % af kursisterne "meget tilfreds" eller "tilfreds" med det samlede kursusforløb, 20 % svarer "hverken tilfreds eller utilfreds", og kun 11 % har svaret "utilfreds". Ingen har markeret, at de har været "meget utilfreds" med forløbet.

Det bør dog bemærkes, at resultaterne af de statistiske test med udvikling over tid bør læses med det forbehold, at der er langt færre kursister i analyserne med opfølgning end ved baseline. Dermed kunne resultaterne have været anderledes, hvis alle kursister havde gennemført alle opfølgninger.

3 Interview med kursister

Der er gennemført tre fokusgruppeinterview med deltagere fra rehabiliteringsforløb i henholdsvis Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner. Interviewene fandt sted i maj-juni 2011, det vil sige på et tidspunkt, hvor kommunerne hver havde gennemført 5-6 holdforløb.

Temaerne for interviewene var deltagernes oplevelser og vurderinger af indhold, tilrettelæggelse og udbytte af kurset og det efterfølgende opfølgingsforløb. I alt 30 personer deltog i interviewene. Deltagerne var ligeligt fordelt mellem de tre kommuner og i forhold til køn. Der var flest deltagere med diabetes og hjertekarsygdomme og færrest deltagere med KOL. Flere af deltagerne har mere end en kronisk sygdom. Hovedparten af deltagerne var midaldrende og ældre mennesker. I forhold til uddannelsesbaggrund var der flest ufaglærte eller faglærte. Det betyder, at deltagerne er repræsentative for den generelle holdsammensætning.

Den efterfølgende beskrivelse af deltagernes oplevelser og vurderinger er et resume af en større rapport: "Evaluering af rehabilitering til borgere med kronisk sygdom i Silkeborgklyngen - sammenfatning af fokusgruppeinterview", som er udarbejdet af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i november 2011.

3.1 Deltagernes vurdering af kursusforløbet

Information og undervisning er omdrejningspunktet i kursusforløbene, og det er tilrettelagt, så der tages hensyn til individuelle forudsætninger og ressourcer, og så deltagere har mulighed for at medvirke og samarbejde omkring aktiviteterne. En væsentlig forudsætning for et læringsfremmende perspektiv er endvidere, at det sundhedsfaglige personale evner på den ene side at formidle og fastholde faktuel viden om sund livsstil, og på den anden side håndhæver respekten for den enkeltes autonomi. Der er undervisning om de tre kroniske lidelser, om livsstilsforandringer i forhold til kost, motion og fysisk aktivitet samt i forhold til motivation til at foretage og fastholde livsstilsforandringer. Arbejdet med individuelle handleplaner og målsætninger er også en central del af undervisningsforløbet.

På tværs af interviewene er deltagerne generelt set meget begejstrede for kursusforløbet. De roser indhold og formidling af de forskellige kursusdele, og de giver udtryk for godt udbytte af den undervisning og information, de har fået om deres sygdom. Det er en viden, som giver dem bedre mulighed for at agere i forhold til sygdommen og indsigt i, hvordan de bedst kan leve med deres kroniske sygdom, lyder det. En deltager siger for eksempel:

"Når man ved noget om sygdommen, så kan man også bedre forholde sig til det. Og man finder ud af, at det er vigtigt, man kommer til sine kontroller, og det er vigtigt, at man spiser den rigtige mad, og det er vigtigt, at man får motion."
Kvinde, Silkeborg

Flere af deltagerne fortæller, at de har savnet denne information fra deres læge tidligere i sygdomsforløbet. De fik lidt information om sygdommen på diagnosetidspunktet, men ikke tilstrækkeligt i forhold til, hvordan de skal leve med sygdommen. Det lyder for eksempel:

"Jeg har faktisk alle dage, fra jeg fik det [diabetes] manglet, hvor man kunne få noget mere information i forhold til den forholdsvis lille tid, man har ved lægen. Lægen fortæller, hvad der foregår, første gang man får det, men så snakker man sådan set ikke mere om det. Men her [sundhedscentret] får man virkelig ind fra a-z, hvad det betyder, at have diabetes. Og de var formidable til at spørge og lytte. Og man kan jo altid komme til at snakke med dem om sit eget problem." Kvinde, Silkeborg

Enkelte af deltagerne – særlig fra sundhedscentret i Silkeborg – mener dog, at den sygdomsspecifikke undervisning var for teoritung, og at de foretrækker mere motion og bevægelse, eller mere vekselvirkning mellem teori og motion.

En del af deltagerne har et ønske om, at psykologer inddrages i forløbet i højere grad end det på nuværende tidspunkt er tilfældet. Enkelte fortæller for eksempel, at de har lidt af depression i perioder, og de mener, de kunne have gavn af, at en psykolog fortæller om sådanne reaktioner på kursusforløbet. De andre deltagere i denne fokusgruppe bakker op omkring dette forslag.

Interviewpersonerne giver også udtryk for stor begejstring for motionsdelen af kursusforløbet. Mange har haft svært ved at komme i gang med at motionere som en del af de livsstilsændringer, de er blevet anbefalet i forbindelse med deres kroniske sygdom. For flere har motion været fuldstændig uoverskueligt ved kursets begyndelse, men mange er blevet positivt overraskede over, at de nu er begyndt at motionere, og at de kan mærke, de får det bedre med deres sygdom af det. Deltagerne fortæller for eksempel:

”Altså motionen, den gav noget, og man tabte sig faktisk også ved det – jeg gjorde i hvert fald. Og det havde jeg ikke gjort så meget, hvis jeg bare havde gået derhjemme.”
Mand, Silkeborg

En del af deltagerne giver dog udtryk for, at der i højere grad bør være fokus på at deltagerens alder og sygdomskompleksitet har betydning for deres ressourcer, og at man derfor bør være mere opmærksom på niveaudifferentiering i forhold til træning. Mange fortæller desuden, at de, også efter kursets afslutning, er mere aktive end tidligere.

Samværet om motionsaktiviteterne og instruktørernes tilgang ser ud til at have betydning for dette. Også med hensyn til undervisning om kost giver deltagerne udtryk for tilfredshed. De fremhæver, at den praksisorienterede undervisning har stor betydning for deres udbytte. En deltager siger om madlavningen:

”De gange, hvor vi snakkede om sund kost og lavede mad, det var rigtig godt. Jeg har da haft sukkersyge i mange år, og synes jeg ved meget, men der var alligevel mange ting jeg fandt ud af. Det var meget inspirerende, jeg fik mange gode idéer.”
Kvinde, Favrskov

Deltagerne er tilfredse både med varigheden af kurset og hyppigheden af møder (to gange ugentligt). Samtidig understreger de, at det er væsentligt, at der er mulighed for at deltage i aktiviteter efterfølgende, for at man kan få hjælp til at fastholde det, man har lært.

Samlet set giver interviewdeltagerne udtryk for, at det er velfungerende at samle de tre diagnoser på samme holdforløb, fordi mange problematikker er ens på tværs af diagnose, og en del personer kan have flere sygdomme. Men de understreger også, at det er mest hensigtsmæssigt at differentiere sygdomsundervisningen efter diagnoserne.

På tværs af interviewene tillægges det sundhedsfaglige personale en afgørende betydning for, at deltagerne har haft et positivt forløb og et godt udbytte. Deltagerne fremhæver især medarbejdernes evne til at motivere dem. For eksempel lyder det:

”Der er ingen løftede pegefingre. For eksempel skulle vi sætte nogle mål, da vi startede, men der var ikke noget med noget bestemt, vi skulle. Du bestemmer selv, hvad du ønsker og hvilken retning du vil gå. De er aldrig faret over en og sagt ”Det er forkert det der”, der er aldrig en negativ ånd – de har hele tiden vejledt, og det synes jeg er positivt. Det giver sådan en slags frivillighed.”
Mand, Favrskov

3.2 Mål og handleplaner

Deltagerne arbejder med at lave individuelle handleplaner og mål, justere målene og udveksle erfaringer med at opnå målene ved hver kursusgang. Hovedparten af deltagerne vurderer, at målsætninger og handleplaner er gode redskaber til at fastholde de mål, de har sat for sig selv. En deltager siger:

"Jeg vil godt sige, at det der med at sætte mål, det hjælper en til, at det bliver klart, hvad man vil, og det hjælper til at få det gjort, at det står der, og du har sagt det højt."

Kvinde fra Favrskov

Interviewdeltagerne fortæller også, at det er positivt at dele erfaringer med hinanden, så der er mulighed for at lære af de andres erfaringer. Enkelte synes dog, at det optager for meget plads i undervisningen med 'runder' hver gang, hvor alle skal høre på hinandens målsætninger, og hvordan det går med dem:

"Jeg synes, det bliver meget trivielt, det med at sidde og høre på hinanden hver gang – de bliver ved med mål og mål og mål og mål. Vi sidder 10 mennesker, der hører den samme sang hver gang – det er lidt tidsspild – der kunne man godt tænke over en anden måde at gøre det på."

Mand, Favrskov

3.3 Efter kursusforløbet

Interviewpersonerne giver udtryk for, at de synes, det kan være svært efter rehabiliteringsforløbet at holde fast i de nye vaner. Der er delte meninger om, hvad der skal til for at fastholde de nye mål og vaner i hverdagen, og deltagerne drøfter indgående, hvordan det bedst kan styrkes. En deltager fra Skanderborg fortæller, at han har brug for en øget styring og støtte for at kunne overholde motions- og kostændringerne, mens en anden mener, at det mere er op til hver enkelt at overholde det:

"Jeg vil jo gerne, ud fra det mål jeg satte mig, at jeg skulle være bedre til at motionere, og jeg skulle tabe mig adskillige kilo. Da tror jeg, at det ville have hjulpet meget, hvis det havde været sådan, at jeg var blevet styret noget bedre med noget mere individuelt, og hvis vi stadigvæk kunne komme her for at træne."

"Jeg synes jo så, at man selv må tage ansvar for, om man vil træne og svede og få pulsen op [...]men altså, man er også nødt til at sige til sig selv: 'Hvad vil jeg: sidde og læse i en bog, eller vil jeg gå en lang tur.'"

Dialog, Skanderborg

På tværs af interviewene giver deltagerne dog tydeligt udtryk for, at for at kunne fastholde den nye viden og de nye vaner er det vigtigt ikke at blive overladt til sig selv efter de 12 ugers kursusforløb. Det er i særlig grad mulighed for forskellige former for motion på fastlagte dage sammen med andre, som deltagerne efterspørger. Samtidig har det været vanskeligt at fastholde fremmøde til eksempelvis de nævnte 'hold fast eftermiddage' efter afslutning af kursusforløbet. Interviewdeltagerne giver udtryk for, at de primært har behov for at mødes omkring motion og forskellige former for fysisk aktivitet frem for at drøfte, hvordan det er gået siden sidst. De understreger, at det har en stor betydning, at der er mulighed for fortsat at mødes med mennesker i samme situation som en selv, men at det er et fællesskab om aktiviteter, der er behov for.

De interviewdeltagere, som ikke har deltaget i opfølgingsforløbet fortæller, at det skyldes sygdom, eller at de har været forhindret de pågældende dage på grund af andre gøremål, som de har prioriteret. Derudover understreger de, at tilgængelighed har en betydning. Mange bor ikke i nærheden af sundhedscentrene, og længere transport betyder, at nogle fravælger opfølgingsforløbet, lyder det.

3.4 Brug af sundhedsydelse efterfølgende

Hovedparten af deltagerne mener ikke, at de bruger hospital eller praktiserende læge mere eller mindre hyppigt efter at have deltaget i rehabiliteringsforløbet. Men de oplever, at de bruger deres læge anderledes end tidligere. De er mere aktive i forbindelse med lægebesøg, fordi de har lært noget om deres sygdom og medicin, forlyder det, og de spørger derfor mere til undersøgelser, behandlingen og symptomer. En siger for eksempel:

"Altså, jeg bruger ikke lægerne hverken mere eller mindre. Men jeg vil sige, at når jeg nu kommer derned i forbindelse med min sygdom, så vil jeg nok sige, så ved jeg noget om det her nu. Så min læge kan ikke spise mig af med hvad som helst."
Kvinde, Skanderborg

Andre fortæller, at de er blevet mere opmærksomme på nødvendigheden af at komme til de regelmæssige kontroller. Nogle siger i forlængelse heraf, at de også er mere opmærksomme på deres medicin, og på muligheden for hjælpemidler, som for eksempel inhalator. De får dermed større fokus på at få medicin mv. tilpasset deres individuelle behov hos deres praktiserende læge.

Enkelte nævner dog, at deres lægebesøg er blevet mindre hyppige, fordi de har bedre kontrol over deres sygdom nu. For eksempel lyder det:

"Jeg går jo fast til kontrol på grund af min sukkersyge. Men jeg vil sige, at min sukkersyge er blevet så meget i kontrol nu, og det er blevet bedre efter det her [kursusforløb], at min læge er begyndt at forlænge tiden mellem kontrolbesøg. Og det tager jeg som en positiv ting, for så er almentilstanden jo bedre." Mand, Favrskov

3.5 Opsamling

Generelt set giver deltagerne udtryk for et stort udbytte og positive erfaringer med at deltage i rehabiliteringsforløbet. De fremhæver især, at de får mulighed for en anden, mere dybtgående og praktisk viden om og håndtering af deres sygdom, end de tidligere har oplevet i deres lægepraksis. I forhold til såvel motivation til deltagelse og gennemførelse af aktiviteter som fastholdelse af nye vaner nævner deltagerne især medarbejdernes pædagogiske tilgang, deres faglige og personlige kompetencer samt det at være sammen med andre i lignende situationer som en selv. Deltagerne har dog også forslag til justeringer og forbedringer af forløbene. I nedenstående tabel gives en oversigt over de væsentligste resultater og ændringsforslag. Det er ikke alle emner i tabellen, som er nævnt i dette resume af resultater af fokusgruppeinterviewene, men de kan findes i rapporten, som nævnt i indledningen til dette kapitel.

Tabel 3.5.1: Centrale vurderinger blandt deltagerne

Emne	Deltagernes vurdering	Deltagernes forslag til ændringer
Visitation og start på kurset	Mange har selv været opsøgende ift. kurset. Velfungerende og hurtig start.	Mere information til praktiserende læger om rehabiliteringsforløbene.
Kontaktpersonfunktion	Vigtigt at have mulighed for at kunne kontakte en medarbejder, men der er usikkerhed om kontaktpersonfunktionen.	Bedre information om kontaktpersonfunktionen.
Organisering af kursusforløb	Varighed af kursusforløbet er tilpas.	Det kan overvejes om tidspunkter midt på dagen for de forskellige aktiviteter er passende.
Hold sammensætning	Samvær med ligestillede og fællesskab har stor betydning for motivation til at deltage.	Det kan overvejes at diagnose opdele dele af undervisningen eller tydeliggøre de diagnosespecifikke moduler yderligere.
Undervisningens indhold	Positivt udbytte af formidling af viden om sygdom, og hvad man kan gøre for at forbedre ens tilstand eller forebygge tilbagefald. Viden om motion samt de konkrete fysiske aktiviteter har stor betydning. Fagligt dygtige instruktører og samvær om motion har betydning for motivation og gennemførelse. Det er vigtigt for udbytte af undervisning om kost, at det er konkret, praktisk og individuelt tilrettelagt.	Det kan overvejes i højere grad at inddrage en psykolog i kursusforløbet. Det kan overvejes at inddrage Patientforeninger mere specifikt i kursusforløbet. I forhold til motion kan det overvejes i højere grad at niveaudifferentiere, eksempelvis i forhold til alder og diagnose. Der er et ønske om at madlavning kan fylde mere i undervisningen.
Opfølgingsforløb	Velfungerende med personlig kontakt (telefonsamtale) som invitation. Tilbud om opfølgingsaktiviteter er med til at fastholde ny viden og vaner i hverdagen. Samvær med ligestillede har stor betydning for fastholdelse af eksempelvis nye motionsvaner. Let tilgængelighed til aktiviteterne har betydning for deltagelse.	Der er et ønske om at fortsætte strukturerede opfølgningstilbud efter et år med henblik på fortsat støtte til at fastholde ændrede livsstil. Der efterspørges motion frem for samtaler til opfølgende aktiviteter.
Den pædagogiske tilgang i rehabiliteringsforløbet	Medarbejdernes udgangspunkt i deltagerne individuelle ressourcer og forudsætninger samt en positiv, accepterende stil vurderes at have stor betydning for deltagerne motivation og udbytte.	
Mål og handleplaner	Vurderes som et godt redskab til at synliggøre, hvad man kan og vil gøre samt til at fastholde målene.	Det kan overvejes, om det skriftlige arbejde kan reduceres, og om deltageres udveksling af erfaringer kan håndteres på andre måde end 'runder' på kursusdagene.
Efter rehabiliteringsforløbet		Der efterspørges længerevarende opfølgningstilbud med henblik på at fastholde nye vaner.
Efterfølgende brug af sundhedsydelse	Den praktiserende læge bruges i en vis udstrækning anderledes. Det opleves som væsentligt at have mulighed for telefonisk kontakt til rehabiliteringsteamet efter endt kursusforløb.	

4 Lægernes vurdering af tilbuddet

Der er gennemført telefoninterview med praktiserende læger i de tre kommuner. Lægerne er blevet interviewet med henblik på årsager til deres henvisningsmønster samt deres vurdering af indhold og relevans af kommunernes rehabiliteringstilbud og deres samarbejde med kommunerne.

I alt 10 praktiserende læger er blevet interviewet. Udvalgelseskriterier er antal visiterede patienter til rehabiliteringstilbuddet samt kommunetilhørsforhold. Der er udvalgt 3-4 læger fra hver kommune, fordelt på læger som ikke har henvist patienter, læger som har henvist få patienter (1-5) og læger som har henvist mange patienter (>5 patienter). De udvalgte læger er via mail eller telefon blevet oplyst om interviewets formål og anvendelse, og der er ved samme lejlighed aftalt tidspunkt for interview. Interviewspørgsmålene er sendt til lægerne før gennemførelse af interviewet, så de har haft mulighed for at forberede sig. Der er foretaget en tværgående og tematisk analyse af interviewene på baggrund af et skriftligt resume af hvert enkelt interview.

4.1 Henvisningsmønstre i de tre kommuner

De henviste patienter er opgjort forskelligt i de tre kommuner. I Favrskov og Silkeborg kommuner er henvisningerne opgjort i tilknytning til den enkelte praktiserende læge, mens man i Skanderborg Kommune har opgjort henvisninger i tilknytning til lægehusene. De tre kommuner kan derfor ikke sammenlignes.

Henvisningsmønstret i Favrskov og Silkeborg kommuner er meget ensartet. Knap 60 % af de praktiserende læger i Favrskov Kommune har henvist patienter til kommunens rehabiliteringstilbud (29 af 49 læger). Der er stor forskel på, hvor mange patienter de enkelte læger har henvist – fra én til 13 patienter. Hovedparten af de henvisende læger (15) har henvist 1-2 patienter, mens kun få (4 af lægerne) har henvist 5 patienter og derover.

I Silkeborg har 57 % af de praktiserende læger henvist patienter (35 af i alt 62 læger). Lægerne har henvist fra én til 12 patienter, og knap halvdelen af lægerne (28 ud af 62) har henvist 1-2 patienter.

I Skanderborg Kommune har 76 % af lægehusene henvist (13 af 17 lægehuse med i alt 38 praktiserende læger). Spændvidden af antal henviste patienter er større end blandt de øvrige kommuner, idet der er henvist 42 patienter fra et enkelt af lægehusene. Fem lægehuse har henvist 1-2 patienter, og 7 lægehuse har henvist 5 eller flere patienter.

På tværs af de tre kommuner er der stor variation i antal henviste patienter 0 til 42 patienter – og det er derfor interessant at belyse årsager til visitationer. De fleste af lægerne har henvist få patienter, typisk 1 til 2, og enkelte i størrelsesordenen 3 til 5.

4.2 Læger der ikke har henvist patienter

Det er ikke et udtryk for manglende viden om kommunernes rehabiliteringstilbud, som er årsagen til de praktiserendes fravær af henvisninger. En enkelt læge i denne gruppe siger, at vedkommende ikke ved tilstrækkeligt om tilbuddet, men giver samtidig udtryk for at det er selvforskyldt, og at vedkommende ikke har haft mulighed for at sætte sig nok ind i området. Der er dog et generelt ønske om, at informationerne er lettere tilgængelige og mere overskuelige, eksempelvis fortæller en af lægerne, at det er vanskeligt i henvisningssituationen at finde link til informationer, pjecer og lignende.

De fleste af lægerne har et godt indtryk af rehabiliteringsforløbene, og har ikke grund til at betvivle indholdet eller medarbejdernes faglige kompetencer. Kun en enkelt af lægerne begrundede sin manglende henvisning med utilfredshed med patienternes udbytte af det kommunale rehabiliteringstilbud. Vedkommende vurderer, at rehabiliteringstilbud i

sygehusregi er fagligt bedre end det, der tilbydes i kommunalt regi, og at det derfor er tilstrækkeligt for vedkommendes patienter at deltage i sygehusregi. Lægen har en oplevelse af, at patienter, der har fulgt disse forløb, udviser større tilfredshed og bedre udbytte end de, der har været på sundhedscentret. Alternativer til sygehusenes rehabiliteringstilbud er derfor ikke hensigtsmæssige, lyder det fra vedkommende.

En af lægerne begrundede sit fravær af henvisninger dels med egen uopmærksomhed på, hvilke patienttyper der er egnede til kurset, og dels at nogle relevante patienter ikke har været interesseret i at deltage, blandt andet fordi de har oplevet kurserne som for omfattende, og at de kun havde brug for eller lyst til enkelte dele af det, eksempelvis fysisk træning. Men en øget opmærksomhed fra lægernes side vil også betyde flere henvisninger, vurderer lægen.

En anden læge fortæller, at årsagen til vedkommendes manglende henvisning er, at der i denne praksis er ansat sygeplejersker til at varetage en stor del af kroniker-omsorgen, og at der derfor ikke er behov for yderligere tiltag. Dog siger vedkommende, at særlig KOL-patienter kunne have gavn af forløbet:

”Jeg har nok overset det lidt, hvad angår patienter med KOL, som ville kunne have glæde af det. Så dem har jeg egentlig tænkt mig, at de fremover mere skulle skubbes derover, fordi der er flere tilbud til dem, end vi har”. Praktiserende læge

4.3 Læger der har henvist få patienter

Flere af de læger der har henvist få patienter giver udtryk for, at informationerne om rehabiliteringstilbuddet burde være samlet et sted, da det vil gøre det lettere tilgængelig og nemmere at forholde sig til. Eksempelvis kunne det være en fordel med fyldestgørende informationer om rehabiliteringsforløbet på samme sted, hvor information om forløbsprogrammerne findes. Derudover siger et par af lægerne, at de har et rimeligt kendskab til rehabiliteringsforløbene generelt set, men at de savner et lidt bedre kendskab til det praktiske og konkrete indhold.

Lægerne har primært to begrundelser for, at de har henvist få patienter. Dels at der ikke har været tilstrækkeligt patientgrundlag. I de patientgrupper lægerne har, er der enten ikke mange, som har kunnet indfri visitationskriterierne, eller lægerne vurderer, at patienten ikke har brug for det. Desuden fortæller lægerne, at der blandt de patienter, som et kursusforløb er relevant for, er nogle, som ikke er interesserede i at følge forløbene.

En enkelt af lægerne nævner også, at et par af vedkommendes patienter ikke har været så tilfredse med forløbet, hvilket måske kan betyde, at vedkommende læge har været tilbageholdende med at henvise andre.

De personer, der har fulgt forløb på sundhedscentrene er blevet henvist både på egen og på lægens foranledning. Generelt giver lægerne udtryk for en positiv vurdering af patienternes udbytte af forløbene, bortset fra ovennævnte enkelttilfælde. Lægerne har tillid til, at den faglige indsats, som de kommunale sundhedscentre leverer, er i orden, men de siger samtidig, at det er et udtryk for deres oplevelse, og at de ikke har objektiv belæg for denne vurdering.

Det fremgår af interviewene, at sundhedscentrene løser opgaver, som lægepraksisserne har vanskeligt ved at tage sig af. Der er kommet en skarpere arbejdsdeling, lyder det, hvorfor medarbejdere i de kommunale rehabiliteringstilbud kan tilbyde patienterne specielle faglige kompetencer, som ikke kan forekomme i almen praksis. Lægerne nævner kostvejledning og diætisternes indsats, konkrete træningstilbud, viden om livsstilsfaktorer som er relevant for sygdommene samt konkret og praktisk vejledning i håndtering af sygdommene, hvor lægernes vejledning foregår på et teoretisk niveau. En af lægerne har dog et ønske om, at

forløbene i sundhedscentret i højere grad tilpasses den enkelte patient, eksempelvis at der på baggrund af gruppeforløb og fælles vejledning blev tilbudt moduler, så forløbet i højere grad kunne tilpasses hver enkelt patients behov. Det kunne eksempelvis være 'kostmoduler', 'motionsmoduler', 'tobaksmoduler' osv.

De fleste af lægerne mener ikke, at patienter der har deltaget i kurset, bruger deres praktiserende læge mere eller mindre hyppigt end de plejer. Men de giver udtryk for, at patienterne efterfølgende har en bedre forståelse af deres sygdom, og at kvaliteten af kontakten er bedre, fordi patienterne responderer mere hensigtsmæssigt på råd og vejledninger i forhold til hensigtsmæssig håndtering af deres sygdom. Dette er i overensstemmelse med de vurderinger, som deltagerne i fokusgruppeinterviewene giver udtryk for.

Lægerne mener, at de i deres henvisninger er tilstrækkelig opmærksomme på visitationskriterierne, og at relevante patienter derfor visiteres. Samtidig siger flere, at det tager tid at implementere sådanne tilbud i praksis, og at det derfor kræver fortsat bevågenhed for at sikre, at relevante patienter får tilbuddet. En af lægerne nævner i den forbindelse, at der i vedkommendes kommune er planlagt informationsbesøg, hvor personalet fra sundhedscentret kommer for at fortælle om rehabiliteringsforløbet, og sådanne tiltag fremmer opmærksomheden på relevansen af tilbuddet, lyder det.

Et par af lægerne foreslår, at kommunerne udvider målgruppen for deres tilbud. De nævner mennesker med psykiske lidelser, bevægeapparatslidelser samt ældre mennesker. I forhold til sidstnævnte gruppe tænkes især på tilbud om træning og vedligeholdelse af fysisk formåen, fordi det er meget vanskeligt at finde passende tilbud til ældre på dette område.

Generelt giver lægerne udtryk for tilfredshed med deres samarbejde med kommunerne. Den digitale kommunikation fremhæves som velfungerende, og en enkelt af lægerne understreger, at det er en fordel, at kommunen har en enkelt person indenfor hver diagnosegruppe, som man som læge har kontakt med. Det gør samarbejdet mere overskueligt.

4.4 Læger der har henvist mange patienter

Også de læger, som henviser flest patienter føler sig godt informerede om tilbuddene, men i modsætning til de øvrige interviewede læger, giver de udtryk for at informationerne er tilstrækkeligt tilgængelige. En af lægerne refererer desuden til, at de er blevet tilbudt rundvisning på sundhedscentret, hvilket gør det lettere at henvise, fordi man ved mere om stedet på den måde.

Lægerne har forskellige vurderinger af patienternes udbytte. En af lægerne mener, at patienterne på lang sigt får meget ud af kursusforløbene, fordi det er en hjælp til at ændre livsstil. En anden af lægerne vurderer, at der ikke opnås mange konkrete resultater, bortset fra hos diabetespatienter. Og endelig mener en tredje af lægerne, at man ikke objektivt kan konstatere, om patienterne har udbytte af forløbet. Hovedparten af lægerne giver i øvrigt udtryk for, at det er deres vurderinger og oplevelser frem for faktuel viden, der ligger til grund for deres bedømmelse af patienternes udbytte. Lægerne refererer dog også til, at patienterne er glade for at følge forløbene, at de hører mange positive tilkendegivelser fra deres patienter, og at patienterne føler, de får udbytte af det.

En af lægerne har i sin praksis ansat sygeplejersker, som varetager diabetespatienterne, men diabetespatienter herfra henvises alligevel til kommunal rehabilitering, fordi tilbuddene i lægepraksis og sundhedscenter supplerer hinanden, lyder det.

Lægerne vurderer ikke, at patienter, som har fulgt det kommunale kursus, bruger deres lægepraksis anderledes end de plejer. En begrundet det med, at kronikeromsorgen i

vedkommendes praksis er velstruktureret og tilrettelagt, så patienterne kommer altid regelmæssigt i praksis. Samtidig siger de, at patienterne i kommunens rehabiliteringsforløb, modtager relevante tilbud og aktiviteter, som er vanskeligt at varetage i almen praksis. Der nævnes eksempelvis rådgivningsforløb og detaljeret information om de specifikke sygdomme, som der ikke er ressourcer til i lægepraksis, kostvejledning, som er forankret i praksis samt motion.

Lægerne vurderer, at rehabiliteringskurserne faglig set er velfungerende. Enkelte siger, at det kan være vanskeligt at bedømme, men de har stort set kun hørt positive tilkendegivelser om forløbene, og i kraft af at deres patienter udviser tilfredshed og synes at de lærer noget, har lægerne tillid til den faglige indsats, som medarbejderne i de kommunale sundhedscentre leverer.

Lægerne skønner, at det er relevante patienter som modtager tilbuddene, idet de i deres overvejelser om henvisning anvender de gældende visitationskriterier samt desuden deres egen vurdering af, hvilke patienter der kan have udbytte af forløbet. Lægerne vurderer, at tilbuddet er relevant for alle tre grupper, bortset fra en enkelt af lægerne, som kun henviser diabetespatienter, begrundet med at de har brug for meget viden for at forstå og håndtere deres sygdom.

Samtidig understreger disse læger, at nogle målgrupper overses i kommunernes sundhedstilbud. De nævner overvægtige patienter, som ikke har andre diagnoser, eller mennesker med for højt blodtryk, som ikke har haft hjertetilfælde. En af lægerne siger, at sådanne grupper kan have brug for nuancerede vejledninger i - og støtte til livsstilsændringer, uden at de nødvendigvis har en diagnose endnu. En af lægerne siger i den forbindelse:

“Det kunne være rart, hvis det var et tilbud for alle, der har brug for vejledning til livsstilsændringer, og at man ikke behøvede falde ind i en bestemt kasse for at kunne få gavn af det”, praktiserende læge

Endelig mener lægerne, at der er et centralt problem i forhold til folk, som har diagnoserne, men ikke passer ind i forløbssystemet. Det kan være fremmedsprogede mennesker, folk som er umotiverede, er alment dårlige, eller 'en tung gruppe' som har brug for ekstra hjælp og motivation til at komme i gang med livsstilsændringer – *“Måske dem der har allermost brug for tilbuddet”,* som en af lægerne siger. Vedkommende har på den baggrund oplevet at få afvist fire ud af 10 patienter.

I forhold til samarbejdet med sundhedscentrene fungerer det fint, fortæller lægerne. De påpeger, at de får relevante tilbagemeldinger fra centrene, selvom en enkelt dog har et ønske om mere detaljeret og præcis feedback, og de fortæller, at mailkorrespondancen fungerer tilfredsstillende. En har et forslag til styrkelse af samarbejdet. Vedkommende mener, at det vil være hensigtsmæssigt at få informationer om forløbene med jævne intervaller, fordi man på den måde bliver mindet om forløbene: *“Man kan godt glemme det lidt, hvis der går for lang tid mellem man bliver mindet om det”,* siger vedkommende.

4.5 Opsamling

I nedenstående tabel gives en oversigt over de praktiserende lægers vurdering af kommunernes rehabiliteringstilbud, deres bevæggrunde for henvisning af patienterne og deres samarbejde med kommunerne. I tabellen er medtaget det generelt gældende. Hvor udsagn gælder specifikt for grupper af de interviewede læger er det nævnt i parentes.

Tablet 4.5.1: Praktiserende lægers vurdering af de kommunale rehabiliteringsforløb

Emne	Deltagernes forslag til ændringer
Information og viden	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt føler lægerne sig velinformede om de kommunale rehabiliteringsforløb. Der er dog et ønske om mere viden om det praktiske og konkret indhold af rehabiliteringsforløbene (få henvisninger) • Der er et ønske om bedre overskuelighed og lettilgængelighed af informationerne • Det tager tid at implementere de kommunale tilbud om rehabiliteringsforløb i lægernes daglige arbejde med kronikere. For at fastholde fokus er der derfor et ønske om fortsat opmærksomhed på formidling om tilbuddet, eksempelvis i form af besøg
Begrundelse for få eller ingen henvisninger	<ul style="list-style-type: none"> • Har ansat sygeplejersker i praksis, som varetager kronikerplejen (en enkelt nævner dog, at vedkommende alligevel henviser patienter til sundhedscentrene, fordi tilbuddene supplerer hinanden) • Lille patientgrundlag • Manglende interesse blandt patienterne • Det tager tid at implementere tilbuddet i almen praksis • Få nævner utilfredshed med rehabiliteringsforløbene
Samarbejde med kommunerne og vurdering af den faglige indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Giver udtryk for, at det er vanskeligt at begrunde objektivt • Har tillid til den faglige kvalitet af rehabiliteringstilbuddene. • Vurderer, at indsatsen fagligt set er i orden på baggrund af patienttilfredshed (få og mange henvisninger) • Der løses opgaver, som ikke kan varetages i almen praksis (få og mange henvisninger). • Det kan overvejes, om det er hensigtsmæssigt yderligere at tilpasse forløbene til den enkeltes behov, eksempelvis i form af 'modul tilrettelagt forløb'(en enkelt af lægerne)
Patienternes udbytte	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre forståelse af sin sygdom (få henvisninger) • Oplever det udbytterigt for patienterne, særlig konkret viden om livsstilsfaktorer af betydning for sygdommene (mange henvisninger)
Patienternes brug af almen praksis efterfølgende	<ul style="list-style-type: none"> • Bruger ikke lægen mere eller mindre hyppigt • Udbytte af tilbud som ikke kan varetages i almen praksis, eksempelvis rådgivning og vejledning, konkret viden om livsstilsfaktorer • Bedre kvalitet af kontakt til lægen efterfølgende (få henvisninger) • Bedre respons på råd og vejledning (få henvisninger) • Bedre kvalitet af kontakt til lægen efterfølgende (få henvisninger) • Bedre respons på råd og vejledning (mange henvisninger)
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabiliteringstilbud er relevant for de tre grupper. Dog nævner flere, at det primært er relevant for diabetikere og KOL patienter. • Der efterlyses et særligt fokus på ressourcetsvage patienter, eksempelvis sindslidende, fremmedsprogede og umotiverede patienter. • Der er forslag om et tilbud til andre målgrupper, som ikke er diagnoserelateret: ældre, mennesker med bevægeapparatlidelser, overvægtige og folk med for højt blodtryk
Samarbejde med kommunerne	<ul style="list-style-type: none"> • Opleves som velfungerende

5 Kvantitativ evaluering

I den kvantitative evaluering af rehabiliteringsforløbet måles kursisternes udvikling over tid på en række centrale parametre såsom egen vurdering af helbred, deres fysiske formåen, KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) og netværksrelationer. Den kvantitative evaluering bygger på data indsamlet i de tre kommuners sundhedscentre. I alt indgår data om 247 kursusdeltagere i analyserne, heraf Silkeborg (59), Favrskov (90) og Skanderborg (98). I det følgende beskrives data og statistisk metode. Derefter beskrives resultaterne af:

- Seks minutters gangtest og Borg 15 konditionstest
- BMI, taljemål og blodtryk
- Helbredsorienteret livskvalitet SF-12
- KRAM-faktorerne
- Spørgsmålene om sociale faktorer og kronisk sygdom
- Kursisternes evaluering af kursusforløbet

5.1 Beskrivelse af data og statistisk metode

Dataindsamlingen

Dataindsamlingen er foregået ved udlevering af spørgeskemaer ved baseline/holdopstart, opfølgning cirka tre måneder efter baseline, og opfølgning cirka seks og 12 måneder efter baseline. Desuden har kursisterne deltaget i forskellige sundhedstests og målinger, ligeledes ved baseline og gentaget efter tre, seks og 12 måneder.

De deltagende kommuner er selv ansvarlige for udlevering af spørgeskemaer og indtastning af data. Datakompletheden har været afhængig af, at alle de aftalte registreringer er blevet registreret manuelt. Der er langt fra fuld datakomplethed, hvilket dels skyldes, at indeværende undersøgelse er en midtvejsevaluering, hvorfor mange kursister ikke er færdige med forløbet. Dels skyldes den manglende datakomplethed, at kursisterne ikke har udfyldt alle de stillede spørgsmål eller ikke har deltaget i forløbets sundhedstests og målinger. Som følge af varierende datakomplethed vil antal kursusdeltagere, der analyseres på i delanalyserne i de fleste tilfælde være lavere end 247.

Kommunerne har søgt at indhente lipidprofiler og HbA1C for deltagerne med diabetes/prædiabetes samt lipidprofiler for deltagerne med hjertekarsygdom ved baseline, 3- og 12-måneders opfølgning, men datamaterialet er for spinkelt til, at der kan udledes noget deraf.

Frafald

Der er indtil nu ganske få data på de kursister, som har valgt at afbryde forløbet. Både kommunerne og kursisterne har angivet årsag til afbrydelse af forløbet. Kommunerne har registreret 19, hvoraf syv afbrød grundet sygdom og 12 efter eget ønske. Disse kursister har selv oplyst årsag til afbrydelse forløb; sygdom (5), manglende tid (5) og kursusforløbet passede ikke til kursistens situation (2). Otte personer har angivet efter hvor mange uger de afbrød kurset, hvilket varierer mellem to og 12 uger.

Kursisterne, som afbrød kurset, har fået udleveret et spørgeskema. Fem af de kursister, der har afbrudt kurset, har svaret på spørgsmålet om samlet tilfredshed med kursusforløbet: to har været "meget tilfredse", to har svaret "tilfreds" og en har svaret "hverken tilfreds eller utilfreds". Generelt har kursisterne, som afbrød kurset, svaret meget positivt i forhold til kursets indhold og lokaleforhold.

Baselinebeskrivelse af kursusedtagerne

I dette afsnit beskrives kursisternes baggrundsdata opdelt på de tre kommuner. Af tabel 1 fremgår, at der er næsten lige mange mænd og kvinder på kurserne i Silkeborg Skanderborg, hvorimod kvinder udgør knap to tredjedele i Favrskov. Aldersmæssigt er der ikke stor variation mellem kommunerne – alle steder udgør borgere over 65 år cirka halvdelen af kursisterne. I forhold til samlivssituationen udgør borgere, der er alene en langt større andel i Skanderborg (76 %) sammenlignet med Favrskov (37 %) og Silkeborg (36 %). Endelig ses det helt forventeligt, at langt størstedelen af henvisningerne kommer fra praktiserende læger (Favrskov 91 %, Skanderborg 91 % og Silkeborg 84 %).

Tabel 5.1.1: Baggrundsdata for undersøgelsen

		Favrskov	Silkeborg	Skanderborg
Alle	Alle	90	59	98
Køn	Mænd	37 % (33)	53 % (31)	51 % (50)
	Kvinder	63 % (57)	47 % (28)	49 % (48)
Alder	25 – 44 år	0 % (0)	2 % (1)	3 % (3)
	45 – 54 år	13 % (12)	15 % (9)	12 % (12)
	55 – 64 år	36 % (32)	37 % (22)	27 % (26)
	65 – 74 år	40 % (36)	29 % (17)	42 % (41)
	75 – 79 år	10 % (9)	12 % (7)	10 % (10)
	80 år og derover	1 % (1)	5 % (3)	6 % (6)
Uddannelsesniveau	Lav uddannelse	39 % (22)	44 % (20)	32 % (31)
	Mellem uddannelse	45 % (25)	42 % (19)	46 % (45)
	Høj uddannelse	16 % (9)	13 % (6)	22 % (21)
Samlivssituation	Samlevende	63 % (42)	64 % (29)	24 % (23)
	Alene	37 % (25)	36 % (16)	76 % (71)
Børn i hjemmet 0-15 år	Ingen børn	98 % (40)	93 % (42)	91 % (85)
	Børn	2 % (1)	7 % (3)	7 % (8)
Indkomst	0-99.000 kr.	2 % (1)	23 % (10)	8 % (8)
	100.000-149.000 kr.	53 % (26)	30 % (13)	27 % (26)
	150.000-249.000 kr.	29 % (14)	30 % (13)	37 % (35)
	250.000-374.000 kr.	14 % (7)	7 % (3)	20 % (19)
	375.000-524.000 kr.	2 % (1)	5 % (2)	5 % (5)
	525.000 kr. og derover	0 % (0)	5 % (2)	2 % (2)
Henvist fra	Egen læge	91 % (69)	84 % (52)	91 % (87)
	Sygehus	8 % (6)	13 % (8)	9 % (9)
	Andet	1 % (1)	3 % (2)	0 % (0)

Diagnoser

I nedenstående tabel vises kursisternes diagnoser. De største diagnosegrupper er hjertekarsygdomme (29 %), diabetes og hjertekarsygdomme (24 %), diabetes (23 %) og KOL (19 %). Der er alene angivet diagnose for 79 % af de 247 patienter, som indgår i datasættet.

Tabel 5.1.2: Kursisternes diagnoser	
	Silkeborgklyngen
Diabetes	23 % (45)
Hjertekarsygdomme	29 % (57)
KOL	19 % (37)
Diabetes og KOL	3 % (5)
Diabetes og hjertekarsygdomme	24 % (46)
Hjertekarsygdomme og KOL	1 % (1)
Diabetes, hjertekarsygdomme og KOL	2 % (3)
Kursister i alt, hvor der er angivet diagnose	100 % (194)

Deltagelse i andre kurser

Følgende to tabeller viser antallet af kursister, der har oplyst at have deltaget i henholdsvis frivillige kurser i sundhedsvæsenet eller på sundhedskurser på aftenskole eller i patientforening. Det har været muligt at angive mere end ét kursus. En del kursister har tidligere modtaget vejledning hos en diætist, men der er også en del erfaringer fra tidligere deltagelse i hjertekurser, diabetesskoler og rygestopkurser.

Tabel 5.1.3: Deltagelse i frivillige kurser i sundhedsvæsenet	
	Silkeborgklyngen
KOL eller astma-kursus	4 % (5)
Hjerte-kursus	19 % (26)
Diabetesskole	12 % (17)
Rygestopkursus	11 % (15)
Modtaget vejledning ved diætist	35 % (48)
Patient-gruppe vedrørende kronisk sygdom	9 % (13)
Andet	11 % (15)
I alt	100 % (139)

Tabel 5.1.4: Deltagelse i sundhedskurser f.eks. på aftenscole eller i patientforening

	Silkeborgklyngen
Sund madlavning	13 % (6)
Tab i vægt kursus	20 % (9)
Rygestopkursus	2 % (1)
Gymnastik i forbindelse med kronisk sygdom	11 % (5)
Patient-gruppe vedrørende kronisk sygdom	15 % (7)
Andet	39 % (18)
I alt	100 % (46)

Statistisk metode

Som statistisk beregningsmetode er der anvendt t-test med henblik på at teste, hvorvidt der er forskel på gennemsnittet af to gruppers svar på de enkelte spørgsmål. Der er valgt t-test, hvor populationerne tilnærmelsesvist kan siges at være normalfordelte ($n \geq 30$). Desuden er der anvendt χ^2 -test til undersøgelse af udvalgte variables afhængighed. Hvor kriterierne for χ^2 -test ikke er opfyldt, er der anvendt Gamma til at teste sammenhænge.

Alle statistiske test er foretaget på et signifikansniveau på 5 % ($\alpha = 0,05$). Det betyder, at der ved en målt forskel på eksempelvis SF12 i baseline målingen og SF12 i 3-måneders opfølgning er 95 % sandsynlighed for, at der reelt findes en forskel. Denne rapport er desuden udarbejdet på baggrund af samtlige meningsfulde besvarelser fra de kursister, der har udfyldt spørgeskemaerne. Det vil sige, at svaret "ved ikke" og ubesvarede spørgsmål er ekskluderet fra analyserne.

5.2 Testresultater: Gangtest og Borg 15

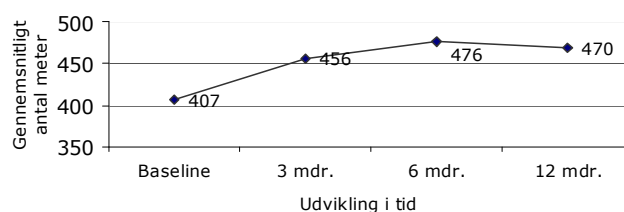
Kursisterne er i kursusforløbet blevet bedt om at gennemføre både seks minutters gangtest og den cykelbaserede konditionstest Borg 15. Testene er gennemført ved baseline, 3-, 6- og 12-måneders opfølgningerne. Udviklingen i kursisternes resultater er testet statistisk og vises desuden grafisk i det følgende.

Gangtest

Der er målt udholdenhed via seks minutters gangtest, hvor det gælder om at gå så langt som muligt på seks minutter. Gangtesten blev gennemført på en 10 meters strækning. Der anvendtes en standardiseret reference for normalområdet.

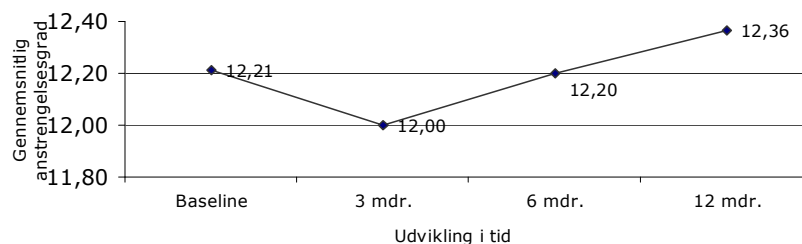
Det er testet statistisk, hvorvidt den enkelte kursist forbedrer sig over tid i forhold til antal meter, der er tilbagelagt. Der er statistisk signifikante forbedringer fra baseline til både 3-, 6- og 12-måneders målingerne. Resultatet bør læses med det forbehold, at der er væsentligt flere kursister i 0-3 måneders sammenligningen (n=125, n=68, n=41). Figur 5.2.1. neden for viser udviklingen grafisk.

Figur 5.2.1. Gangtest - Antal meter tilbagelagt



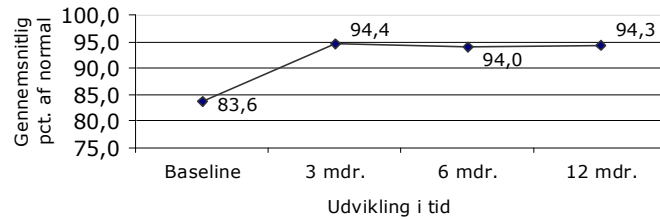
Som del af gangtesten registreres den enkelte kursists oplevede anstrengelsesgrad (Borgs skala). Den oplevede anstrengelsesgrad vurderes via Borgs skala (skalaen Borg RPE - ratings of perceived exertion), som går fra 6-20. Seks svarer til hvile og 20 til absolut hårdst anstrengelse. Statistisk test viser ingen udvikling fra baseline til 3-, 6- og 12-måneders målingerne. Der er dog relativt få data i midtvejsevalueringen (n=49, n=28, n=13), hvorfor resultatet bør læses med forbehold. I figur 5.2.2 neden for vises den gennemsnitlige oplevede anstrengelsesgrad ved de fire målinger.

Figur 5.2.2. Gangtest - Oplevet anstrengelsesgrad (Borgs skala)



Slutteligt registreres kursistens resultat i procent i forhold til normalen. Statistisk test viser en signifikant fremgang fra baseline til 3-måneders målingen. Statistisk viser ikke udvikling fra baseline til 6- og 12-måneders målingerne, men dette resultat bør læses med det forbehold, at der er relativt få kursister i analysen (n=58, n=35, n=16). Figur 5.2.3. neden for viser udviklingen i procent af normal.

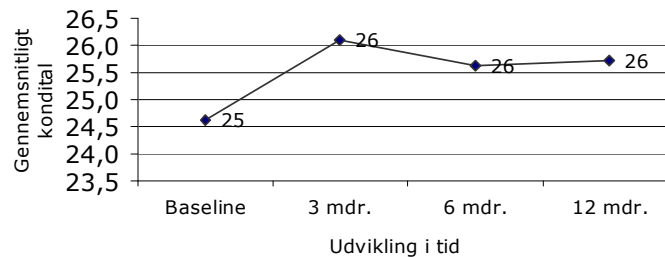
5.2.3. Gangtest - Procent af normal



Borg 15

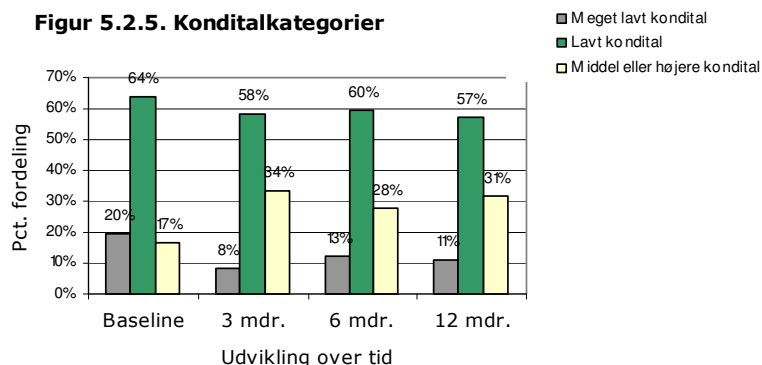
Borg 15 er en cykelbaseret konditionstest, som ikke er påvirket af problemer med varierende max-puls. Kursisterne får målt kondital fire gange i forløbet, og der er fundet statistisk signifikant positiv udvikling fra baseline til 3- og 12-måneders målingerne. Udviklingen fra baseline til 6-måneders målingen er ikke statistisk signifikant, men der er tendens til positiv udvikling. Resultatet bør læses med det forbehold, at der er væsentlig færre kursister i 6- og 12-måneders målingerne (n=110, n=56 n=34). Figur 5.2.4. neden for viser udviklingen i kursisternes gennemsnitlige kondital.

Figur 5.2.4. Udviklingen i Kondital (Borg 15)



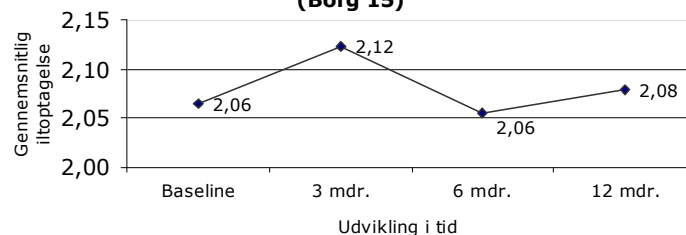
I den følgende tabel er kursisternes kondital opdelt i kategorier. Ved placering af kursisterne i konditalkategorier, er der taget højde for alder og køn. Opdelt i disse kategorier er der alene en statistisk signifikant positiv udvikling fra baseline til 3-måneders målingen. For baseline til 6- og 12-måneders målingerne ses dog tendens til højere kondital. Resultatet bør læses med det forbehold, at antallet af kursister i den statistiske test for baseline – 3-måneders målingen er væsentligt højere end i de to andre (n=110, n=56 n=34). I følgende histogram vises konditalkategorierne for de fire målinger.

Figur 5.2.5. Konditalkategorier



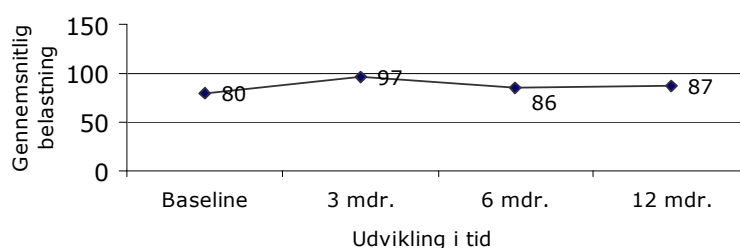
Som del af Borg 15 måles ligeledes maksimal iltoptagelse. Der er en statistisk signifikant fremgang fra baseline til 3-måneders målingen. Da der er relativt få data på kursisterne (n=53, n=31, n=12), bør resultaterne læses med forbehold herfor. Nedenstående figur viser udviklingen i maksimal iltoptagelse for kursisterne.

Figur 5.2.6. Udviklingen i Maksimal iltoptagelse (Borg 15)



Den sidste del af Borg 15 er en belastningstest, og statistisk test viser en signifikant højere score fra baseline til 3-måneders målingen. Der ses en tendens til højere score fra baseline til 6- og 12-månedersmålingerne, men udviklingen er ikke signifikant. Der er relativt få data på kursisterne (n=53, n=32, n=12) og resultaterne bør læses med forbehold herfor. Udvikling i belastning ved Borg 15 er vist i figur 5.2.7 nedenfor.

Figur 5.2.7. Belastning ved Borg 15 test



5.3 BMI, Taljemål og Blodtryk

Kursisterne har i løbet af kursusforløbet fået målt BMI, taljemål og blodtryk. Målingerne er gennemført ved baseline, 3-, 6- og 12-måneders opfølgningerne. Udviklingen i kursisternes resultater er testet statistisk og vises i målings - og diagnoseopdelte tabeller nedenfor.

BMI

Udviklingen i BMI kategori er statistisk testet. Udviklingen fra baseline til 3 mdr. opfølgning viser, at den gennemsnitlige BMI er signifikant lavere ved 3-måneders opfølgningen. Udviklingen fra baseline til 6 og 12-måneders opfølgning er ikke statistisk signifikant, men der ses en tendens til lavere BMI ved begge disse opfølgninger. Resultatet bør dog læses med det forbehold, at der er flere kursister ved 3-måneders opfølgningen (n=117) end 6 og 12-måneders opfølgningerne (n=63, n=43). Det bemærkes, at borgere med KOL kan profitere af øgning af BMI, da de ofte er på grænsen til undervægt.

I det følgende ses tabeller over BMI ved baseline og 3-måneders opfølgning. Tabellerne er opdelt på diagnose og kategorierne undervægt (BMI<19), normalvægt BMI 19-24, moderat overvægt (BMI 25-29) og svær overvægt (BMI >=30). Der er for få data til at teste udviklingen i diagnoseopdelt BMI meningsfuldt.

Tabel 5.3.1: BMI kategori fordelt på diagnose ved baseline

Silkeborgklyngen							
Måling	Diabetes	KOL	Hjerte-sygdom	Diabetes og KOL	Diabetes og hjerte-sygdom	KOL og hjerte-sygdom	Diabetes, KOL og hjerte-sygdom
Undervægt	0 % (0)	0 % (0)	4 % (2)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
Normalvægt	8 % (3)	17 % (5)	15 % (7)	0 % (0)	9 % (3)	0 % (0)	0 % (0)
Moderat overvægt	13 % (5)	45 % (13)	46 % (21)	40 % (2)	24 % (8)	0 % (0)	0 % (0)
Svær overvægt	80 % (31)	38 % (11)	35 % (16)	60 % (3)	67 % (22)	100 % (1)	100 % (3)
I alt	100 % (39)	100 % (29)	100 % (46)	100 % (5)	100 % (33)	100 % (1)	100 % (3)

Tabel 5.3.2: BMI kategori fordelt på diagnose ved 3-måneders opfølgning

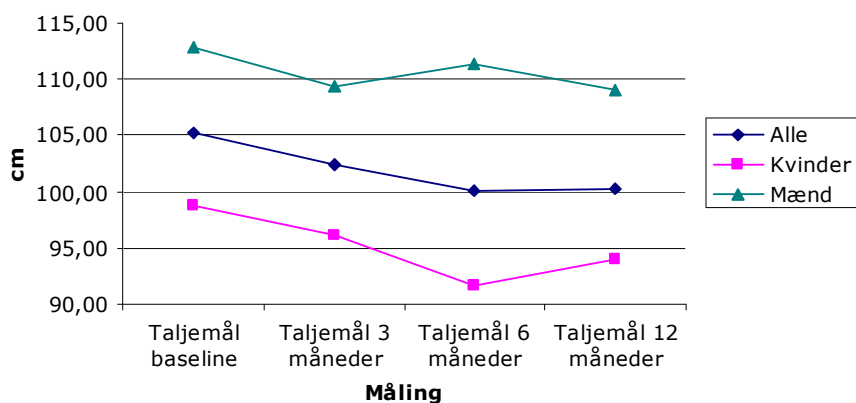
Silkeborgklyngen							
Måling	Diabetes	KOL	Hjerte-sygdom	Diabetes og KOL	Diabetes og hjerte-sygdom	KOL og hjerte-sygdom	Diabetes, KOL og hjerte-sygdom
Undervægt	0 % (0)	0 % (0)	4 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
Normalvægt	7 % (2)	30 % (6)	22 % (6)	0 % (0)	13 % (3)	0 % (0)	0 % (0)
Moderat overvægt	13 % (4)	35 % (7)	44 % (12)	50 % (2)	44 % (10)	0 % (0)	0 % (0)
Svær overvægt	80 % (24)	35 % (7)	30 % (8)	50 % (2)	44 % (10)	100 % (1)	100 % (2)
I alt	100 % (30)	100 % (20)	100 % (27)	100 % (4)	100 % (23)	100 % (1)	100 % (2)

Taljemål

Udviklingen i taljemål er statistisk testet. Udviklingen fra baseline til 3 mdr. opfølgning viser, at det gennemsnitlige taljemål er signifikant lavere ved 3-måneders opfølgningen. Udviklingen fra baseline til 6 og 12-måneders opfølgning er ikke statistisk signifikant, men der ses en tendens til lavere taljemål ved begge disse opfølgninger. Resultatet bør dog læses med det forbehold, at der er flere kursister ved 3-måneders opfølgningen (n=131) end 6 og 12-måneders opfølgningerne (n=70, n=53). Opdelt på køn viser statistisk test, at kvinders taljemål er signifikant lavere ved 3- og 6-måneders målingen, imens udviklingen fra baseline til 12-måneders opfølgningen ikke er statistisk signifikant (n=69, n=40, n=32). For mænd er der signifikant lavere taljemål ved 6-måneders målingen, mens udviklingen fra baseline til 3- og 12-måneders opfølgningerne ikke er statistisk signifikante (n=62, n=30, n=21).

I figur 5.3.1 ses udvikling i taljemål både opdelt på køn og samlet. Dernæst ses tabeller for taljemålskategori ved baseline og 3-måneders opfølgning opdelt på diagnoser. Der er for få data til at teste taljemålskategori diagnoseopdelt. Mænd med taljemål op til 101 cm er kategoriseret som normalvægtige, og taljemål på 102 cm eller over er kategoriseret som overvægtige. Kvinder er kategoriseret med normalvægt op til 87 cm i taljemål, og et taljemål der over er kategoriseret som overvægt. Nedenstående tabeller er opgjort samlet for kvinder og mænd, opdelt på normal- og overvægt.

Figur 5.3.1: Udvikling i taljemål i cm



Tabel 5.3.3: Taljemålskategori fordelt på diagnose ved baseline

Silkeborgklyngen							
	Diabetes	KOL	Hjerte-sygdom	Diabetes og KOL	Diabetes og hjerte-sygdom	KOL og Hjerte-sygdom	Diabetes, KOL og Hjerte-sygdom
Normalvægt	18 % (7)	30 % (9)	36 % (17)	0 % (0)	7 % (3)	0 % (0)	0 % (0)
Overvægt	82 % (32)	70 % (21)	64 % (30)	100 % (5)	93 % (39)	100 % (0)	100 % (3)
I alt	100 % (39)	100 % (30)	100 % (47)	100 % (5)	100 % (42)	100 % (1)	100 % (3)

Tabel 5.3.4: Taljemålskategori fordelt på diagnose ved 3-måneders opfølgning

Silkeborgklyngen							
	Diabetes	KOL	Hjerte-sygdom	Diabetes og KOL	Diabetes og hjerte-sygdom	KOL og hjerte-sygdom	Diabetes, KOL og hjerte-sygdom
Normalvægt	20 % (6)	46 % (10)	47 % (15)	0 % (0)	15 % (5)	0 % (0)	0 % (0)
Overvægt	80 % (24)	55 % (12)	53 % (17)	100 % (4)	85 % (28)	100 % (0)	100 % (3)
I alt	100 % (30)	100 % (22)	100 % (32)	100 % (4)	100 % (33)	100 % (1)	100 % (3)

Blodtrykkategori

Silkeborg og Skanderborg Kommuner har leveret data på blodtrykkategori. Statistisk test viser ingen signifikant ændring i blodtrykkategori fra baseline til 3-måneders opfølgningen. Der er for få data til at teste statistisk for 6 og 12-månedersopfølgningen. Se Bilag 5, Bilagsrapporten, for tabeller med udvikling i blodtryk og blodtryk fordelt på diagnoser.

5.4 Helbredsrelateret livskvalitet - SF-12

Kursisternes helbredsrelaterede livskvalitet og funktionsevne beskrives i det følgende via funktionsmålet SF-12, som er kursisternes egen vurdering af fysisk og psykisk formåen.

SF-12 står for Short Form 12 Health Survey version 2. SF-12 er et generisk, det vil sige et ikke-sygdomsspecifikt mål. SF-12 er udviklet i USA og efterfølgende valideret i en række lande, herunder Danmark. SF-12 opgøres dels i to overordnede dimensioner, en fysisk og en psykisk, dels i otte underordnede skalaer.

Fysisk og psykisk dimension

I denne opgørelse anvendes de standardiserede mål, hvor skalaen går fra 0-100 og normalen er 50. Ved baseline, det vil sige opstart på forløbet, var gennemsnitsscoren for kursisterne i de tre sundhedscentre 40 på den fysiske dimension og 48 på den psykiske dimension (n=196, da der skal være svaret på alle spørgsmål, førend den enkelte kursist kan indgå i beregningen).

Ved baseline er der ingen nævneværdige forskelle mellem de tre kommuner i scoren for den fysiske dimension. For den psykiske dimension er der ved baseline mindre statistisk signifikante forskelle, idet kursisterne i Silkeborg vurderer deres psykiske helbred bedre end gennemsnittet for de to andre kommuner (n=44/152). Tilsvarende vurderer kursisterne i Favrskov deres psykiske helbred lidt dårligere end gennemsnittet for de to andre kommuner (n=59/137). Skanderborg adskiller sig ikke fra gennemsnittet for de andre to kommuner (93/103). Der er ikke nok data til meningsfuldt at sammenligne kommunerne statistisk ved 3 og 12-måneders opfølgningen. Der kan dog spores en tendens til, at kommunernes kursister vurderer psykisk og fysisk helbred nogenlunde ensartet senere i forløbet.

Ved statistisk sammenligning af baseline målingen med 3 og 12-måneders opfølgningerne, ses der ingen målbar (statistisk signifikant) udvikling på helbredsrelateret livskvalitet. Det gælder både på den fysiske og den psykiske dimension. Resultaterne bør dog læses med det forbehold, at der er væsentlig flere data at analysere på i baseline målingen (n=196) end i 3- og 12-måneders opfølgningerne (n=94; n=48). Ved slutevalueringen har langt flere kursister afsluttet forløbet, og slutevalueringen forventes derfor at kunne give et mere reelt billede af kursisternes selvvaluerede helbredsrelaterede livskvalitet og udviklingen heri.

I tabel 5.4.1 nedenfor ses de standardiserede scorer for SF-12. Yderste venstre kolonne angiver måling, og de to kolonner i midten viser udvikling på henholdsvis den fysiske og den psykiske dimension. Scoren er 40 for den fysiske dimension ved alle tre målinger, og scoren for den psykiske dimension varierer mellem 48 og 50. Tallene til højre angiver antal kursister i analysen.

Tabel 5.4.1: SF-12 standardiseret score, hvor 50 er normalen

Måling	Silkeborgklyngen		
	Fysisk dimension	Psykisk dimension	Antal kursister
Baseline	40	48	n=196
3 mdr. opfølgning	40	50	n=94
12 mdr. opfølgning	40	49	n=48

De otte underordnede skalaer

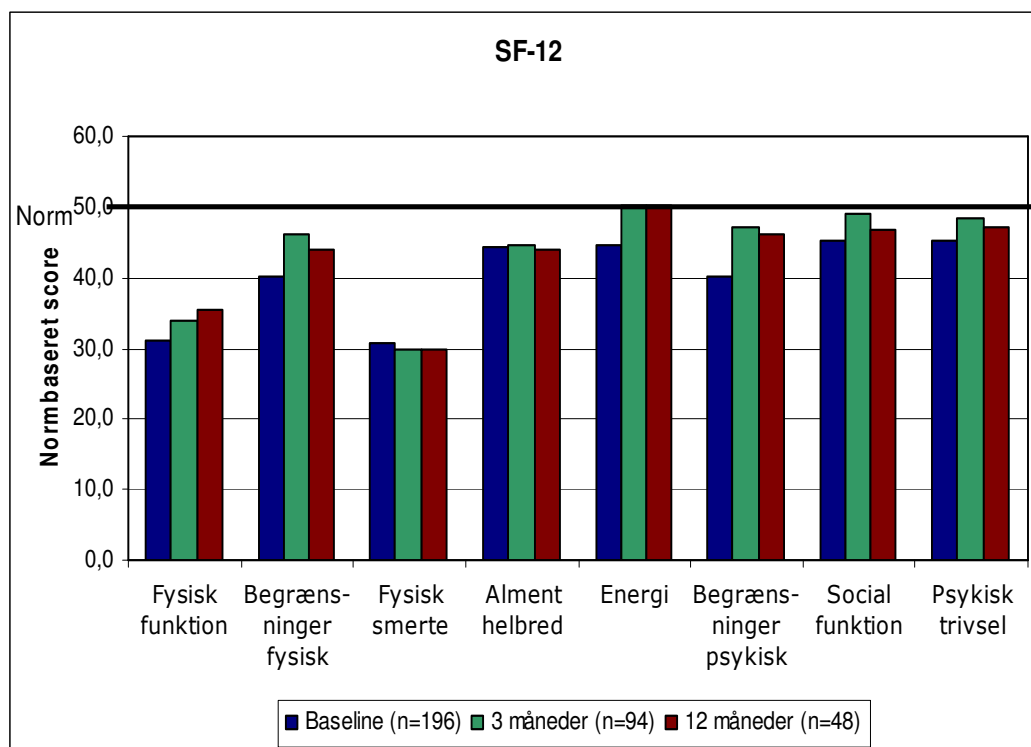
De otte skalaer beskriver fysiske, psykiske og sociale sider af livskvalitet og funktionsevne. Tilsammen tegner de en funktionsprofil af en person eller en gruppe. Fire skalaer beskriver fysisk funktionsevne og den generelle helbredstilstand. Det er skalaerne Fysisk funktion, Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte og Alment helbred. Fire skalaer beskriver psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand. Det er skalaerne Energi, Social funktion, Psykisk betingede begrænsninger og Psykisk trivsel. I tabel 5.4.2 beskrives de otte skalaer.

Tabel 5.4.2: Otte skalaer i SF-12

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
Fysisk funktion	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.	Udfører almindelige fysiske aktiviteter, såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.
Fysisk betingede begrænsninger	Har problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred.	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. 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 pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.	Har ingen problemer med at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.
Psykisk betingede begrænsninger	Har svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer.	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer.
Psykisk trivsel	Føler sig trist til mode og anspændt hele tiden.	Føler sig rolig, afslappet og glad hele tiden.

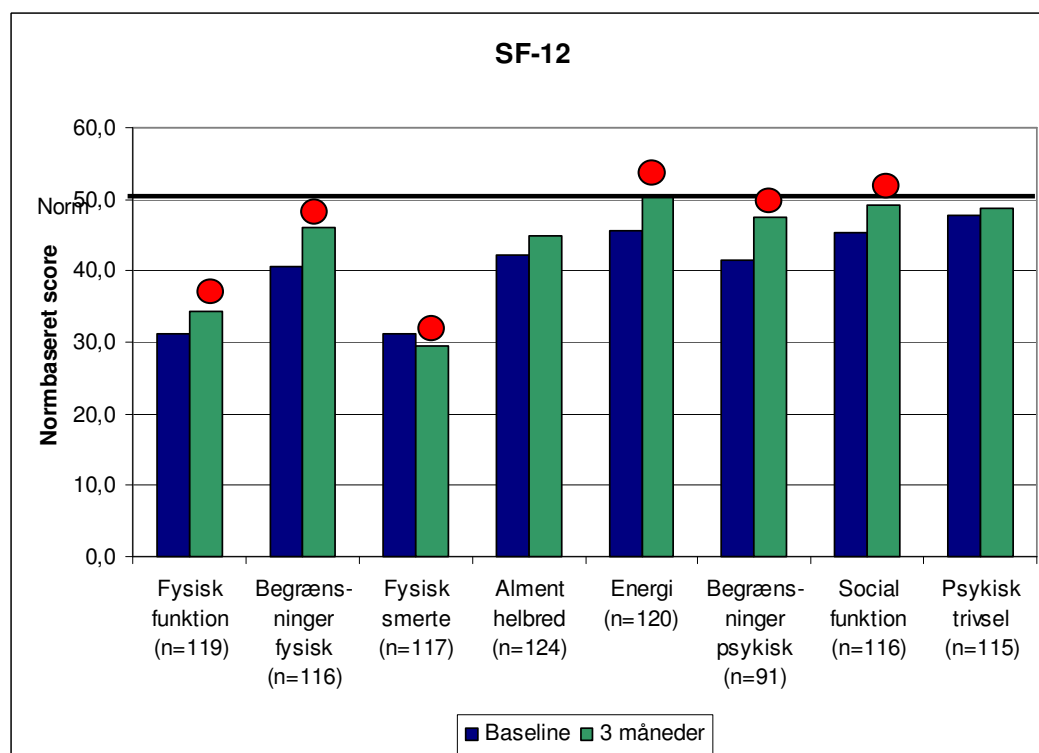
For hver af de otte skalaer udregnes en score (0-100) for den enkelte respondent, som sammenlignes med en norm for hver af de otte skalaer. Fx er der udregnet en norm for hver af de otte skalaer for voksne mennesker i alderen 25-79 år bosat i Region Midtjylland, som er anvendt i "Hvordan har du det?" undersøgelsen 2010. (Kilde: MoEva Monitorering og evaluering af patientuddannelser Manual). Referencebefolkningen har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10.

Figur 5.4.1: Gennemsnitlige SF-12 scores ved baseline, 3 måneder og 12 måneder



Figuren 5.4.1 viser, at deltagerne på alle otte områder ved baseline ligger under normen.

Figur 5.4.2: Udvikling i gennemsnitlige SF-12 scores fra baseline til 3 måneder



Figur 5.4.2 viser de gennemsnitlige SF-12 scores for de deltagere, der både har svaret ved baseline og ved 3 måneders opfølgning. De gennemsnitlige SF-12 scores ved 12 måneders opfølgning er ikke medtaget her pga. et lavt antal besvarelser.

Der ses en tendens til, at der på seks af de otte områder er en positiv ændring ved 3 måneders opfølgningen sammenlignet med baseline. De signifikante ændringer er markeret med en rød bolle. Der er anvendt den non-parametriske test Wilcoxon signed-rank test.

Det er væsentligt at nævne, at signifikante forskelle ikke nødvendigvis har klinisk betydning. Ifølge "Hvordan har du det?" undersøgelsen 2010 s. 58 "Der er endvidere blevet foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencebefolkning er "klinisk og socialt relevant".

Figur 5.4.1 og 5.4.2 kan bruges til at få et billede af deltagerne, om det er den rigtige målgruppe i forhold til referencegruppen. I dette tilfælde voksne mennesker i alderen 25-79 år bosat i Region Midtjylland, som er anvendt i "Hvordan har du det?" undersøgelsen 2010.

Opdelt på de otte skalaer tyder det på, at deltagerne oplever en forbedring af deres helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne ved 3 måneders opfølgningen.

5.5 Kost, rygning, alkohol og motion - KRAM

På sundhedskurserne er kursisterne blevet bedt om at udfylde spørgsmål omkring KRAM-faktorerne kost, motion, alkohol og rygning ved baselinemålingen og igen 3, og 12 måneder efter baseline. Antallet af kursister i delanalyserne varierer relativt meget i dette afsnit, idet kursisterne flere steder ikke har udfyldt alle spørgsmål.

Kost

Kostens indhold af frugt og grønt spiller en væsentlig rolle for vores helbredstilstand. Ernæringsrådets otte officielle kostråd lyder som følger:

- Spis frugt og grønt - 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg - flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød - hver dag
- Spar på fedtet - især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret - og bevar normalvægten
- Spar på sukker - især fra sodavand, kager og slik
- Sluk tørsten i vand
- Vær fysisk aktiv - mindst 30 minutter om dagen

Kostrådene hviler på forskningsbaseret viden om sammenhængen mellem kost og helbred. I de indsamlede oplysninger om kursisterne er der fokuseret på, i hvilket omfang befolkningen efterlever kostrådene angående frugt, grønt, fisk og fedt.

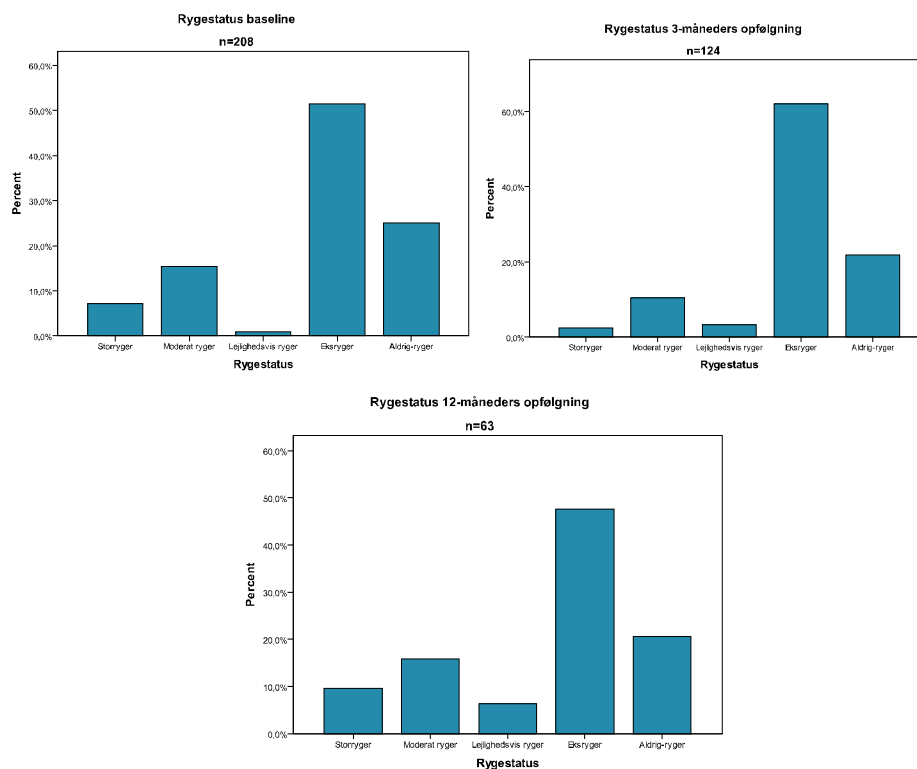
I bilagsrapportens bilag 1 vises kursisternes kostvaner ved baseline opdelt på de tre kommuner. Kursisternes kostvaner ved baseline er statistisk sammenlignet med 3 og 12 måneders opfølgningerne. Testene viser, at kursisternes kostvaner stort set er uændrede. Der er alene en tendens til, at kursisterne spiser lidt mindre smør og minarine, samt en anelse mindre fiskepålæg ved 3-måneders opfølgning.

Ved statistisk sammenligning af kommunerne på de enkelte kostspørgsmål er der en svag tendens til, at kursisterne i Favrskov spiser en anelse mere fedt, minarine og plantemargarine på brødet, sammenlignet med de andre kommuner. Samtidig er der en tendens til, at kursisterne i Favrskov spiser mere frugt end kursisterne i de andre kommuner. Der ses ingen større forskelle ved baseline. Resultaterne af de statistiske tests vedrørende kost bør læses med forbehold for, at der er relativt stor forskel på antal kursister, der har svaret i de tre kommuner. Havde antallet af kursister været ens i de tre kommuner, er det ikke sikkert, resultatet ville være det samme.

Rygning

I figur 4 nedenfor vises den procentvise frekvensfordeling af rygevaner for kursisterne ved baseline, 3- og 12-måneders opfølgningerne. Ved baseline er 23 % rygere - enten moderat eller storryger - 1 % er lejlighedsvis rygere og 76 % er ikke-rygere. Som det fremgår af figur 4 sker der ikke væsentlige ændringer i rygemønstret gennem kursusforløbet. Resultaterne bør dog læses med det forbehold, at der er væsentlig færre kursister i histogrammerne for 3 og 12-måneders opfølgningerne end ved baseline.

Figur 5.5.1: Rygestatus ved baseline, baseline - 3 mdr. og baseline - 12 mdr.



Tabel 5.5.1 viser rygestatus ved baseline opdelt på køn og alder. Det ses, at andelen af kvinder og mænd som er rygere (stor- eller moderate rygere) er næsten lige store (mænd 23 %, kvinder 22 %). I relation til alder ses ligeledes kun mindre forskelle på tværs af aldersgrupperne.

Tabel 5.5.1: Rygestatus ved baseline opdelt på køn og alder (Den procentvise fordeling læses rækkevist)

		Rygere	Lejlighedsvis rygere	Ikke rygere
Alle	Alle	23 % (47)	1 % (2)	76 % (159)
Køn	Mænd	23 % (23)	1 % (1)	76 % (75)
	Kvinder	22 % (24)	1 % (1)	77 % (84)
Alder	25 – 44 år	50 % (2)	0 % (0)	50 % (2)
	45 – 54 år	27 % (7)	0 % (0)	73 % (19)
	55 – 64 år	26 % (17)	0 % (0)	74 % (48)
	65 – 74 år	19 % (15)	1 % (1)	80 % (65)
	75 – 79 år	22 % (5)	4 % (1)	74 % (17)
	80 år og derover	11 % (1)	0 % (0)	89 % (8)

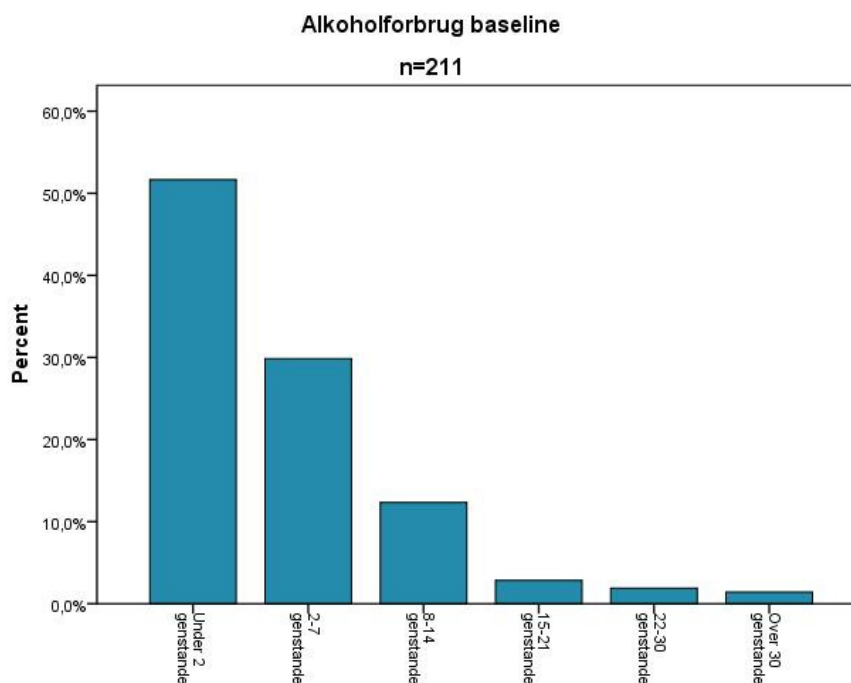
Tabel 5.5.2 viser udvikling i rygestatus fra baseline til 12-måneders opfølgningen. Der er en tendens til fald i andel rygere fra baseline til 3-måneders opfølgningen, men denne tendens ses ikke i relation til 12-måneders opfølgningen. Der bør ved læsning af resultatet tages forbehold for, at der er relativt få svar i sidstnævnte måling.

Tabel 5.5.2: Rygestatus for Silkeborgklyngen				
	Silkeborgklyngen			
Måling	Rygere	Lejlighedsvis rygere	Ikke rygere	I alt
Baseline	23 % (47)	1 % (2)	76 % (159)	100 % (208)
3 mdr. opfølgning	13 % (16)	3 % (4)	84 % (104)	100 % (124)
12 mdr. opfølgning	25 % (16)	6 % (4)	68 % (43)	100 % (63)

Alkohol

I det følgende fremstilles kursisternes alkoholforbrug ved baseline samlet for alle tre kommuner. De fleste kursister, har et alkoholforbrug på under to genstande om ugen (52 %). Mange har et moderat alkoholforbrug på 2-7 ugentlige genstande (30 %) og 8-14 genstande (12 %). Omkring 6 % har et alkoholforbrug på 15 eller flere ugentlige genstande. Der er ingen statistisk signifikante forskelle mellem kommunerne ved baseline. Der ses ingen udvikling i alkoholforbrug fra baseline til 3-måneders opfølgningen. Til gengæld viser test en mindre, men statistisk signifikant øgning i alkoholforbruget ved 12-måneders opfølgningen. Resultatet bør læses med det forbehold, at der er flere kursister ved 3-måneders opfølgningen (n=121) end 12-åneders opfølgningen (n=99).

Figur 5.5.3: Alkoholforbrug ved baseline

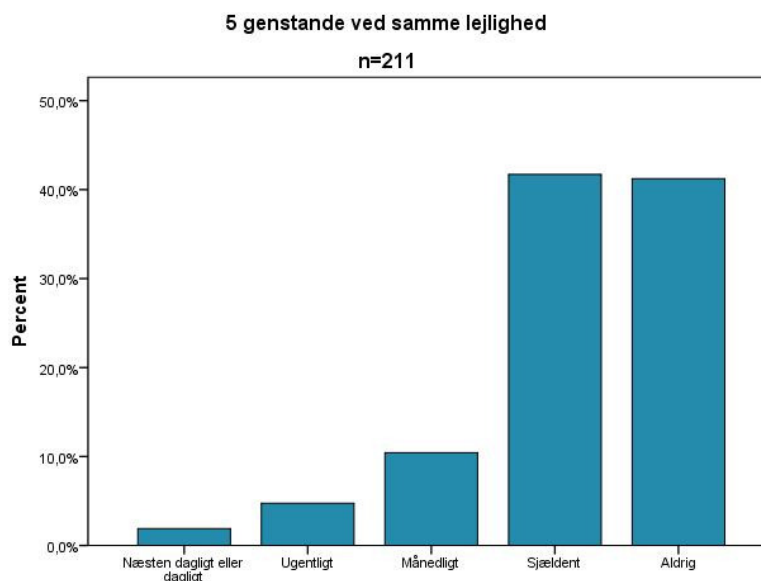


Tabel 5.5.3 viser det ugentlige alkoholforbrug ved baseline, 3- og 12-måneders opfølgningerne. Forbruget er vist via rækkevis frekvensfordeling for hver måling.

Tabel 5.5.3: Udviklingen i alkoholforbrug					
Silkeborgklyngen					
Måling	Under 2 genstande	2-7 genstande	8-14 genstande	15 genstande eller mere	I alt
Baseline	52 % (109)	30 % (63)	12 % (26)	6 % (13)	100 % (211)
3 mdr. opfølgning	56 % (70)	29 % (36)	10 % (12)	6 % (7)	100 % (125)
12 mdr. opfølgning	18 % (24)	14 % (19)	55 % (73)	13 % (17)	100 % (133)

I forhold til rusdrikkeri, det vil sige indtagelse af fem eller flere genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen, er det jævnfør nedenstående histogram 7 %, som har svaret "næsten dagligt eller dagligt" eller "ugentligt". 41 % har svaret "aldrig", 42 % har svaret "sjældent" og 10 % har svaret månedligt. Der er ingen statistisk signifikante forskelle opdelt på kommuner. Der ses ingen udvikling i alkoholforbrug fra baseline til 3-måneders opfølgningen. Ligesom opgørelsen af det ugentlige alkoholforbrug ses også en mindre, men statistisk signifikant stigning i rusdrikkeri ved 12-måneders opfølgningen. Igen skal der tages forbehold for, at der er flere kursister ved 3-måneders opfølgningen (n=121) end 12-åneders opfølgningen (n=99).

Figur 5.5.4: Rusdrikkeri ved baseline



Tabel 5.5.4 viser rækkevis frekvensfordeling for hvor ofte kursisterne ved en enkelt lejlighed drikker mere end 5 genstande, det vil sige udsætter sig selv for rusdrikkeri. Opgørelsen viser rusdrikkeri ved baseline, 3- og 12 måneders opfølgning.

Tabel 5.5.4: Udviklingen i rusdrikkeri						
	Silkeborgklyngen					
Måling	Næsten dagligt eller dagligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældent	Aldrig	I alt
Baseline	2 % (4)	5 % (10)	10 % (22)	42 % (88)	41 % (87)	100 % (211)
3 mdr. opfølgning	1 % (1)	5 % (6)	12 % (15)	44 % (55)	38 % (47)	100 % (124)
12 mdr. opfølgning	8 % (10)	53 % (71)	7 % (9)	14 % (19)	18 % (24)	100 % (133)

Motion

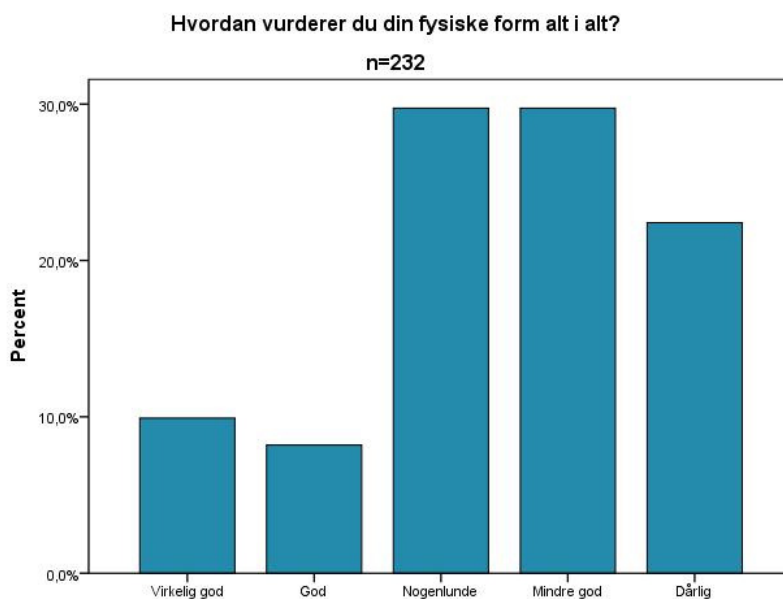
I relation til motion og bevægelse i dagligdagen er kursisterne blevet stillet fire spørgsmål:

- Hvordan vurderer du din fysiske form alt i alt?
- Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv?
- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?
- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

En statistisk sammenligning af baseline med de to opfølgende målinger efter tre og 12 måneder viser, at der sker en statistisk signifikant positiv udvikling på de fire motions- og bevægelsesspørgsmål. Resultaterne bør imidlertid læses med det forbehold, at 210 har besvaret spørgsmålene ved baseline, hvorimod 125/133 har besvaret spørgsmålene for 3- og 12-måneders opfølgningerne. Opdelt på kommuner er der ikke fundet betydelige forskelle i kursisters svarmønster på de fire spørgsmål. Ved slutevalueringen ventes de fleste at være færdige med kursusforløbet og dermed have gennemført de to opfølgninger. Dermed forventes resultaterne i slutevalueringen at give et mere reelt billede af kursisters udbytte.

I figur 5.5.5 nedenfor ses, hvordan kursisterne ved baseline vurderer deres fysiske form alt i alt (samlet for alle tre kommuner). Ved baseline svarer cirka 48 %, at den fysiske form er virkelig god, god eller nogenlunde, og 52 % svarer at den fysiske form er mindre god eller dårlig.

Figur 5.5.5: Selvvurdering af fysisk form ved baseline



Tabel 5.5.5: Selvvurderet fysisk form

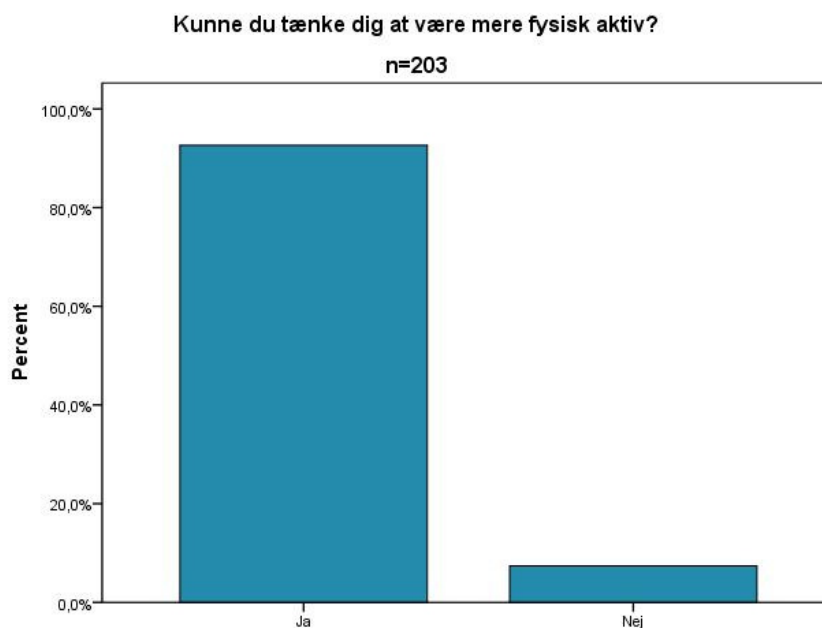
Måling	Silkeborgklyngen					I alt
	Virkelig God	God	Nogenlunde	Mindre god	Dårlig	
Baseline	10 % (23)	8 % (19)	30 % (69)	30 % (69)	22 % (52)	100 % (232)
3 mdr. opfølgning	27 % (43)	18 % (29)	35 % (57)	15 % (24)	6 % (9)	100 % (162)
12 mdr. opfølgning	5 % (3)	30 % (19)	40 % (25)	18 % (11)	8 % (5)	100 % (63)

Tabel 5.5.6: Selvvurderet fysisk form

Diagnose	Silkeborgklyngen				
	Virkelig God	God	Nogenlunde	Mindre god	Dårlig
Diabetes	35 % (6)	36 % (5)	22 % (13)	21 % (12)	21 % (9)
KOL	29 % (5)	14 % (2)	13 % (8)	24 % (14)	18 % (8)
Hjertekarsygdomme	18 % (3)	36 % (5)	33 % (20)	26 % (15)	32 % (14)
Mere end en af ovenstående sygdomme	18 % (3)	14 % (2)	32 % (19)	29 % (17)	30 % (13)
I alt	100 % (17)	100 % (14)	100 % (60)	100 % (58)	100 % (44)

I figur 5.5.6 nedenfor ses kursisternes svar på, om de kunne tænke sig at være mere fysisk aktive. 93 % svarer ja og 7 % svarer nej.

Figur 5.5.6: Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv? (baseline)



Tabel 5.5.7: Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv?

Måling	Silkeborgklyngen		
	Ja	Nej	I alt
Baseline	93 % (188)	7 % (15)	100 % (203)
3 mdr. opfølgning	85 % (98)	16 % (18)	100 % (116)
12 mdr. opfølgning	83 % (44)	17 % (9)	100 % (53)

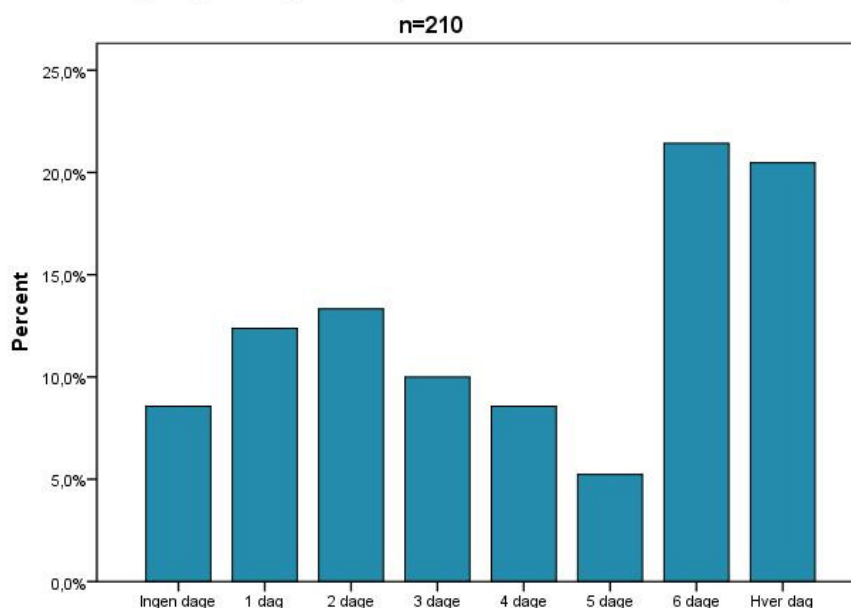
Tabel 5.5.8: Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv?

Diagnose	Silkeborgklyngen	
	Ja	Nej
Diabetes	23 % (36)	8 % (1)
KOL	17 % (26)	31 % (4)
Hjertekarsygdomme	32 % (50)	15 % (2)
Mere end en af ovenstående sygdomme	29 % (46)	46 % (6)
I alt	100 % (158)	100 % (13)

Kursisterne har ved baseline svaret på, hvor mange dage om ugen, de er aktive mindst 30 minutter om dagen. Nedenfor ses, at 42 % bevæger sig de anbefalede 30 minutter om dagen enten 6 dage eller alle dage i ugen. Størstedelen bevæger sig nogle dage om ugen, og kun 9 % er aldrig aktive i mindst 30 minutter om dagen.

Figur 5.5.7: Fysisk aktivitet i mindst 30 minutter om dagen (baseline)

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?



Tabel 5.5.9: Hvor mange dage er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

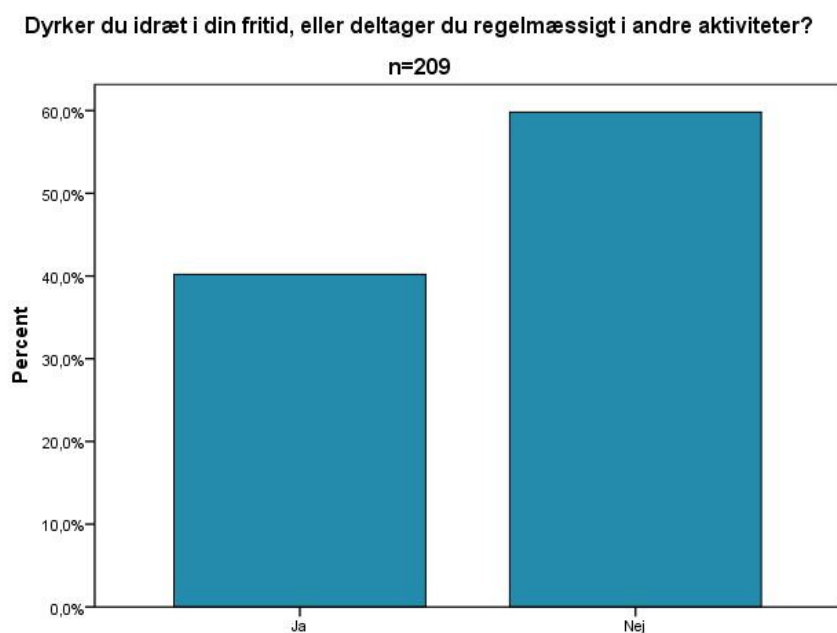
Kategori	Måling		
	Baseline	3 mdr. opfølgning	12 mdr. opfølgning
Ingen dage	9 % (18)	2 % (3)	6 % (8)
1-3 dage	36 % (75)	43 % (54)	24 % (25)
4-6 dage	35 % (74)	46 % (58)	95 % (93)
Hver dag	21 % (43)	8 % (10)	5 % (7)
I alt	100 % (210)	100 % (125)	100 % (133)

Tabel 5.5.10: Hvor mange dage er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Diagnose	Silkeborgklyngen			
	Ingen dage	1-3 dage	4-6 dage	Hver dag
Diabetes	27 % (4)	22 % (14)	23 % (15)	19 % (6)
KOL	7 % (1)	20 % (13)	15 % (10)	22 % (7)
Hjertekarsygdomme	33 % (5)	23 % (15)	34 % (22)	38 % (12)
Mere end en af ovenstående sygdomme	33 % (5)	35 % (23)	28 % (18)	22 % (7)
I alt	100 % (15)	100 % (65)	100 % (65)	100 % (32)

Kursisterne er endvidere blevet spurgt, om de dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Histogrammet nedenfor viser, at det er der 40 % af kursisterne, som gør.

Figur 5.5.8: Regelmæssig idræt eller andre aktiviteter (baseline)



Tabel 5.5.11: Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter?

Måling	Silkeborgklyngen		
	Ja	Nej	I alt
Baseline	40 % (84)	60 % (125)	60 % (125)
3 mdr. opfølgning	60 % (73)	40 % (48)	40 % (48)
12 mdr. opfølgning	59 % (37)	41 % (26)	41 % (26)

Tabel 5.5.12: Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter?

Diagnose	Silkeborgklyngen	
	Ja	Nej
Diabetes	18 % (12)	25 % (27)
KOL	12 % (8)	21 % (23)
Hjertekarsygdomme	29 % (19)	32 % (35)
Mere end en af ovenstående sygdomme	41 % (27)	23 % (25)
I alt	100 % (66)	100 % (110)

5.6 Sociale faktorer og kronisk sygdom

Kursisterne er blevet stillet en række spørgsmål angående sociale faktorer/kontakter samt hvordan de håndterer at leve med kronisk sygdom. Kommuneopdelte frekvensfordelinger for spørgsmålene om sociale faktorer og kronisk sygdom ved baseline findes i bilagsrapportens bilag 2. Alle resultater skal læses med det forbehold, at der er væsentlig færre kursister, som har svaret på opfølgningsspørgeskemaer sammenlignet med baseline. Hvis der havde været samme antal svar i opfølgningerne som ved baseline, kunne resultatet således være et andet, selv om de statistiske tests er signifikante.

Sociale faktorer

Disse spørgsmål berører følgende emner:

- Om kursisterne har nogen at tale med om personlige problemer
- Om der er nogen til at hjælpe med dagligdagen ved sygdom
- Hvor ofte der er kontakt til familie
- Hvor ofte der er kontakt til venner

Ved baseline viser resultaterne, at langt de fleste kursister har et relativt godt socialt netværk, målt via ovennævnte fire emner, og resultaterne for kommunerne er ensartet. Der er dog en statistisk signifikant forskel i forhold til kontakt til venner, hvor kursisterne i Favrskov tilsyneladende har en anelse mindre kontakt. Statistisk test på tværs af kommunerne viser en positiv statistisk signifikant udvikling fra baseline til 3-måneders opfølgningen på spørgsmålene "om der er nogen til at hjælpe med dagligdagen ved sygdom" og " hvor ofte der er kontakt til venner". I relation til udviklingen fra baseline til 12-måneders opfølgningen er der en statistisk signifikant mindre negativ udvikling på spørgsmålet "om der er nogen at tale med om personlige problemer". Samtidigt viser statistiske test en positiv udvikling på spørgsmålet "om hvor ofte der er kontakt til familie".

Kronisk sygdom

Spørgsmålene om hvor godt kursisterne håndterer det at leve med kronisk sygdom omhandler blandt andet

- hvad kursisterne selv kan gøre for at leve godt med kronisk sygdom
- om de har let ved at håndtere sygdommen
- om tanker om sygdom fylder

Generelt viser baselineresultaterne på tværs af kommunerne, at kursisterne svarer relativt positivt. Samtidig er der dog flere, som giver udtryk for, at "tanker om sygdom fylder meget" i deres liv, og at de ikke føler sig afklaret med deres kroniske sygdom.

I relation til udvikling er det testet statistisk, om der er forskel på baseline og 3 og 12-måneders opfølgningerne. Ved både 3 og 12-måneders opfølgningen ses en statistisk signifikant positiv udvikling for spørgsmålene "Jeg ved, hvad jeg selv kan gøre for at leve godt med min kroniske sygdom", "Jeg oplever glæde og tilfredshed ved at være fysisk aktiv", "Jeg føler mig afklaret med min kroniske sygdom" og "Jeg ved, hvor jeg kan søge støtte og hjælp i forhold til min kroniske sygdom". For spørgsmålet "Jeg har nemt ved at håndtere min hverdag med kronisk sygdom" ses alene tendens til positiv udvikling ved 3-måneders opfølgningen. Ved baseline er der statistisk signifikante forskelle på kommunerne i forhold til spørgsmålene: "Jeg har nemt ved at håndtere min hverdag med kronisk sygdom", "Jeg oplever glæde og tilfredshed ved at være fysisk aktiv" og "Jeg ved, hvor jeg kan søge støtte og hjælp i forhold til min kroniske sygdom". Forskellene er dog små.

I det følgende vises tabeller med de spørgsmål, hvor statistisk test har vist, at der er sket udvikling i løbet af kursusforløbet.

Tabel 5.6.1: Jeg ved, hvad jeg selv kan gøre for at leve godt med min kroniske sygdom

Silkeborgklyngen					
Måling	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	I alt
Baseline	19 % (39)	65 % (136)	10 % (20)	7 % (14)	100 % (209)
3 mdr. opfølgning	53 % (55)	45 % (55)	2 % (0)	0 % (0)	100 % (122)
12 mdr. opfølgning	65 % (40)	34 % (21)	0 % (0)	2 % (1)	100 % (62)

Tabel 5.6.2: Jeg oplever glæde og tilfredshed ved at være fysisk aktiv

Silkeborgklyngen					
Måling	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	I alt
Baseline	41 % (84)	47 % (95)	6 % (12)	6 % (13)	100 % (204)
3 mdr. opfølgning	57 % (70)	39 % (48)	3 % (4)	0 % (0)	100 % (122)
12 mdr. opfølgning	63 % (39)	37 % (23)	0 % (0)	0 % (0)	100 % (62)

Tabel 5.6.3: Jeg føler mig afklaret med min kroniske sygdom

Silkeborgklyngen					
Måling	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	I alt
Baseline	27 % (54)	45 % (92)	17 % (35)	11 % (23)	100 % (204)
3 mdr. opfølgning	46 % (56)	46 % (56)	7 % (8)	1 % (1)	100 % (121)
12 mdr. opfølgning	48 % (29)	47 % (28)	5 % (3)	0 % (0)	100 % (60)

Tabel 5.6.4: Jeg ved, hvor jeg kan søge støtte og hjælp i forhold til min kroniske sygdom

Silkeborgklyngen					
Måling	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	I alt
Baseline	40 % (81)	42 % (86)	9 % (19)	9 % (19)	100 % (205)
3 mdr. opfølgning	52 % (62)	39 % (47)	8 % (10)	1 % (1)	100 % (120)
12 mdr. opfølgning	63 % (63)	32 % (20)	5 % (3)	0 % (0)	100 % (62)

Tabel 5.6.5: Jeg har nemt ved at håndtere min hverdag med kronisk sygdom

Silkeborgklyngen					
Måling	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	I alt
Baseline	24 % (51)	50 % (105)	15 % (32)	10 % (21)	100 % (209)
3 mdr. opfølgning	36 % (43)	56 % (67)	8 % (10)	0 % (0)	100 % (120)
12 mdr. opfølgning	37 % (22)	56 % (33)	7 % (4)	0 % (0)	100 % (59)

5.7 Kursusevaluering

Kursisterne har ved afslutningen af det 12 uger lange kursus udfyldt en kursusevaluering. I alt har 120-130 kursister besvaret spørgsmålene om kursusevaluering.

Tilbagemeldingerne fra kursisterne er generelt meget positive. På spørgsmålet *Hvor tilfreds er du samlet set med kursusforløbet?* svarer 70 % af kursisterne "meget tilfreds" eller "tilfreds" med det samlede kursusforløb, 20 % svarer "hverken tilfreds eller utilfreds" og 11 % har svaret "utilfreds". Ingen har markeret, at de har været "meget utilfredse" med forløbet.

På spørgsmålene om kursets indhold, undervisningsmetoder, medarbejdernes virke, og om det har været tiden og kræfterne værd at deltage har 90-99 % af kursisterne svaret "i høj grad enig" eller "enig". I relation til kursets længde svarer 77 % "i høj grad enig" eller "enig", 10 % "ved ikke" og 11 % svarer "uenig". Flere kursister har et ønske om et længere kursus, og kun en enkelt har ønsket, at kurset forkortes. 82 % har været tilfredse med kursuslokalerne, men flere kommenterer at kursuslokalerne er for små, og at der mangler mulighed for bad efter træning.

84 % har haft fravær i forbindelse med kursusforløbet; heraf har 87 % været fraværende 1-4 gange og 13 har været fraværende 5-11 gange. Hovedårsagerne til fraværet har været sygdom og ferie. Flere har dog haft fravær grundet læge-/hospitalsbesøg, manglende tid og træthed. Blandt andre fraværsårsager nævnes arbejde og andre aftaler.

På spørgsmålet, om information forud for kurset stemmer overens med kursusindholdet, svarer 93 % ja. Fire kursister har kommenteret på informationen og har et ønske om skriftlig information forud for kurset samt bedre information om eksterne undervisere.

På spørgsmålet *Har du yderligere kommentarer til kursusforløbet?* har kursisterne givet mange positive tilbagemeldinger til både indhold og personale. En enkelt skriver "Jeg er så tilfreds med det, at jeg gerne går om igen hvis jeg måtte?". I relation til forslag til forbedring efterspørger flere mere information/praktik omkring madlavning, samt bedre tilpasning af motion til den enkeltes helbredssituation. Læs de samlede kommentarer til kursusforløbet, kursuslokaler og teori/praktik i Bilag 4, Bilagsrapporten.

