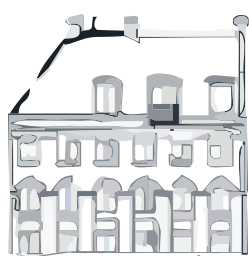
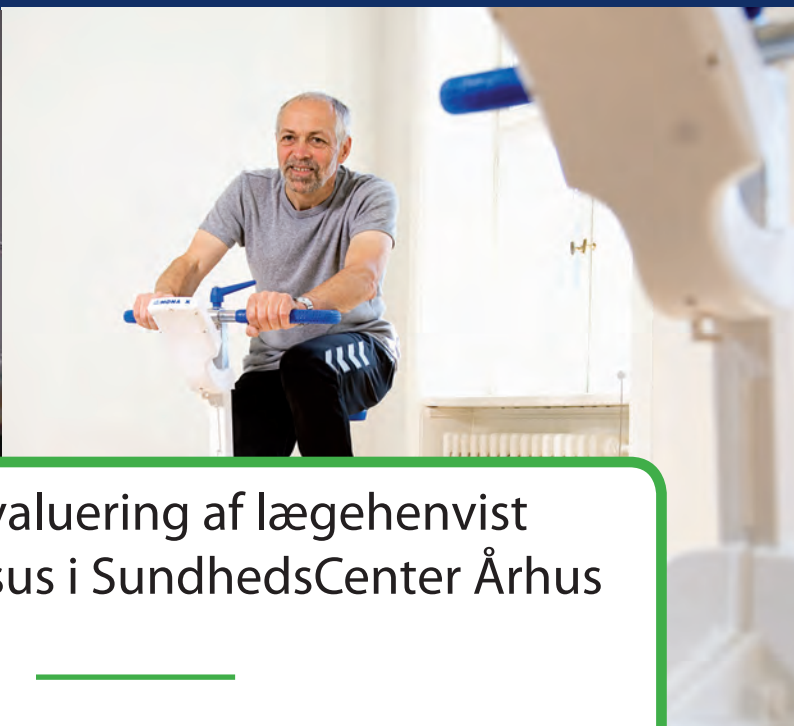
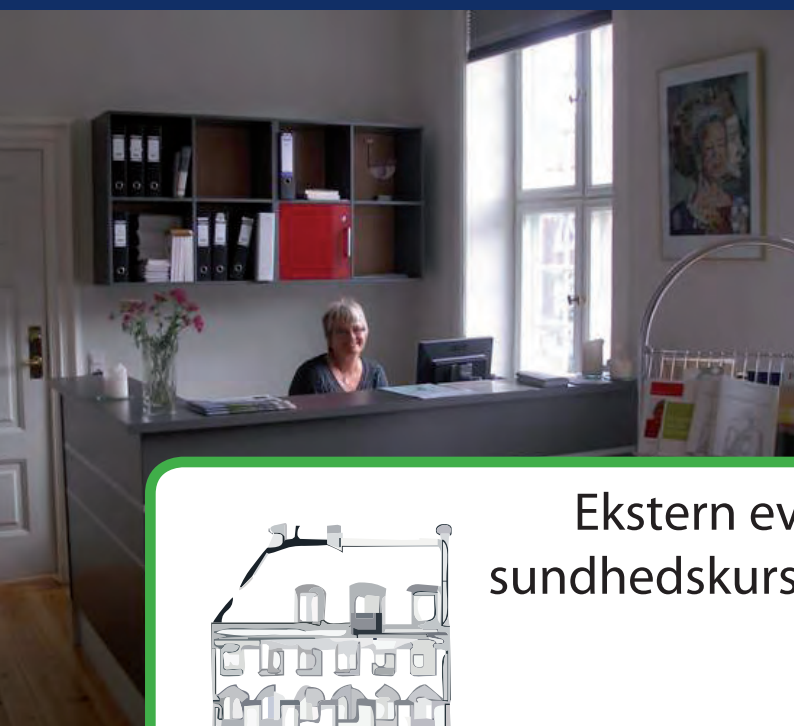




SundhedsCenter Århus



SundhedsCenter Århus
Jægergårdsgade 97, 8000 Århus C

Ekstern evaluering af lægehenvist sundhedskursus i SundhedsCenter Århus

Udført af Center for Kvalitetsudvikling og
Center for Folkesundhed, Region Midtjylland



Evaluering af SundhedsCenter Århus
Juni 2009

Information:

Sundhedscenterchef Karen Bjerre
SundhedsCenter Århus
Jægergårdsgade 97
8000 Århus C
Tlf. : 87134042

Rapporten kan downloades her:

http://www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter

Rapporten er udarbejdet af:

Konsulent Jens Hansen
Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland

Konsulent Claus Løvschall
Datamanager Anne Marie Schak Jensen
Center for Folkesundhed
Region Midtjylland

Foto: Jesper Balleby, Bylines

Indholdsfortegnelse

Forord

Sundhedsrådmænd Dorthe Laustsen
Sundhedscenterchef Karen Bjerre

Sammenfatning og konklusion	1
1 SundhedsCenter Århus	5
1.1 SundhedsCentrets etablering og udvikling.....	5
1.2 SundhedsCenter Århus set i relation til SIFs evaluering af sundhedscentre	6
1.3 SundhedsCentrets tilgang.....	7
1.4 Det lægevisiterede sundhedskursus	8
1.5 Øvrige tilbud i SundhedsCentret	10
1.6 SundhedsCentrets samarbejdsrelationer	12
2 Evaluering af det lægehenviste sundhedskursus – metode.....	13
2.1 Evalueringens baggrund.....	13
2.2 Metode: Resultatmålinger	13
2.3 Metode: Kursistundersøgelse	14
3 Målgruppebeskrivelse	17
3.1 Henvisninger, frafald og gennemførelse	17
3.2 Baselinebeskrivelse af kursister	19
4 Resultatmålinger i det lægehenviste sundhedskursus	27
4.1 Indledning	27
4.2 Livskvalitet og fysiske test.....	28
4.3 KRAM-faktorer	33
4.4 Sammenfatning af resultater	35
5 Kursistundersøgelse i det lægehenviste sundhedskursus	37
5.1 Kursisternes tilfredshed.....	37
5.2 Kursisternes selvoplevede udbytte.....	38
6 Diskussion og perspektivering	41

Forord ved Sundhedsrådmænd Dorthe Laustsen

SundhedsCenter Århus åbnede i efteråret 2006, få uger før strukturreformen og den nye sundhedslov trådte i kraft den 1. januar 2007. Et efterspurgt, nyt borgertilbud så dagens lys.

En af kerneopgaverne i sundhedscentret er at løfte sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske, livsstilsrelaterede sygdomme, ved at borgeren lærer at leve med sin kroniske sygdom.

Jeg har som sundhedsrådmænd haft store forhåbninger om, at sundhedscentret ville hjælpe disse borgere til at få et godt og sundt liv på trods af sygdommen. At de kurser centret tilbyder, vil medvirke til at udsætte senfølger af kronisk sygdom. Mine forhåbninger er blevet indfriet. At det samtidig har været muligt at tilbyde en vifte af sundhedstilbud, uden at miste fokus på kerneopgaven, fortjener anerkendelse og ros.

Denne rapport omhandler noget af det centrale pionérarbejde, som borgere, medarbejdere og læger de seneste par år har været engagerede i: Lægehenviste sundhedskursusforløb for borgere med de kroniske sygdomme: KOL, hjerte-karsygdomme og/eller diabetes type 2. Analyser og resultater, udarbejdet af Region Midtjyllands Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed, giver både Århus og øvrige kommuner i landet en god pejling på, hvad der virker og hvor vi skal arbejde med at blive endnu skarpere i fremtiden.

I Århus Kommune involverer vi os forpligtende i udviklingen af sundhedsarbejdet. Sammen med det øvrige sundhedsvæsen forebygger vi livsstilsrelaterede sygdomme og rehabiliterer borgere, som har kronisk sygdom. Vi skal fortsat udvikle og styrke vidensgrundlaget og vores praksis. Det sundhedsmæssige behov for indsats er kun alt for tydeligt. Erfaringerne viser, at det nytter at vejlede og støtte mennesker i at finde deres motivation til at leve sundere. Det gælder både for raske og syge. Vi har hverken økonomisk eller menneskeligt råd til at lade sundheden stå til.

Pionérarbejdet hviler på mange skuldre. Tak til alle involverede borgere og sundhedsprofessionelle, medarbejdere og samarbejdspartnere. Uden jeres opbakning var resultaterne ikke nået.

God læselyst!

Med venlig hilsen

Dorthe Laustsen
Sundhedsrådmænd

Forord ved Sundhedscenterchef Karen Bjerre

SundhedsCenter Århus er udformet i samarbejde med repræsentanter for byens praktiserende læger, som vi har haft og har et rigtig godt samarbejde med, og som hidtil har været de eneste, som kan henvise deres patienter til 12 ugers sundhedskurset. Sundhedscentret har 2½ år efter åbningen fået henvisninger fra 4 ud af 5 af kommunens læger, og der kommer stadigt flere nye til.

Det har været en udfordring og stor fornøjelse at være med til at udvikle konceptet. En dynamisk proces, hvor vi undervejs, på baggrund af tilbagemeldinger fra kursister, resultater af devalueringer og forskningsresultater med ny viden, har justeret og tilpasset indholdet.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige tak de borgere, sundhedsprofessionelle, samarbejdspartnere og evalueringsfolk, som på forskellig vis har medvirket til, at SundhedsCenter Århus er nået dertil, hvor vi er i dag.

Tak til praksiskoordinator Jens Rubak og praksiskonsulenterne Hans Jørgen Andersen, Mogens Jacobsen, Klaus Barfoed, Jette Dam-Hansen og Susanne Frogner, som med stort engagement har deltaget i planlægningen af sundhedscenterprojektet, og som siden har virket som ambassadører og kalder det "vores projekt".

Tak til det tværfaglige team på SundhedsCenter Århus, som har udviklet og arbejdet intensivt med konceptudvikling, indhold, kvalitetsudvikling, beskrivelse, koordinering og struktureret dataopsamling. Uden deres faglighed, optimisme og handlekraft var det ikke lykkedes.

Karen Bjerre
Sundhedscenterchef
SundhedsCenter Århus
Århus Kommune

Sammenfatning og konklusion

SundhedsCentrets baggrund og tilgang

En stigende andel af befolkningen lider af en eller flere kroniske sygdomme eller er i risiko for at udvikle dem. Med den nye sundhedslovgivning har kommunerne fået et større ansvar for borgernes sundhed og skal aktivt forebygge livsstilssygdomme. På den baggrund har Århus Kommune etableret SundhedsCenter Århus med den primære opgave at medvirke til at forebygge kroniske livsrelaterede sygdomme hos byens borgere.

SundhedsCenter Århus åbnede dørene 15. november 2006 og har til huse i hjertet af Århus med DGI-Huset som nærmeste nabo. Organisatorisk er centret forankret i Afdelingen for Sundhed og Forebyggelse, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus Kommune.

Sundhedscentret tilbyder en lang række af sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter, som kort er beskrevet inde i rapporten. Denne evaluerings fokus er imidlertid primært rettet mod centrets hovedopgave: Det lægehenviste Sundhedskursus.

Sundhedskurset henvender sig til borgere med KOL, hjerte-karsygdomme og diabetes type 2. Via samtaler og undervisning arbejder sundhedscentrets tværfaglige personale med at give deltagerne øget viden om deres sygdomme, styrke egenomsorg og give redskaber til at leve et sundt liv med livsglæde og handlekraft.

Kurset strækker sig over 12 uger og består af en ugentlig sektion med undervisning, refleksion og dialog samt fysisk træning i et motionslokale. Deltagelse forudsætter henvisning fra egen læge.

Evaluering af det lægehenviste sundhedskursus

Siden SundhedsCentrets opstart har Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland indsamlet oplysninger om deltagernes KRAM-faktorer, netværksrelationer, livskvalitet, fysiske formåen, tilfredshed og egen oplevelse af udbytte. For SundhedsCentret har denne dokumentation af indsatsen været et væsentligt element i kvalitetsudviklingen af tilbuddene. I nærværende rapport præsenteres hovedresultaterne fra den løbende dataindsamling.



Henvisninger, frafald og antal gennemførte

I perioden 15. november 2006 til undersøgelsesperiodens afslutning, 31. december 2008, er der i alt henvist 454 patienter til et kursusforløb i SundhedsCenter Århus. Heraf er 378 startet på et 12-ugers kursusforløb. Frafaldet skyldes primært fejlhenvisninger eller at borgeren havde konkurrerende lidelser. Alle henviste borgere har imidlertid modtaget en sundhedssamtale på SundhedsCentret, som i mange tilfælde har resulteret i tilbud om individuelle forløb i SundhedsCentret eller en rådgivning om andre eksterne tilbud.

Af de 378 som startede på et kursus havde 234 på opgørelsestidspunktet gennemført og 44 var fortsat i gang med et forløb svarende til en aktuel gennemførelsesprocent på 70. Over en tredjedel af frafaldet skyldtes konkurrerende lidelser. Herudover var der en række mindre udbredte frafaldsårsager, bl.a. manglende tid og at kurset ikke blev oplevet som relevant.

I alt 166 forskellige læger har henvist en eller flere patienter, som er startet på et sundhedskursus, svarende til 76 % af alle læger i Århus Kommune.

Alene i løbet af 2008 har SundhedsCentret modtaget henvisninger fra 79 nye læger. I den samlede undersøgelsesperiode har 23 % af de praktiserende læger henvist 3 eller flere patienter til et sundhedskursusforløb.

Signalement af kursisterne

Kursisterne på SundhedsCenter Århus adskiller sig på flere områder fra en sammenlignelig baggrundsbefolkning i Århus Kommune. Blandt kursisterne er 48 % aleneboende. Den tilsvarende andel for baggrundsbefolkningen er 25 %. Ligeledes er færre kursister i beskæftigelse og uddannelsesniveaue er lavere end hos baggrundsbefolkningen. Med hensyn til helbredsrelateret livskvalitet vurderer kursisterne denne ringere end baggrundsbefolkningen, og en markant større andel af kursisterne er svært overvægtige. Kursisternes gennemsnitlige kondital er meget lavt.

Det kan desuden konstateres, at der er flere tidligere rygere blandt kursisterne i forhold til baggrundsbefolkningen, hvorimod alkoholforbruget er mindre blandt kursisterne. Der findes ingen væsentlige forskelle i kostvaner, mens baggrundsbefolkningen oftere dyrker motion end kursisterne. Samlet set viser undersøgelsen, at SundhedsCentrets kursister er en markant svagere gruppe i forhold til en sammenlignelig baggrundsbefolkning.

Sundhedskursets kort- og langsigtede effekter

På opgørelsestidspunktet er der indsamlet data på 288 kursister ved kursusstart, 182 kursister har besvaret et spørgeskema ved 3 måneders opfølgningen og 92 kursister har besvaret ved 12 måneders opfølgningen.

Samlet viser resultaterne en kortsigtet effekt (ved 3 måneder) ved deltagelse i kursusforløbet på Sundhedscenter Århus. Der findes en positiv udvikling indenfor de fysiske test kondital og udholdenhed samt på helbredsrelateret livskvalitet. I forhold til rygning og motion er der ligeledes en positiv udvikling ved 3 måneders opfølgningen. Der kan kun vises meget begrænsede eller ingen effekt indenfor BMI, taljemål, samt kost- og alkoholvaner.

Ved 12 måneders opfølgningen findes forbedret udholdenhed hos kursisterne (vist ved øget gangdistance), færre dagligrygere (dog ikke statistisk signifikant) og bedre motionsvaner, hvilket inkluderer kursisternes selvvalgte fysiske form, samt hvor ofte de dyrker fysisk aktivitet. Der kan ikke vises nogen langsigtet effekt (12 mdr.) i forhold til konditallet, som falder tilbage til udgangspunktet ved kursusstart. Der kan kun i mindre grad vises en effekt i forhold til den helbredsrelaterede livskvalitet, på den psykiske dimension, hvor der findes en lille men dog statistisk signifikant effekt. I forhold til BMI findes der ikke nogen væsentlig effekt ved 12 måneders opfølgningen. De effekter der beskrives indenfor taljemål, samt kost- og alkoholvaner er begrænsede. Samlet viser resultaterne ved 12 måneders opfølgningen, at det er vanskeligt at fastholde den positive udvikling, der kan måles efter 3 måneder.

Tilfredshed og selvvalgt udbytte

Der er foretaget en måling af kursisternes tilfredshed med sundhedskurset, som viser, at 89 % af alle kursister vurderer kurset på SundhedsCentret som "meget godt" eller godt". Blot én kursist svarer "dårligt", og ingen kursister svarer "meget dårligt".

Undersøgelsen viser desuden, at kursisternes tilfredshed er størst med de dele af kurset, hvor de har en personlig kontakt med SundhedsCentrets personale. Den høje tilfredshed gælder først og fremmest modtagelsen første dag i SundhedsCentret, den indledende samtale og den tildelte kontaktperson. Der er en mindre, men stadig overvejende stor tilfredshed med kursets rammer og indhold, herunder personalets faglige sammensætning, det faglige niveau i kurset og muligheden for at lære af andre kursisters erfaringer. Der er mindst tilfredshed med den information, som kursisterne har modtaget fra de praktiserende læger.

3, 6 og 12 måneder efter kursusstart har kursisterne vurderet, om de har oplevet bevidstheds- og adfærdsmæssige forandringer som følge af kurset. Både på den bevidstheds- og adfærdsmæssige dimension svarer minimum to tredjedele af kursisterne positivt ved 3, 6 og 12 måneders målingerne. Der er en tendens til, at andelen af positive svar stiger fra 3 til 6 måneder, mens der ved 12 måneder sker et mindre fald. Samlet set indikerer data, at en stor del af kursisterne oplever, at de har flyttet sig både på et adfærdsmæssigt og bevidstheds- og adfærdsmæssigt plan som følge af kurset.



1 SundhedsCenter Århus

1.1 SundhedsCentrets etablering og udvikling

Med strukturreformen har de nye kommuner fået ansvaret for borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse og skal samarbejde med regionen om patientrettet forebyggelse. På den baggrund og med afsæt i den nye sundhedslovgivning¹ etablerede Århus Kommune pr. 1. november 2006 SundhedsCenter Århus som et projekt løbende frem til 31. januar 2009. Efter projektperiodens udløb er det besluttet at videreføre SundhedsCentret i sin nuværende form.

Organisatorisk er SundhedsCentret en del af Afdelingen for Sundhed og Forebyggelse, som har det overordnede tværgående koordinationsansvar for sundhed i Århus Kommune. Ansvar for udvikling og afholdelse af lægehenviste forløb er placeret hos SundhedsCentrets chef.

SundhedsCentret skal ses i sammenhæng med Århus Kommunes sundhedspolitik, som har fokus på KRAM og reduktion af social ulighed i sundhed. Afsættet er WHO's brede definition af sundhed, en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende.

Såvel den patientrettede som den borgerrettede indsats i Sundhedscenter Århus fokuserer på at reducere social ulighed i sundhed, gennem opsøgende aktiviteter og ved at muliggøre inddragelse af borgere med vidt forskellige forudsætninger. Der er fx indledt et konkret samarbejde med magistratens 1. afdeling om et fireårigt sundhedstiltag blandt misbrugere og hjemløse, samt kurser for smerteramte sygedagpengemodtagere. Der er også en lang række samarbejdsrelationer med patientforeninger og andre interessenter.

Med SundhedsCentret ønskede Århus Kommune at udvikle et modelprojekt, som kunne inspirere til udvikling af yderligere sundhedsindsatser i kommunen. Siden opstarten i 2006 har SundhedsCentret således været igangsætter og bidragsyder i en lang række af sundhedstiltag. Blandt andet har SundhedsCentret understøttet udviklingen og implementeringen af sundhedsklinikker i Århus Kommune² via samarbejds møder, kurser i motiverende samtaler og temadage for sygeplejersker i sundhedsklinikkerne. Opstarten af diabetesskoleforløb i den vestlige del af Århus er et andet eksempel på udbredelsen af SundhedsCentrets aktiviteter. I 2008 blev der afholdt tre forløb til arabisktalende og tyrkisktalende borgere, og flere er planlagt.

¹ Sundhedsloven § 119

² Sundhedsklinikkerne er placeret ved lokalcentrene i Århus kommune og yder sygepleje, sundhedsfremme og forebyggelse til borgere som har brug for sygepleje eller til borgere og pårørende som ønsker vejledning og støtte.

1.2 SundhedsCenter Århus set i relation til SIFs evaluering af sundhedscentre

SundhedsCenter Århus er et af de 18 sundhedscentre, der i 2006 fik puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til forsøg med sundhedscentre i danske kommuner. SundhedsCentret indgår derfor i den evalueringsrapport, som Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har udarbejdet om de 18 sundhedscentre³.

I rapporten fremhæves SundhedsCenter Århus for sit samarbejde på tværs af afdelingerne og et godt samarbejde med de praktiserende læger. De praktiserende læger fremhæver det brede tilbud, selve modellen og det forhold at der er direkte elektronisk henvisning via lægernes eget korrespondencemodul, edifact.

På baggrund af analyser og vurderinger fremsætter forfatterne seks anbefalinger vedrørende kommunale sundhedscentre:

- Organisatorisk forankring af sundhedscentre i den kommunale organisering til fremme af velfungerende samarbejdsrelationer på tværs af afdelinger
- Klare målsætninger og prioritering af aktiviteter der understøtter den kommunale sundhedspolitik
- Sammenhæng i indsats indenfor det samlede sundhedsvæsen
- Information og kommunikation
- Samarbejde med private og frivillige organisationer
- Evaluering og forskning

Fra SundhedsCenter Århus' begyndelse har hensigten været at fremme velfungerende samarbejdsrelationer, prioritere aktiviteter og fremme sundhed indenfor det samlede sundhedsvæsen. Bl.a. har de praktiserende læger medvirket ved udarbejdelsen af centrets grundlag og henvisningskriterier. Desuden har Sundhedscenterchefen bidraget til formuleringen af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for tre kroniske patientgrupper, diabetes, KOL og hjerter.

Information og kommunikation har høj prioritet. Alle Århus Kommunens sundhedstilbud er samlet i et katalog til borgere og samarbejdspartnere, som distribueres til alle praktiserende læger, biblioteker mm. Sundhedscentret har desuden holdt temamøder, oplæg og modtaget besøg af praktiserende læger.

I arbejdet med borgere med kronisk sygdom er løbende kontakt og overblik over den enkeltes forløb afgørende for graden af succes. Århus Kommune har prioriteret at indføre elektroniske patientjournaler fra 2009, hvilket vil styrke SundhedsCentrets muligheder for at give relevant støtte til den enkelte borger over tid.

SundhedsCentrets samarbejde med frivillige organisationer har resulteret i flere samarbejdsaftaler med fx Ældresagen, FO og DGI. Sidstnævnte fremhæver i den nationale evalueringsrapport, at der er mange perspektiver i det fleksible samarbejde med SundhedsCentret, som vurderes at være unikt og DGI vil arbejde for modelspredning til andre kommuner.

Nærværende eksterne evaluering af SundhedsCentret er et udtryk for, at Århus Kommune vil udbygge og udvikle de nye sundhedstilbud på et solidt vidensgrundlag, ligesom en kommende implementering af en elektronisk patientjournal vil kvalificere effektvurderinger.

³ Due, T.D., Waldorff, S.B., Aarestrup, A.K., Laursen, B. og Curtis, T: Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer, 2008

1.3 SundhedsCentrets tilgang

SundhedsCenter Århus er et sundhedsfremmende tilbud til alle borgere i Århus Kommune. SundhedsCentrets hovedopgaver er rådgivning, vejledning og træning i livsstilsændringer og formidling af viden om sundhedsfremme og forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme. Derigennem skal SundhedsCentret medvirke til, at flere får mulighed for at leve et godt liv med en sund livsstil.

Det praktiske arbejde med ændringer af vaner og fortsatte forbedringer baseres på tanker i gennembrudsmetoden⁴, hvor den grundlæggende ide, kort fortalt, er at kvalitetsforbedringer opnås gennem afprøvning, tilpasning og implementering af viden om "bedste praksis".

SundhedsCentrets teoretiske afsæt er "det åbne sundhedsbegreb", som handler om at flytte fokus fra sygdom til sundhed. I den sammenhæng forstås sundhed som en følelse af livsmod og livsglæde, hvor den enkelte er i stand til at klare hverdagens mange forskellige situationer. Mennesker kan med den forståelse være sunde, selvom de er syge, eller usunde selvom de er raske. Det handler simpelthen om, hvordan livet (op)leves.

Studier fra én af fortalerne for denne tilgang, Aron Antonovskys, viser, at meningsfuldheden og oplevelsen af sammenhæng er centrale elementer, der har stor indflydelse på, om man har et godt helbred. Det er følelsen af meningsfuldhed, der afgør om man føler, at en sag er værd at beskæftige sig med. Om det man står overfor er en overkommelig udfordring eller et uoverstigeligt problem.

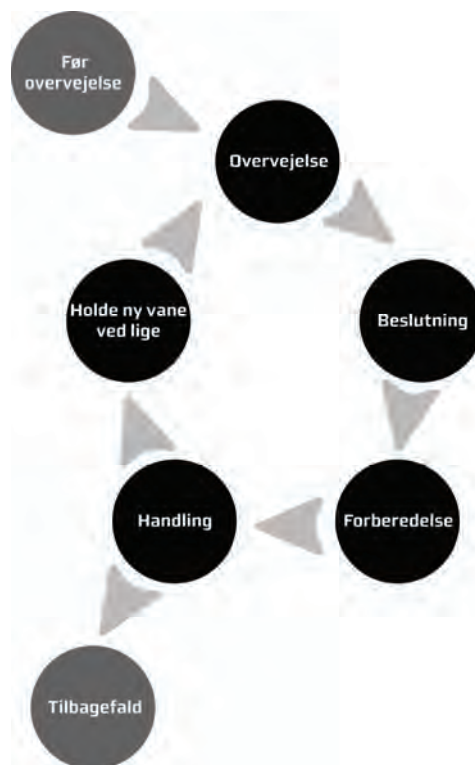
I arbejdet med det åbne sundhedsbegreb er anerkendelsen af det enkelte menneskes mål og værdier centrale elementer. Den kultur og kontekst, det enkelte menneske er en del af, skal medtænkes og personalet er åbne overfor individuelle variationer i mål og livsbetingelser. Det er det enkelte menneske, der sætter sine egne mål. Personalets rolle er at yde borgerne beslutningsstøtte i denne proces. Samtaler og undervisning finder sted med en anerkendende tilgang og således, at personalet – uden løftede pegefingre – medvirker til at det enkelte menneske oplever en mening med at få tilført ny viden og fysisk træning.

Inden for den planlagte undervisningsramme tages afsæt i de cases og problemstillinger, som kursisterne selv bringer op. På den måde sikres, at budskaberne bliver meningsfulde og vedkommende samtidig med at teorien omsættes til kursisternes egen hverdag.

Det er essentielt for udbyttet, at information og vejledning tilpasses den enkelte borgers behov og motivation på et givent tidspunkt. Til måling af, hvor parat – motiveret – borgeren er til at modtage konkret information og foretage ændringer af adfærd og vaner anvendes "Forandringens hjul" (se figur 1) før, under og efter et kursusforløb. Visualiseringen kan hjælpe kursisten til at "komme op på hesten igen".

⁴ Gennembrudsmetoden er den danske betegnelse for den amerikanske kvalitetsudviklingsmetode "Break Through Series". Metoden er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston, USA. Gennem de seneste tre år har Videnscenter Gennembrud, Center for Kvalitetsudvikling, gennemført seks 'Gennembrudsprojekter' i Danmark. Læs mere her: <http://www.videnscentergennembrud.rm.dk/>

Figur 1: Forandringens hjul



Personalemæssigt består SundhedsCenter Århus af et tværfagligt medarbejderteam med sygeplejersker, fysioterapeuter, klinisk diætist, socialrådgiver og en administrativ medarbejder. Alle har erfaring i arbejdet med de valgte målgrupper fra tidligere ansættelser.

1.4 Det lægevisiterede sundhedskursus

SundhedsCentrets primære tilbud er det lægehenviste sundhedskursus. Kurset er tværfagligt og henvender sig til borgere med KOL, hjerte-/karsygdomme og diabetes type 2. Deltagelse i kursusforløbet forudsætter en henvisning fra egen læge. Sundhedskurset strækker sig over 12 uger og består af en ugentlig undervisningssektion med undervisning, refleksion og dialog samt fysisk træning i et motionslokale.

I hovedoverskrifter indeholder kursusforløbet følgende elementer:

- Opstilling af mål og strategier med udgangspunkt i egen situation
- Introduktion til personlige strategier og motivationsafklaring
- Dialog om vaner og refleksive processer i forhold til forandringer
- Teoretisk og praktisk introduktion til træning
- Fysiske test
- Handlekompetencer ift. kost (læsning af varedeklarerationer, kostråd mv.)
- Opbygning af ressourcer og rammer for at skabe 'det gode liv'
- Opdeling af diagnosespecifikke hold ved undervisning i sygdommen og medicin
- Opmærksomhed på psykiske reaktioner i forbindelse med kroniske sygdomme
- Fastholdelse og udvikling af sunde vaner i hverdagen

Indenfor to dage efter henvisning fra egen læge kontaktes borgeren telefonisk af en medarbejder fra SundhedsCenter Århus, som fremover bliver borgerens kontaktperson. Der aftales tid til første samtale.

I forbindelse med første samtale vurderes om borgeren skal tilbydes et 12-ugers sundhedskursus eller et individuelt forløb. Hvis der tilbydes et 12-ugers kursus opstilles personlige mål for kurset og tiden efter. Faserne i et sundhedskursus er vist i figur 2.

Figur 2: Faser i det lægehenviste sundhedskursus



På sundhedskurserne består holdene af 8-10 kursister sammensat på tværs af diagnoser. Der startes et nyt hold hver 14. dag, og der kører løbende 6 hold. For at give borgere, der arbejder, mulighed for at deltage i et sundhedskursus, afvikles der kurser udenfor normal arbejdstid.

Undervejs i de 12 uger har kursisterne efter behov mulighed for at deltage i individuelle samtaler med fagpersonalet på SundhedsCentret – næsten alle kursister har en samtale med en klinisk diætist. Ved afslutning af forløbet gennemføres en slutsamtale med hver enkelt kursist, hvor der bl.a. udfyldes en epikrise med beskrivelse af kursistens målopfyldelse, som fremsendes til den henvisende læge. Fire måneder efter kursets opstart tilbydes kursisten en telefonisk opfølgning og derudover personlige samtaler og fysiske test seks og tolv måneder efter kursets start.

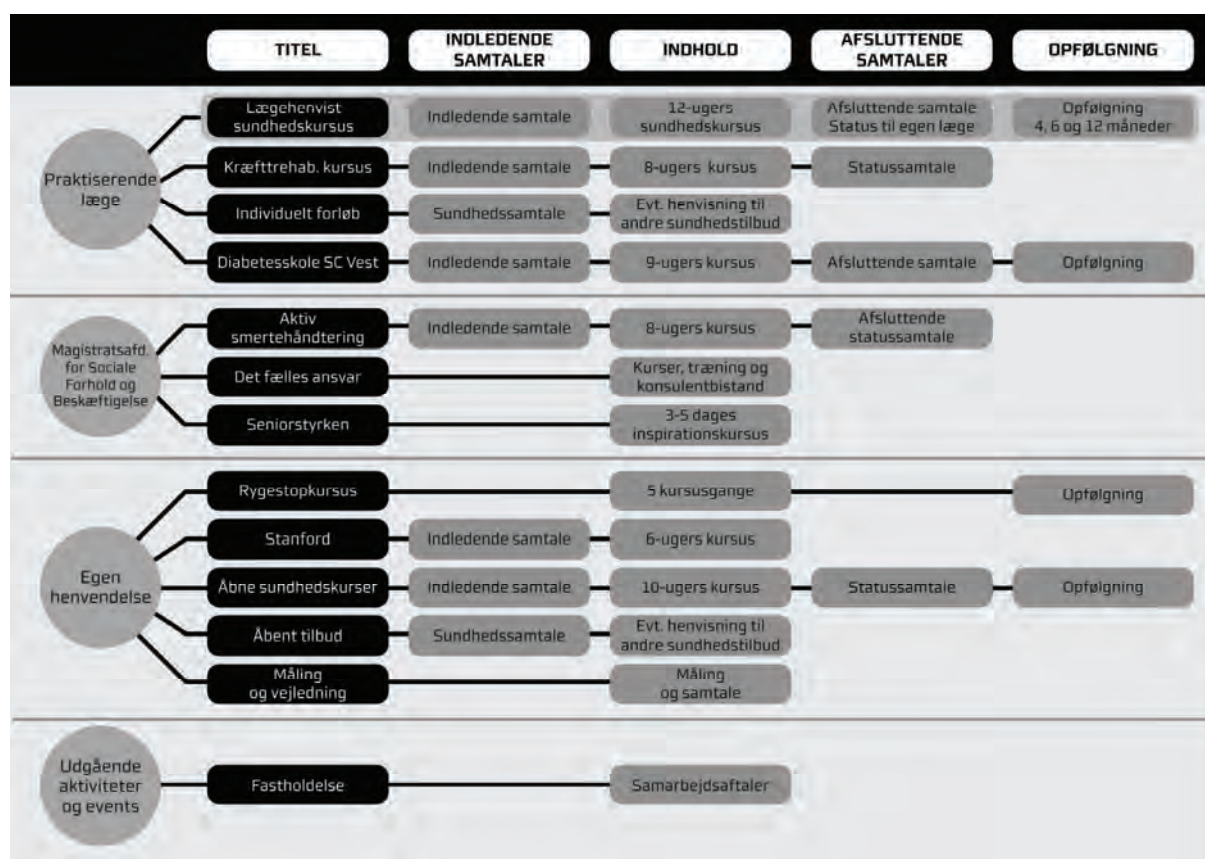
Faktaboks: Indhold i sundhedskurset

<p>1. samtale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information om kurset ▪ Afklaring af borgerens baggrund for at deltage ▪ Personlige mål for kurset og tiden efter <p>12-ugers kursus (1 gang/uge á 2 timer)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flyt fokus fra sygdom til sundhed ▪ Alle får egen kontaktperson, der afholder en bred motiverende sundhedssamtale som opstart på forløbet ▪ Kursisten fastsætter og nedskriver egne sundhedsmål ▪ Fysiske test ▪ Hver uge: 45 minutters teoretisk undervisning, 1 times fysisk træning og 15 minutter til netværksdannelse ▪ Løbende opfølgning på egne mål og delmål ▪ Under forløbet er der mulighed for individuelle samtaler med fagperson afhængigt af behov ▪ Mulighed for rygestopforløb 	<p>Afsluttende samtale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktpersonen afholder en motiverende sundhedssamtale som afslutning på forløbet ▪ Nye mål og delmål formuleres. Indsatser til opfyldelse af mål drøftes, fastlægges og nedskrives ▪ Epikrise til praktiserende læge formuleres i samarbejde med borgeren – blandt andet med mål opfyldelse og resultater af fysiske test ▪ Fysiske test <p>Opfølgning – 4 måneder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonisk kontakt - kontaktpersonen ringer til den tidligere kursist og gennemfører en motiverende sundhedssamtale ▪ Opfølgning og justering af mål, delmål og indsatser til opfyldelse af mål <p>Opfølgning – 6 og 12 måneder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personlige samtaler – motiverende sundhedssamtale ▪ Opfølgning og justering af mål, delmål og indsatser til opfyldelse af mål. Anvendes strategierne fortsat. ▪ Fysiske test efter 12 måneder
--	--

1.5 Øvrige tilbud i SundhedsCentret

Figur 3 indeholder en oversigt over SundhedsCentrets primære tilbud. Cirklerne yderst til venstre viser borgernes indgang til centrets tilbud. I de mørke kasser er tilbuddenes titler anført, mens indholdet kort er præsenteret i de grå kasser. SundhedsCentrets kerneopgave, det lægehenviste sundhedskursus, er markeret øverst i figuren. De øvrige tilbud beskrives kort i de følgende med fokus på tilbuddenes indhold og omfang af aktiviteter.

Figur 3: Tilbud i SundhedsCenter Århus



Aktiv smertehåndtering

Tværmagistratslig indsats målrettet langtidssyge i alderen 18 til 65 år med kroniske smerter. Sociallægerne kan henvise til et 8-ugers forløb. Fra september 2008 til december 2008 er der afholdt 3 kurser med 5-8 borgere på hvert kursus. Formålet er at lære at håndtere og leve bedre med smerter. Sundhedscentrets bidrager med holdundervisning, fysisk træning og individuelle samtaler.

Det Fælles Ansvar

Tværmagistratsligt samarbejde mellem Center Basen og SundhedsCenter Århus. Omfatter sundhedsfremme, kost og idræt blandt særligt socialt udsatte grupper. Fra september 2008 til december 2008 har 386 personer, heraf 46 medarbejdere fra forskellige varme-stuer og væresteder deltaget i aktiviteter, som SundhedsCenter Århus har været en del af.

Seniorstyrken

Tværgående projekt for seniorer, der overvejer deres liv efter en karriere på arbejdsmarkedet. Målet er at få flere seniorer til at udfolde deres ressourcer til gavn for sig selv, arbejdspladsen og for civilsamfundet. SundhedsCentret har deltaget i udviklingen af projektet og afviklingen af et pilotkursus. Der samarbejdes med ISS, LO, DGI og Beskæftigelsesafdelingen i Århus Kommune. Der er planlagt 3 kurser i foråret 2009.

Kræftrehabilitering

I samarbejde med Kræftens Bekæmpelse er et 8-ugers kræftrehabiliteringsforløb under udvikling. Borgerne skal henvises fra Kræftrådgivningscentret.

Individuelt forløb

Individuelle forløb tilbydes nogle borgere, der ikke påbegynder det lægehenviste sundhedskursus eller stopper før kursets afslutning. Borgere der henvender sig i det åbne tilbud kan ligeledes efter vurdering tilbydes et individuelt forløb med samtaler og vejledning hos fx diætist, socialrådgiver, fysioterapeut eller sygeplejerske.

Diabetesskole i SundhedsCenter Århus Vest

Sundhedscenterchefen har det overordnede ansvar for afholdelse og udvikling af forløb i SundhedsCenter Århus Vest. I 2008 blev der afholdt 3 diabetesskoleforløb (2 på arabisk og 1 på tyrkisk). I foråret 2009 planlægges 2 kurser (1 for somaliske kvinder og 1 for somaliske mænd). Fremover er det ambitionen at afholde kurser på somali, tyrkisk og arabisk to gange årligt samt tilbyde motiverende sundhedssamtaler uden henvisning.

Rygestopkursus

Alle medarbejdere på SundhedsCenter Århus er uddannede rygestopinstruktører, og der afholdes kontinuerlige kurser, som bygger på Kræftens Bekæmpelses rygestopkoncept. Kurset består af 5 mødegange over 6 uger, samt opfølgning efter behov. Der er i 2008 afviklet 12 kurser med 82 deltagere, hvoraf en stor andel er blevet røgfrie.

Stanford

Tilbud til kronisk syge og/eller pårørende i samarbejde med Gigtforeningen. Stanford konceptet indebærer at underviserne selv er kroniske patienter. Undervisningen har fokus på at leve et mere aktivt liv og lære at håndtere de udfordringer den kroniske sygdom medfører. Fra september 2008 til december 2008 har 23 gennemført. Der planlægges 5 kurser i 2009.

Åbne sundhedskurser

I foråret 2009 opstartes et forløb for borgere med risici for at få livsstilsrelaterede kroniske sygdomme. Der oprettes løbende hold.

Åbent tilbud – "Sundhedsborgerservice"

Borgerne kan komme fra gaden og få en motiverende sundhedssamtale samt mulighed for en opfølgende samtale. På baggrund af samtalen hjælpes mange videre til andre sundhedstilbud. Op mod 1/3 af borgerne er i sundhedskursets målgruppe og kan efterfølgende henvises af egen læge. Fra december 2006 til december 2008 har ca. 450 borgere benyttet det åbne tilbud, dertil kommer 4 åbent hus arrangementer, hvor ca. 300 borgere har deltaget.

Måling og vejledning

SundhedsCentret samarbejder med Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Gigtforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Osteoporoseforeningen, FO, Ældresagen og DGI om afvikling af events nogle gange årligt. Siden november 2006 har over 1000 borgere bl.a. fået lavet fysiske test og deltaget i sundhedssamtaler.

Fastholdelse

- Magistraten for Sundhed og Omsorg har indgået en samarbejdsaftale med FO og Ældresagen, som bl.a. indebærer at fysioterapeuter fra SundhedsCentret har instrueret over 150 personer i brug af fitnessudstyr.
- I samarbejde med DGI afvikles et månedligt arrangement for alle tidligere, nuværende og kommende kursister. Formålet er fastholdelse af netværk samt erfaringsudveksling. Der er afholdt 10 kursistdage fra februar 2008 til december 2008.

1.6 SundhedsCentrets samarbejdsrelationer

I løbet af de første godt to år har SundhedsCentret etableret samarbejde til en lang række af aktører i Århus Kommune, Region Midtjylland, øvrige kommuner og regioner, blandt sundhedsprofessionelle, frivillige foreninger og det øvrige civilsamfund. Internt i Århus Kommune løser SundhedsCenter Århus en række opgaver i egen og andre magistratsafdelinger.

I nedenstående figur 4 er oplyst eksempler på SundhedsCentrets samarbejdspartnere fordelt på sundhedsprofessionelle, frivillige organisationer og andre interessenter. Listen er ikke udtømmende, men er med for at illustrere det brede samarbejde i SundhedsCentret. For en uddybning af samarbejdets karakter henvises til midtvejsevalueringen⁵, som indeholder en grundig analyse af fire centrale samarbejdspartneres vurdering af samarbejdet samt resultaterne af en undersøgelse af praktiserende lægers vurdering af SundhedsCentrets betydning og muligheder.

Figur 4: Hvem samarbejder SundhedsCentret med?



⁵ Center for Kvalitetsudvikling: Midtvejsevaluering af SundhedsCenter Århus, marts 2008.

2 Evaluering af det lægehenviste sundhedskursus – metode

2.1 Evalueringens baggrund

Ved etableringen af SundhedsCenter Århus besluttede Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg i Århus Kommune, at Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland skulle gennemføre en evaluering af SundhedsCentrets lægehenviste sundhedskursus i hele projektperioden med dataindsamling fra 15. november 2006 til 31. december 2008.

Evalueringen er dermed foretaget samtidig med udviklingen af SundhedsCentrets tilbud. Det har fra starten været vigtigt, at evalueringen løbende skulle levere viden tilbage til ledelse og medarbejdere, som kunne være med til at forme og udvikle indsatsen og aktiviteterne. Det er der flere eksempler på, bl.a. viste en statusmåling i august 2007⁶, at kursisterne efterspurgte bedre muligheder for at lære af andre kursisters erfaringer. Som en konsekvens tog SundhedsCentret initiativ til at invitere kommende, igangværende og afsluttede kursister til månedlige kursisdage, hvilket siden er blevet afholdt ti gange.

Nærværende evaluering har alene fokus på SundhedsCentrets 12-ugers lægehenviste sundhedskursus, hvor der er gennemført resultatmålinger og en tilfredsheds- og udbytteundersøgelse. Center for Folkesundhed er ansvarlig for resultatmålingerne (afsnit 3.2 og kapitel 4), mens Center for Kvalitetsudvikling er ansvarlig for den øvrige rapport. De anvendte metoder præsenteres i det følgende.

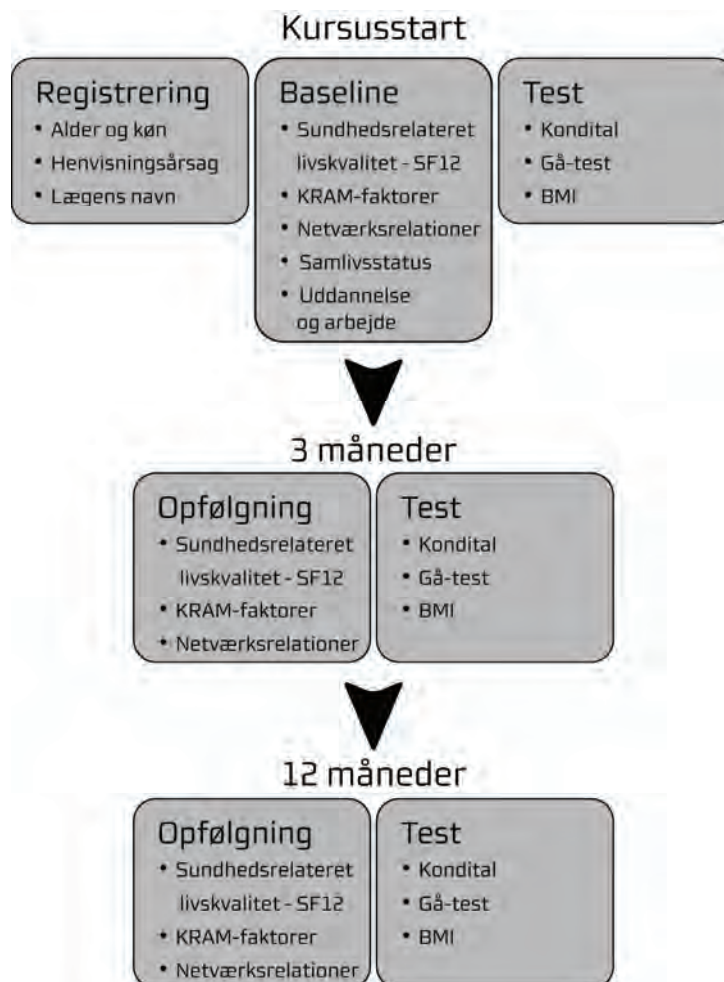
2.2 Metode: Resultatmålinger

Med resultatmålingerne har det været hensigten at måle kursisternes forandringer over tid på en række centrale parametre. Der er indsamlet data om kursisternes KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion), netværksrelationer, livskvalitet og fysiske formåen ved kursusstart, kursusafslutning og ved opfølgning 12 måneder efter kursusstart. I nedenstående figur 5 vises måletidspunkter og anvendte evalueringsparametre i de gennemførte resultatmålinger.



⁶ Center for Kvalitetsudvikling: Evaluering af den patientrettede indsats på SundhedsCenter Århus – spørgeskemaundersøgelse, august 2007.

Figur 5: Måletidspunkter og evalueringsparametre i resultatmålingerne



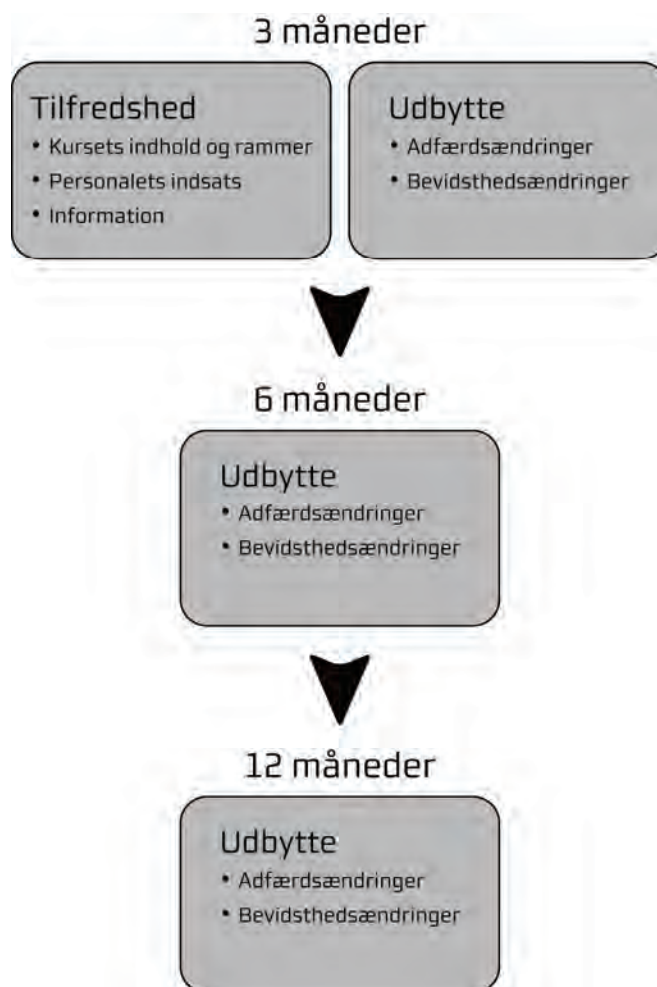
Registreringsskemaer og testskemaer er udfyldt af personalet, mens baselineskema og opfølgningsskemaer er udfyldt af kursisterne i forbindelse med første og sidste kursusgang samt ved personligt fremmøde til 12-måneders opfølgningssamtalen. Der er udarbejdet en udførlig beskrivelse af registreringspraksis mhp. at sikre pålideligheden af de indsamlede data, denne er vedlagt i bilagsrapporten, som findes på SundhedsCentrets hjemmeside: www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter

I kapitel 3 præsenteres datagrundlaget og målgruppens baselineoplysninger. Resultaterne af før og efter målingerne præsenteres i kapitel 4.

2.3 Metode: Kursistundersøgelse

I perioden 15. november 2006 til 12. august 2008 er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige kursister, der har afsluttet et 12-ugers kursusforløb. Undersøgelsen har haft til formål at frembringe en systematisk viden om kursisternes tilfredshed, udbytte og forslag til forbedringer, som SundhedsCentret løbende har kunnet anvende til at justere kursusforløbet. Måletidspunkter og evalueringsparametre er vist i figur 6.

Figur 6: Måletidspunkter og evalueringsparametre i kursistundersøgelsen



Tilfredsheds- og udbyttømålingen ved kursusafslutning er gennemført ved at kursisterne har fået et spørgeskema tilsendt privatadressen ca. 7 dage efter kursusafslutning. Udbyttømålingerne efter 6 og 12 måneder er gennemført i forbindelse med kursisternes opfølgende samtaler på SundhedsCentret.

Det anvendte spørgeskema er udviklet på baggrund af resultaterne fra en fokusgruppeundersøgelse⁷ samt drøftelser med ledelse og personale på SundhedsCenter Århus⁸. Spørgeskemaet indeholder 12 tilfredshedsspørgsmål, 6 udbyttespørgsmål og et spørgsmål om kursisternes samlede vurdering af kurset.

Resultaterne fra kursistundersøgelsen præsenteres i rapportens kapitel 5.

⁷ Center for Kvalitetsudvikling: Evaluering af den patientrettede indsats på SundhedsCenter Århus – Fokusgruppeinterview", maj 2007.

⁸ Der er nedsat en gennemgående arbejdsgruppe bestående af sundhedscenterchefen og tre sundhedsfremme- og rehabiliteringsmedarbejdere.

3 Målgruppebeskrivelse

3.1 Henvisninger, frafald og gennemførelse

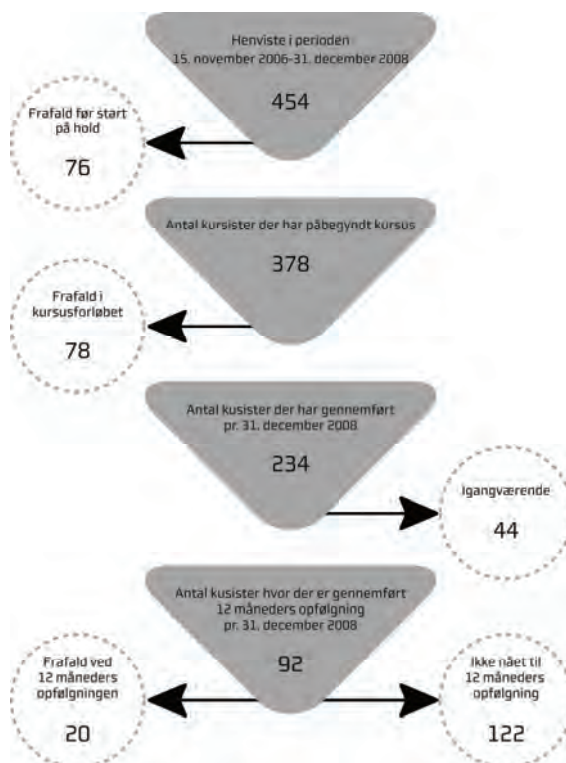
I perioden 15. november 2006 til 31. december 2008 blev i alt 454 patienter henvist til et kursusforløb på SundhedsCentret (se figur 7).

76 personer (17 %) startede ikke på et hold⁹, hvilket primært skyldtes manglende lyst, fejlhenvisninger hvor det viste sig at henvisningskriterierne ikke var opfyldte, eller at borgeren ikke havde mulighed for at starte pga. konkurrerende lidelser, dvs. sygdom som ikke gjorde det muligt at starte på et sundhedskursus. Alle henviste borgere har imidlertid fået en sundhedssamtale med sundhedscentrets personale, som i mange tilfælde har resulteret i tilbud om individuelle forløb i SundhedsCentret eller en rådgivning om andre eksterne tilbud.

Af de 378 som startede på et hold faldt 78 personer fra i løbet af kursusperioden (svarende til 21 % af de startende). Over en tredjedel af frafaldet skyldtes konkurrerende lidelser. Herudover var der en række mindre udbredte frafaldsårsager, bl.a. manglende tid og at kurset ikke blev oplevet som relevant.

Pr. 31. december 2008 havde i alt 234 personer gennemført et kursusforløb og 44 kursister var på opgørelsestidspunkt i gang med et kursus¹⁰. 92 personer havde deltaget i 12 måneders opfølgningen. SundhedsCentret har gjort en stor indsats for at indhente data ved 12 måneders opfølgningerne. Der er således et frafald på blot 20 potentielle 12 måneders opfølgninger. 122 personer var ikke nået til 12 måneders opfølgningen på opgørelsestidspunktet.

Figur 7: Henvisninger, frafald og gennemførelse

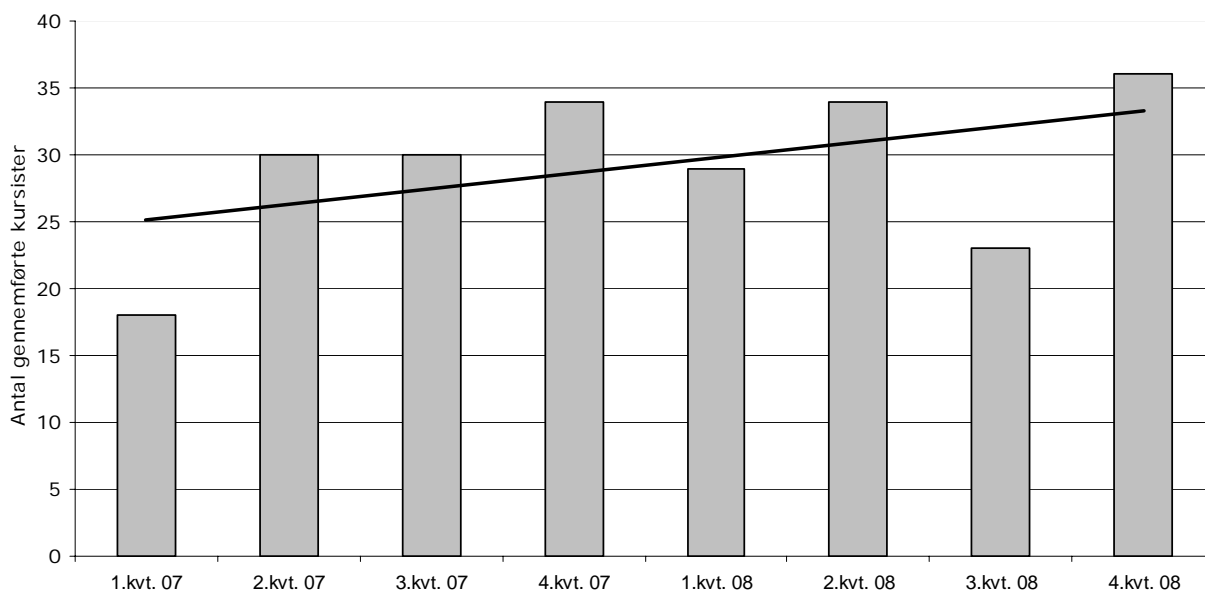


⁹ Til sammenligning var frafaldet af henviste patienter før kursusstart på Sundhedscenter Østerbro 41 % (445/757), og frafaldet undervejs i kursusforløbet 13% (59/445). Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune: Sammenhængende indsats for kronisk syge, 2008.

¹⁰ Der er et datafrafald på 22 potentielt gennemførte kursister: $(378-78) - (234+44) = 22$. Datafrafaldet er særligt opstået i SundhedsCentrets indledende fase, hvor registreringsrutiner skulle opbygges.

I gennemsnit er der afsluttet 30 kursister pr. kvartal. Det skal bemærkes, at nedgangen i 3. kvartal 2008 kan skyldes sygeplejestrækken i foråret 2008. Fra 2007 til 2008 er der en stigning på ti gennemførte kursister.

Figur 8: Antal gennemførte kursister opgjort pr. kvartal



Opgjort pr. 31. december 2008 har i alt 166 forskellige læger henvist en eller flere patienter, som er startet på et kursusforløb i SundhedsCentret svarende til 76 % af alle læger i Århus Kommune. I gennemsnit har de 166 læger henvist 2,3 patienter med en variation fra 1 til 16 patienter.

Andelen af praktiserende læger i Århus Kommune, der henviser til SundhedsCentret, er steget betydeligt i løbet af undersøgelsesperioden. Således har SundhedsCentret alene i 2008 modtaget henvisninger fra 79 nye læger¹¹. Desuden er antallet af læger, der har henvist 3 eller flere patienter til SundhedsCentret steget med 30 yderligere læger fra 2007 til 2008.

Tabel 1: Antal henvisninger pr. læge

	Pr. 31. dec. 2007	Pr. 31. dec. 2008	Forskel i antal fra 2007 til 2008
Læger der har henvist 4 eller flere patienter	4 % (8)	12 % (26)	+ 18
Læger der har henvist 3 patienter	5 % (11)	11 % (23)	+ 12
Læger der har henvist 2 patienter	6 % (12)	16 % (35)	+ 23
Læger der har henvist 1 patient	26 % (56)	38 % (82)	+ 26
Læger der pr. 31. dec. 2008 ikke har henvist	60 % (131)	24 % (52)	- 79
Total	100 % (218)	100 % (218)	

¹¹ Data om antal henvisninger i perioden 15. november 2006 til 31. december 2007 findes i Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed: Midtvejsevaluering af SundhedsCenter Århus, marts 2008.

3.2 Baselinebeskrivelse af kursister

I de følgende afsnit gives et signalement af kursisternes karakteristika før kursusstart (ved baseline). 288 kursister har besvaret et baselineskema, som er det spørgeskema, der udleveres i forbindelse med første kursusgang.

Når baselinebeskrivelsen indeholder data om 288 - og ikke de 378, som er startet på et kursusforløb (jf. figur 6) - skyldes det dels datafrafald som følge af manglende udfyldte baselineskemaer, dels at der i SundhedsCentrets opstartsfasen blev anvendt en anden type registreringsskema (SF36). I samråd med SundhedsCentrets personale, blev det imidlertid vurderet, at SF-36 skemaet var for omfattende og tidskrævende at udfylde. Fra og med hold fem er der i stedet anvendt en forkortet udgave af SF-36 skemaet, kaldet SF-12, som stadig kan måle fysisk og psykisk helbred. Ulempen ved undervejs at ændre i registreringsskemaerne er, at data om 30 kursister på de første fire hold ikke er sammenlignelige med de senere indsamlede data, og derfor ikke indgår i denne afrapportering.

I afsnit 3.2.1 præsenteres kursisternes objektive baggrundsfaktorer. Afsnit 3.2.2 indeholder en beskrivelse af kursisternes livskvalitet og resultater af indledende fysiske test, herunder kondition, BMI og taljemål, mens afsnit 3.2.3 præsenterer oplysninger om kursisternes KRAM-faktorer.

Nogle af baggrundsfaktorerne og sundhedsmålene sammenlignes med standardiserede tal for baggrundsbefolkningen i *Århus Kommune* (standardiseret på alder og køn) via Sundhedsprofilen¹², der baserer sig på en undersøgelse af befolkningens sundhed i Region Midtjylland, herunder Århus Kommune.

3.2.1 Kursisternes baggrundsfaktorer

Kursisterne på Sundhedscenter Århus adskiller sig markant og statistisk signifikant fra baggrundsbefolkningen især i forhold til andelen af beskæftigede og civilstatus. Hos kursisterne bor 48 % alene, hvorimod denne andel kun udgør 25 % af den sammenlignelige baggrundsbefolkning. 24 % af kursisterne er i beskæftigelse mens 40 % af baggrundsbefolkningen er i beskæftigelse. Det er væsentligt at bemærke, at mere end halvdelen af kursisterne har to eller flere henvisningsdiagnoser.

¹² Larsen FB, Nordvig L.: Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Center for Folkesundhed, 2006

Tabel 2: Personkarakteristika (N: 288)

Baggrundsfaktorer	Kvinde	Mand	Total	Baggrunds befolkning	Test
Antal	212 (74 %)	76 (26 %)	288		
Alder					
25-44 år	16 (8 %)	5 (7 %)	21 (7 %)		
45-64 år	106 (50 %)	46 (61 %)	152 (53 %)		
65-74 år	68 (32 %)	22 (29 %)	90 (31 %)		
75- år	22 (10 %)	3 (4 %)	25 (8 %)		
Henvisningsdiagnose					
KOL	76 (36 %)	16 (21 %)	92 (32 %)		
Hjerte- karsygdom	97 (46 %)	38 (50 %)	135 (47 %)		
Diabetes	74 (34 %)	45 (59 %)	119 (41 %)		
Antal henvisningsdiagnoser					
0	11 (5 %)	5 (7 %)	16 (6 %)		
1	89 (42 %)	26 (34 %)	115 (40 %)		
2-4	112 (55 %)	45 (59 %)	157 (54 %)		
Civil status					p ≤ 0,05
Gift eller samlevende	89 (42 %)	49 (64 %)	138 (48 %)	71 %	
Bor alene	115 (54 %)	24 (32 %)	139 (48 %)	25 %	
Uoplyst	8 (4 %)	3 (4 %)	11 (4 %)	4 %	
Børn					p > 0,05
Ja	174 (82 %)	55 (72 %)	229 (79 %)	83 %	
Nej	37 (17 %)	20 (26 %)	57 (20 %)	15 %	
Ej besvaret	1 (1 %)	1 (1 %)	2 (1 %)	1 %	
Beskæftigelse					p ≤ 0,05
I Beskæftigelse	46 (22 %)	22 (29 %)	68 (24 %)	40 %	
Uden for beskæftigelse	166 (78 %)	54 (71 %)	220 (76 %)	60 %	
Uddannelsesniveau ¹³					p ≤ 0,05
Lavt	39 (19 %)	9 (12 %)	48 (17 %)	21 %	
Middel	99 (46 %)	32 (42 %)	131 (45 %)	50 %	
Højt	47(22 %)	26 (34 %)	73 (25 %)	29 %	
Ej besvaret	27 (13 %)	44 (12 %)	36 (13 %)	0 %	

3.2.2 Livskvalitet og fysiske test

I dette afsnit præsenteres kursisternes helbredsrelaterede livskvalitet samt kondition, BMI og taljemål.

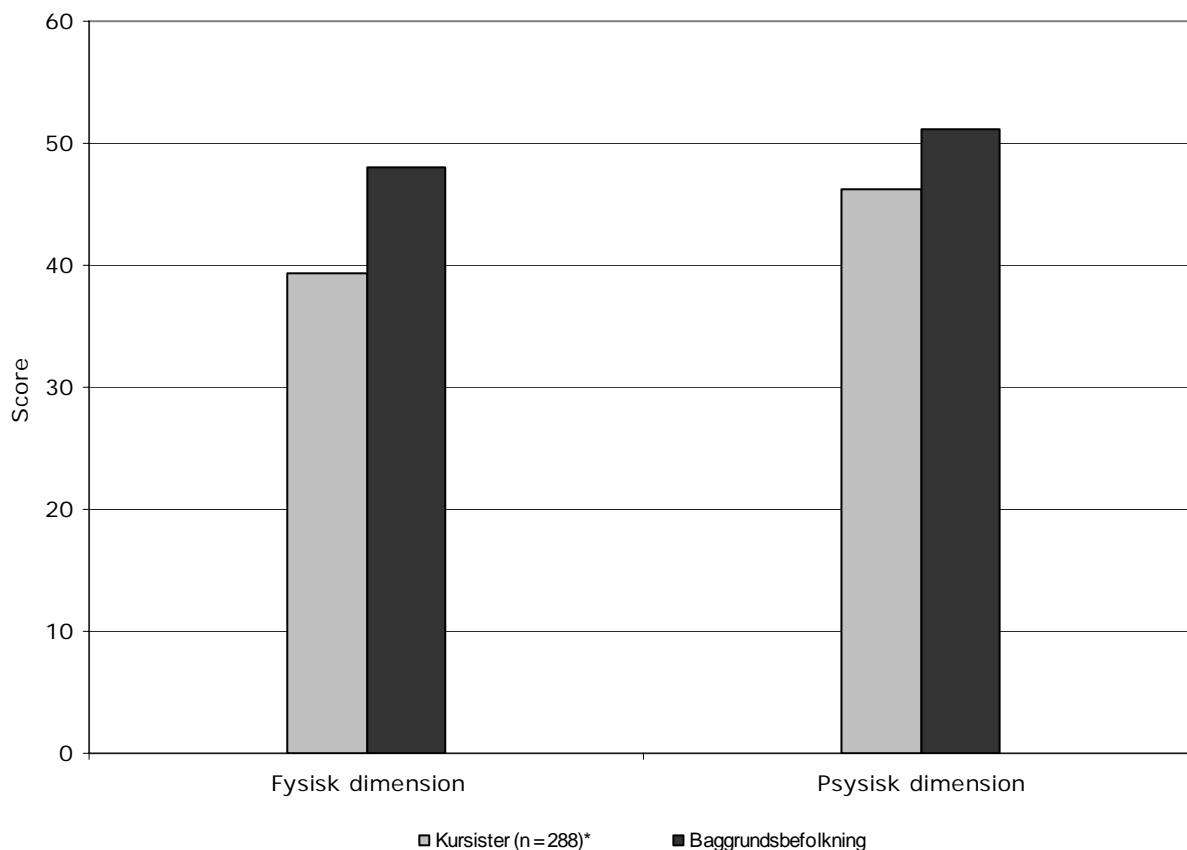
Sammenfattende kan det konstateres, at kursisterne vurderer deres helbredsrelaterede livskvalitet ringere end baggrundsbefolkningen, og en markant større andel af kursisterne er svært overvægtige i forhold til baggrundsbefolkningen. Kursisternes gennemsnitlige kondital er meget lavt. Baggrundsbefolkningens kondital er ikke registreret.

¹³ Skole- og erhvervsuddannelse er konverteret til et samlet uddannelsesniveau som følger principperne i Dansk Uddannelses- Nomenklatur (DUN) (www.dst.dk)

3.2.3 Helbredsrelateret livskvalitet – SF12

Livskvaliteten måles med det standardiserede og validerede spørgeskema SF12. SF12 indgår som en del af det spørgeskema, som kursisterne besvarer ved første kursusgang samt efter 3 og 12 måneder. De overordnede dimensioner (fysisk og psykisk helbred) for kursister på SundhedsCenter Århus og en standardiseret baggrundsbefolkning i Århus kommune er illustreret i figur 9.

Figur 9: Helbredsrelateret livskvalitet - SF12



* P-værdi for fysisk dimension og psykisk dimension $p \leq 0,05$.

Figur 9 viser, at den helbredsrelaterede livskvalitet for kursisterne i forhold til den standardiserede århusianske baggrundsbefolkning er statistisk signifikant lavere på både den fysiske og den psykiske dimension ved kursusstart.

Kursister med KOL vurderer deres livskvalitet lavere end grupperne med hjerte-karsygdomme og diabetes, mens kursister med hjerte-karsygdomme desuden vurderer deres livskvalitet højere end diabetesgruppen.

I forhold til civilstand er der ingen forskelle mellem gifte/samlevende og aleneboende.

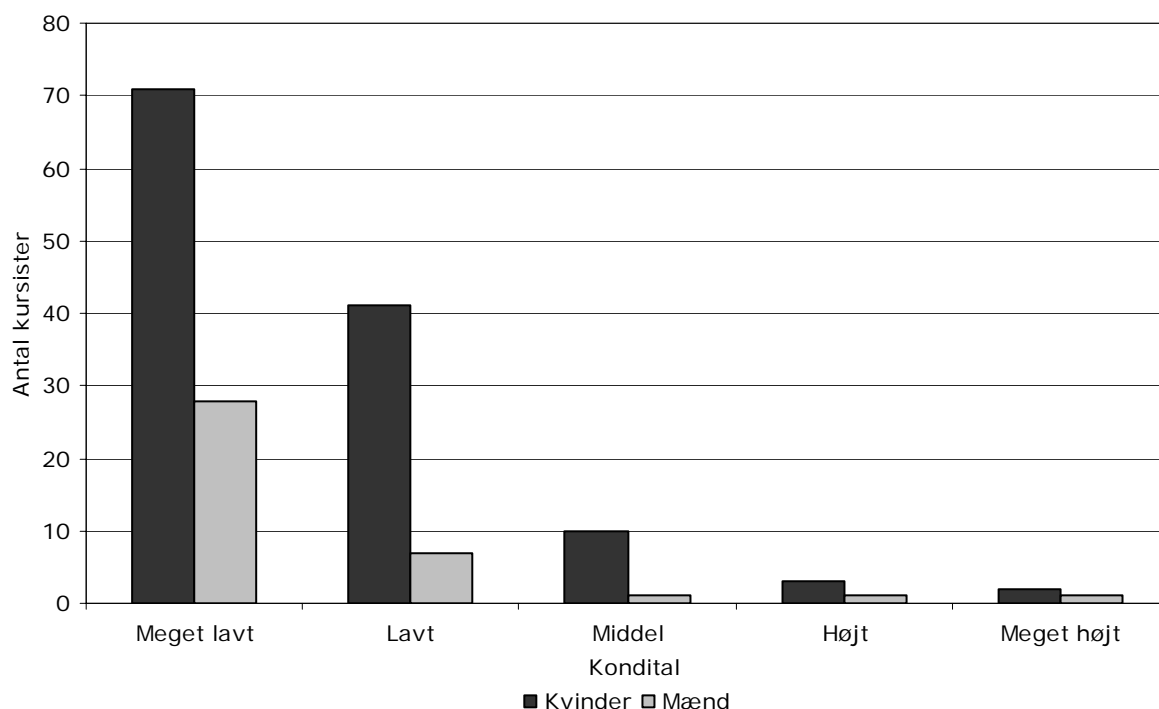
Kondition

Til test af kondital er der anvendt Åstrands et-punktstest¹⁴. Testen er en submaksimal test, der er let at udføre.

En stor del af kursisterne får pulsregulerede medicin (betablokkere). Derfor har blot 165 kursister fået målt deres kondital ved opstart. Det gennemsnitlige kondital var 21,6, hvilket for aldersgruppen vurderes som et meget lavt kondital for både mænd og kvinder¹⁵.

I figur 10 vises fordelingen af kondital hos 165 kursister på SundhedsCenter Århus.

Figur 10: Fordelingen af kondital ved kursusstart (N: 165)



Note: Den anvendte inddeling af kondital er foretaget på baggrund af Statens Institut for Folkesundheds kategorier: <http://www.si-folkesundhed.dk>

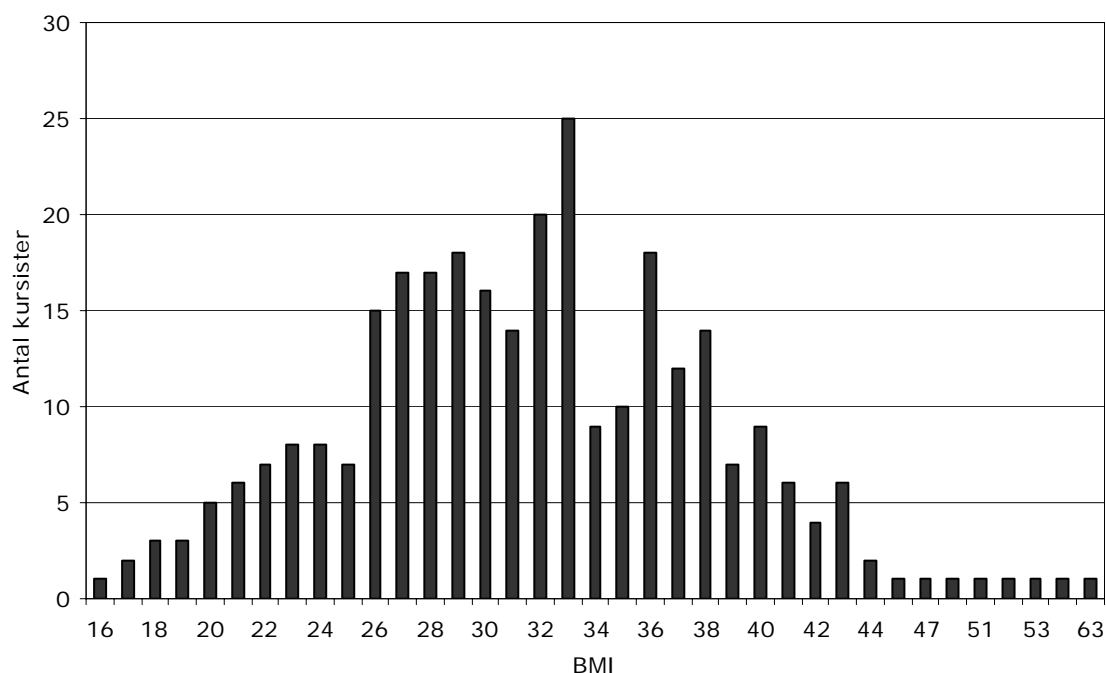
¹⁴ <http://www.ffy.dk>

¹⁵ <http://www.si-folkesundhed.dk>

BMI

297 kursister har fået målt deres BMI ved kursusstart. Gruppens gennemsnitlige BMI var 31,7 (svær overvægt) for 218 kvinder og 31,3 (svær overvægt) for 79 mænd.

Figur 11: Fordelingen af BMI ved kursusstart (N: 297)



Ved inddeling af kursisterne i BMI kategorier ses en statistisk signifikant forskel sammenlignet med den standardiserede århusianske baggrundsbefolkning (se tabel 3). Hos kursisterne ses en væsentlig større andel af svært overvægtige (59 %) i forhold til baggrundsbefolkningen (12 %).

Tabel 3: BMI hos kursister og baggrundsbefolkning i Århus Kommune

BMI kategori	Kursister på Sundhedscenter Århus	Baggrundsbefolkning	Forskel i procent-point (p-værdi ≤ 0,05)
BMI ≥ 30 (svært overvægtig)	59 % (175)	12 %	47
BMI 25-29,9 (overvægtig)	25 % (74)	30 %	-5
BMI 20-24,9 (normalvægtig)	12 % (37)	54 %	-42
BMI < 20 (undervægtig)	4 % (11)	2 %	2
Uoplyst	0	2 %	-2
Samlet	100 % (297)	100 %	

Note: Inddelingen af BMI (ældre kategorisering) anvendes mhp. at kunne sammenligne med baggrundsbefolkning. Nye BMI kategorier adskiller undervægtige for normalvægtige ved 18,5¹⁶. Baggrundsbefolkningen (Århus Kommune) er standardiseret på alder og køn.

¹⁶ <http://www.altomkost.dk>

Taljemål

Taljemål er et internationalt anvendt og anerkendt mål for fedmerelateret risiko¹⁷, og det anbefales, at taljemål og/eller talje-hofte ratio bør indarbejdes i risikovurdering i forhold til hjertekarsygdomme¹⁸. Det er almen accepteret, at et taljemål over 94 cm for mænd og 80 cm for kvinder medfører en let forøget risiko, mens taljemål på 102 cm for mænd og 88 cm for kvinder medfører en forøget risiko¹⁹. 219 kvinder har fået målt deres talje ved kursusstart. Deres gennemsnitlige taljemål var 100,6 cm. 79 mænd har fået målt deres talje ved kursusstart. Deres gennemsnitlige taljemål var 110,3 cm. I tabel 4 inddeles kursisterne i kategorierne svær overvægt, moderat overvægt, normal vægt på baggrund af taljemål²⁰. Det ses, at omkring 80 % af kvinderne og mændene indgår i kategorien svær overvægt.

Tabel 4: Taljemål hos kursister på Sundhedscenter Århus

Taljemål	Kategorier	Kvinder	Mænd
Svær overvægt	Kvinder: >88 cm Mænd: >102 cm	79 % (173)	80 % (63)
Moderat overvægt	Kvinder: 80-88 cm Mænd: 94-102 cm	10 % (21)	9 % (7)
Normal vægt	Kvinder: < 80 cm Mænd: < 94 cm	11 % (25)	11 % (9)
Total		100 % (219)	100 % (79)

3.2.4 Kramfaktorer

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorer) er livsstilsfaktorer, som har stor betydning for udviklingen og forløbet af KOL, diabetes 2 og hjerte- karsygdomme. Nedenstående afsnit giver et overblik over KRAM-faktorerne hos kursisterne på SundhedsCenter Århus ved kursusstart og sammenligner med data for en tilsvarende baggrundsbe- folkning i Århus Kommune (samme aldersgruppe og kønsfordeling). Oplysningerne er indhentet via spørgeskemaer og er således selvrapporterede.

Sammenfattende for KRAM-faktorerne kan det konstateres, at der er flere som har røget blandt kursisterne i forhold til baggrundsbe- folkningen, hvorimod alkoholforbruget er mindre blandt kursisterne. Der findes ingen væsentlige forskelle i kostvaner, mens bag- grundsbefolkningen oftere dyrker motion end kursisterne.

3.2.5 Kost

Kostens indhold af frugt og grønt spiller en væsentlig rolle for vores helbredstilstand. I Ernæringsrådets reviderede kostråd fra 2005 optræder en anbefaling om at spise 600 gram frugt og grønt om dagen²¹. Der er ikke væsentlige forskelle i kursisters sund- hedsvaner ved kursusstart i forhold til baggrundsbe- folkningen. I bilagsrapporten²² vises kostvaner hos Sundhedscentrets kursister sammenholdt med standardiserede befolk- ningsdata fra Århus Kommune.

¹⁷ Pischon et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. N Engl J Med. 2008 Nov 13;359(20):2105-20.

¹⁸ Koning et al. Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta- regression analysis of prospective studies. Eur Heart J. 2007 Apr;28(7):850-6. Epub 2007 Apr 2.

¹⁹ www.motion-online.dk

²⁰ <http://www.hjerteforeningen.dk>

²¹ <http://www.altomkost.dk/>

²² Bilagsrapporten findes her: www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter
Side 24

3.2.6 Rygning

I tabel 5 vises en oversigt over kursisternes rygevaner. De indsamlede data viser, at der er 2 % flere dagligrygere samt 6 % flere eksrygere blandt kursisterne i forhold til baggrundsbefolkningen. Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem kursister og baggrundsbefolkningen.

Tabel 5: Rygevaner hos kursister og baggrundsbefolkning i Århus Kommune

Rygning	Kursister på SundhedsCenter Århus	Baggrundsbefolkning	Forskel i procentpoint (P-værdi > 0,05)
Ryger dagligt	26 % (78)	24 %	2
Lejlighedsryger	3 % (9)	3 %	0
Tidligere ryger	37 % (111)	31 %	6
Aldrig røget	29 % (89)	40 %	-11
Ryger ikke (uoplyst tidl. rygning)	4 % (13)	.	
Ej besvaret	1 % (4)	2 %	-1
Total	100 % (304)	100 %	

Note: Baggrundsbefolkning (Århus Kommune) er standardiseret på alder og køn.

3.2.7 Alkohol

Sundhedsstyrelsen anbefaler at kvinder og mænd henholdsvis indtager maksimalt 14 og 21 genstande om ugen. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at man højst drikker fem genstande "ved en enkelt lejlighed"²³. Andelen af kursister, der overskrider de anbefalede ugentlige grænseværdier vises i tabel 6. I forhold til baggrundsbefolkningen drikker signifikant færre kvindelige kursister mere end de anbefalede ugentlige genstandsgrænser. Med hensyn til "drikker mere end 5 genstande ved en enkelt lejlighed" adskiller de kvindelige kursister sig ikke signifikant fra baggrundsbefolkningen, mens de mandlige kursister ligger signifikant lavere end baggrundsbefolkningen.

Tabel 6: Oversigt over alkoholvaner hos kursister og baggrundsbefolkning (N: 288)

Alkoholvaner	Kursister på SundhedsCenter Århus	Baggrundsbefolkning	Forskel i procentpoint
Drikker over anbefalede genstandsgrænser:			
Mænd (n=76)	6 %	10 %	-4 [^]
Kvinder (n=212)	5 %	9 %	-4 [*]
Drikker fem genstande eller mere ved en enkelt lejlighed ugentligt eller oftere:			
Mænd (n=76)	17 %	20 %	-3 [*]
Kvinder (n=212)	5 %	5 %	0[^]

Note: Baggrundsbefolkning (Århus Kommune) er standardiseret på alder og køn.

* P-værdi ≤ 0,05, ^ P-værdi > 0,05.

²³ <http://www.altomalkohol.dk/>

3.2.8 Motion og fysisk aktivitet

Som en af de fire KRAM faktorer har motionsvaner stor betydning for den enkeltes sundhed og velvære. Af tabel 7 fremgår det at 49 % af kursisterne dyrker motion i fritiden. Kursisterne adskiller sig ikke signifikant fra baggrundsbefolkningen mht. om de dyrker motion eller ikke.

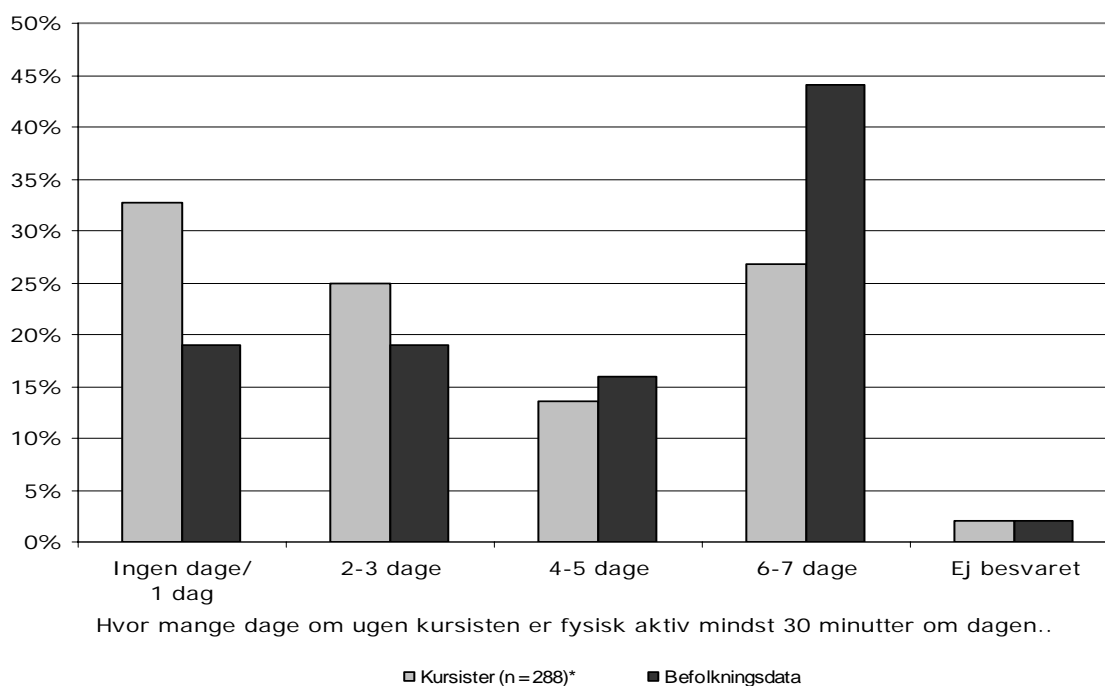
Tabel 7: Motionsvaner hos kursister og baggrundsbefolkning

Dyrker idræt i fritid, eller deltager regelmæssigt i andre aktiviteter	Kursister på Sundhedscenter Århus	Baggrundsbefolkning	Forskel i procentpoint
Ja	49 % (142)	47 %	- 2 ^
Nej	49 % (140)	51 %	2 ^
Ej besvaret/uoplyst	2 % (6)	2 %	0
Total	100 % (288)	100 %	

Note: Baggrundsbefolkning (Århus Kommune) standardiseret på alder og køn. ^ P-værdi > 0,05.

En anden væsentlig faktor i forhold til motion er selve omfanget af den fysiske aktivitet. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne inklusive seniorer er fysisk aktive mindst 30 minutter af moderat intensitet, helst alle ugens dage²⁴. Nedenfor præsenteres omfanget af kursisternes ugentlige fysiske aktivitetsniveau.

Figur 12: Fysisk aktivitet hos 288 kursister og baggrundsbefolkning i Århus Kommune



*P-værdi $\leq 0,05$.

Figur 12 viser, at baggrundsbefolkningen er mere fysisk aktiv end kursisterne. En tredjedel af kursisterne oplyser, at de er "fysisk aktive mindst 30 minutter" én eller ingen gange om ugen, hvilket er 14 % flere end i baggrundsbefolkningen. Kursisterne dyrker gennemsnitlig idræt 3 dage om ugen, hvilket er statistisk signifikant lavere end hos baggrundsbefolkningen, der gennemsnitlig dyrker fysisk aktivitet 4 dage om ugen.

4 Resultatmålinger i det lægehenviste sundhedskursus

4.1 Indledning

Dette kapitel indeholder data indsamlet med henblik på at måle og vurdere effekten af Sundhedscentrets indsats. Der foreligger målinger og svar fra spørgeskemaer fra kursusstart (0 måneder) og opfølgende målinger efter 3 måneder og 12 måneder. Kapitlet skal læses med det forbehold at datamaterialet (antal inkluderede borgere samt besvarelser) på nogle variable kan være begrænset, hvormed der ikke bør drages endelige konklusioner.

I tabel 8 er vist overordnede personkarakteristika for kursister, der henholdsvis har og ikke har besvaret 1. og 2. opfølgningsskema (efter 3 og 12 måneder).

De 182 kursister der besvarer 1. opfølgningsskema og de 92 kursister der svarer på 2. opfølgningsskema adskiller sig signifikant²⁵ fra de ikke besvarende kursister ved at have færre henvisningsdiagnoser. På de øvrige målte parametre, er der ingen signifikante forskelle.

Tabel 8: Karakteristika for kursister der udfylder de opfølgende spørgeskemaer

	Udfyldt 1. opfølgnings- skema (3 måneder)	Ikke udfyldt 1. opfølgnings- skema (3 måneder)	Udfyldt 2. opfølgnings- skema (12 måneder)	Ikke udfyldt 2. opfølgnings- skema (12 måneder)
Antal (n) ^	182	106	92	196
Kvinde (%) ^	78 % (144)	68 % (72)	77 % (71)	72 % (141)
Alder ^	61,9 år	60,9 år	62,5 år	61,1 år
25-44 år	6 % (12)	8 % (9)	6 % (6)	8 % (15)
45-64 år	52 % (94)	55 % (58)	51 % (47)	53 % (105)
65-74 år	35 % (63)	25 % (27 %)	37 % (33)	29 % (57)
75- år	7 % (13)	11 % (12)	6 % (6)	10 % (19)
Henvisningsdiagnose ^				
KOL (%)	34 % (61)	29 % (31)	33 % (31)	31 % (61)
Hjerte/karsygdom	43 % (78)	54 % (57)	31 % (38)	50 % (97)
Diabetes	42 % (72)	41 % (43)	35 % (32)	44 % (87)
Antal henvisningsdiagnoser pr. kursist*				
0	7 % (13)	3 % (3)	11 % (10)	3 % (6)
1	45 % (82)	31 % (33)	43 % (40)	38 % (75)
2-4	48 % (87)	66 % (70)	46 % (42)	59 % (105)

* P-værdi $\leq 0,05$. ^ P-værdi $> 0,05$

Tabel 8 belyser ikke de forskelle, der måtte være hos de kursister der udfører henholdsvis ikke udfører fysiske test.

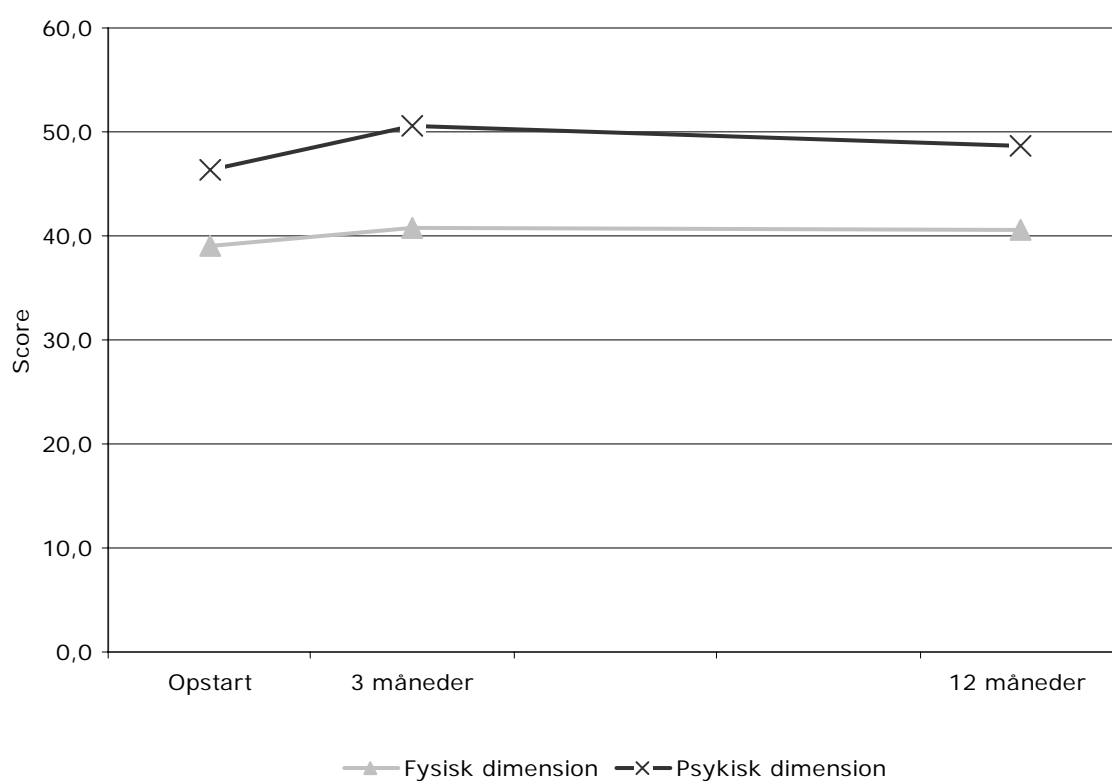
²⁵ Ved signifikanstest er der anvendt Chi2 test.

4.2 Livskvalitet og fysiske test

Helbredsrelateret livskvalitet

Der kan hos de 92 kursister der er fulgt op på efter 3 og 12 måneder, vises mindre fremskridt i helbredsrelateret livskvalitet (SF12). Forskellen på den psykiske dimension er efter 3 måneder på 4,3 point og efter 12 måneder på 2,3 point. Der findes også en mindre stigning på den fysiske dimension (figur 13). Øgning i livskvaliteten efter 3 og 12 måneder er statistisk signifikant for den psykiske dimension. Udviklingen kan desuden vurderes via effect size (effektstørrelse) som beregnes ud fra udviklingen indenfor gruppen i forhold til standardafvigelsen ved baseline²⁶. Effektstørrelsen for både 3 og 12 måneder svarer til en lille effekt i forhold til udviklingen i den helbredsrelaterede livskvalitets psykiske dimension.

Figur 13: Udvikling i helbredsrelateret livskvalitet hos 92 kursister



Udvikling i den psykiske dimension (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi $\leq 0,05$.
Udvikling i den fysiske dimension (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi $> 0,05$.

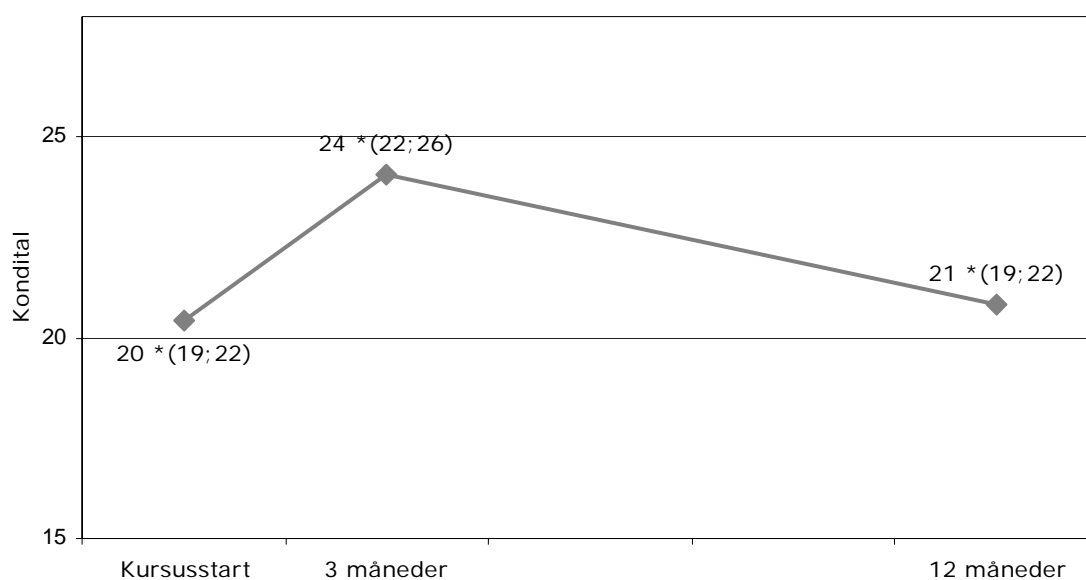
²⁶ Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.

Kondition

Som nævnt under afsnit 3.2.2. tager en del af kursisterne pulsregulerede medicin (betablokkere), og kan dermed ikke gennemføre konditionstesten. Derfor har blot 33 kursister fået målt deres kondital både ved kursusstart og efter 12 måneder. Det gennemsnitlige kondital var ved kursusstart 20,4. Ved 3 måneders testen steg det gennemsnitlige kondital til 24, og ved 12 måneders opfølgning var det 20,8. Der er en statistisk signifikant stigning fra kursusstart til 3 måneder og et statistisk signifikant fald fra 3 måneder til 12 måneder. Der er ingen statistisk signifikant forskel fra kursusstart til 12 måneders opfølgning. Effektstørrelsen ved 3 måneders opfølgningen svarer til en stor effekt i forhold til udviklingen i konditallet. Effektstørrelsen ved 12 måneders opfølgningen svarer til en meget lille effekt i forhold til udviklingen i konditallet.

I figur 14 vises gennemsnitlig udvikling i kondital fra kursusstart til 12 måneders opfølgning for 33 kursister.

Figur 14: Gennemsnitlig udvikling i kondital hos 33 kursister



* 95 % konfidensinterval for gennemsnitlig kondital

Der kan på baggrund af det begrænsede beregningsgrundlag for 12 måneders opfølgningen ikke vurderes på eventuelle køns- og aldersforskelle samt forskelle ved de forskellige diagnoser.

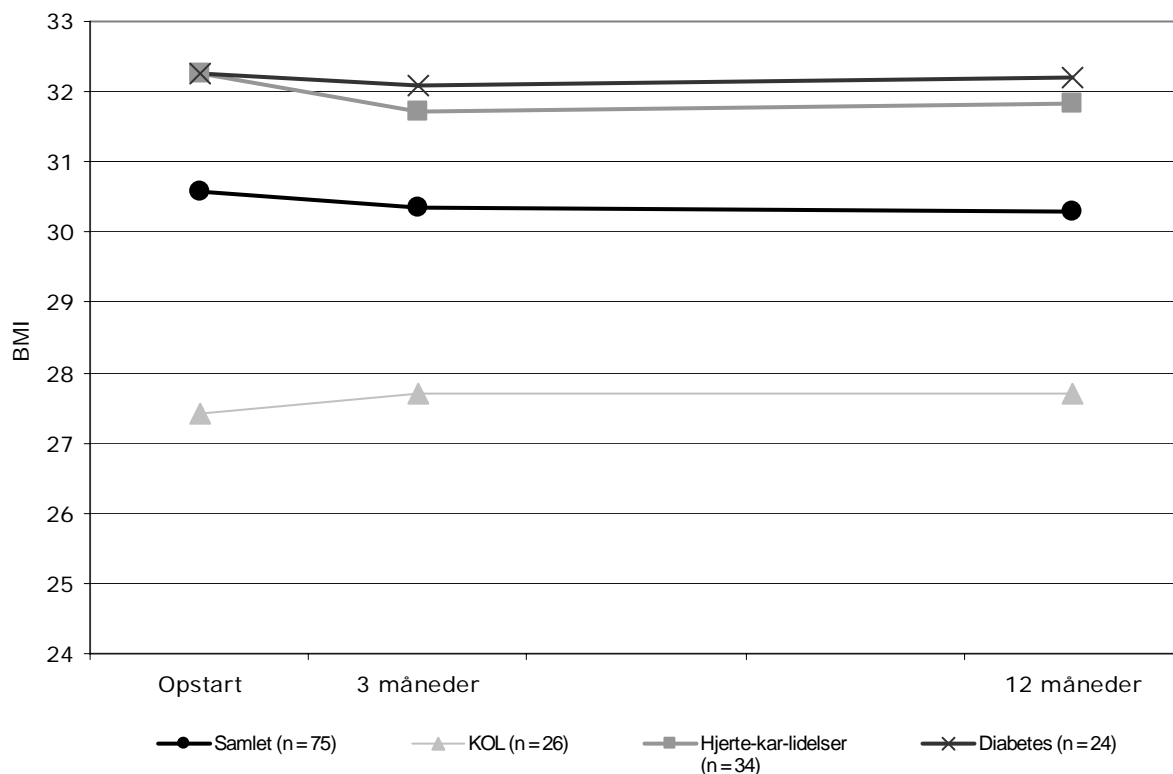
BMI

58 kvinder har fået målt/beregnet BMI ved kursusstart, samt efter 3 og 12 måneder. Deres gennemsnitlige BMI ved kursusstart var 30,5 og ved 3 måneder 30,3. Efter 12 måneder var kursisternes gennemsnitlige BMI 30,4. Udviklingen i BMI er ikke statistisk signifikant. Effekttørrelsen svarer til ingen effekt i forhold til udviklingen i BMI.

17 mænd har fået målt/beregnet BMI ved kursusstart og efter 3 og 12 måneder. Deres gennemsnitlige BMI ved kursusstart var 30,7 og efter 3 måneder 30,7. Efter 12 måneder var den faldet til 30,0. Udvikling i BMI for både mænd og kvinder er således i den rigtige retning, men er ikke statistisk signifikant. Effekttørrelsen hos mændene ved 12 måneders opfølgningen svarer til en meget lille effekt i forhold til udviklingen i BMI.

Ligeledes er det meget begrænsede fald, der kan observeres i BMI opdelt på henvisningsdiagnoser (figur 15). Da kursisterne kan have flere diagnoser, er der overlap mellem kursisterne i de forskellige sygdomskategorier.

Figur 15: BMI udvikling hos kursister



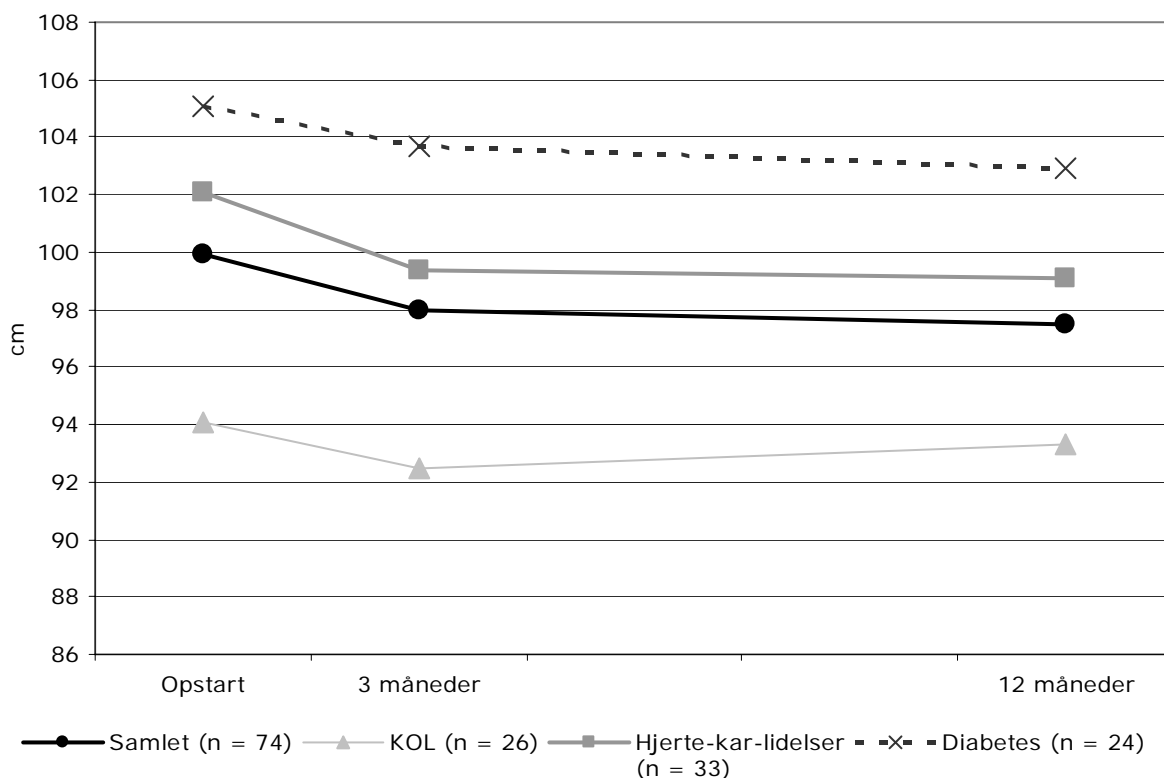
Samlet udvikling i BMI (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi > 0,05

Ved 12 måneders opfølgningen findes hos kursister med KOL en gennemsnitlig stigning på 0,3 point i BMI. Kursister med diabetes har et fald på 0,1 point, mens kursister med hjerte-karsygdomme opnår et fald på 0,5 point. Det kan desuden observeres, at kursisterne ved 12 måneders opfølgning er i samme BMI kategori (undervægt, normalvægt, overvægt), som de var i ved kursusstart. Denne opdeling vurderer BMI i forhold til alder (over og under 65 år) samt kursister med/uden KOL. Det skal bemærkes at Sundhedsstyrelsens grænse for undervægt hos KOL patienter ligger på 20,5 (raske personer kan betegnes som undervægtige ved BMI under 18,5). Sundhedsstyrelsen anbefaler vægtreduktion for KOL patienter med et BMI over 30, som ikke er i ernæringsmæssig risiko²⁷.

Taljemål

74 kursister har fået målt deres talje både ved kursusstart samt ved 3 og 12 måneders opfølgning. Deres gennemsnitlige taljemål ved kursusstart var 100 cm, efter 3 måneder var dette faldet til 98 cm og efter 12 måneder yderligere faldet til 97,5 cm. Faldet i taljemål på 2,5 cm er ikke statistisk signifikant. Effektstørrelsen ved 12 måneders opfølgningen svarer til en meget lille effekt i forhold til udviklingen i taljemål.

Figur 16: Udvikling i taljemål hos kursister



Samlet udvikling i taljemål (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi > 0,05

Udholdenhed/almen funktionstilstand

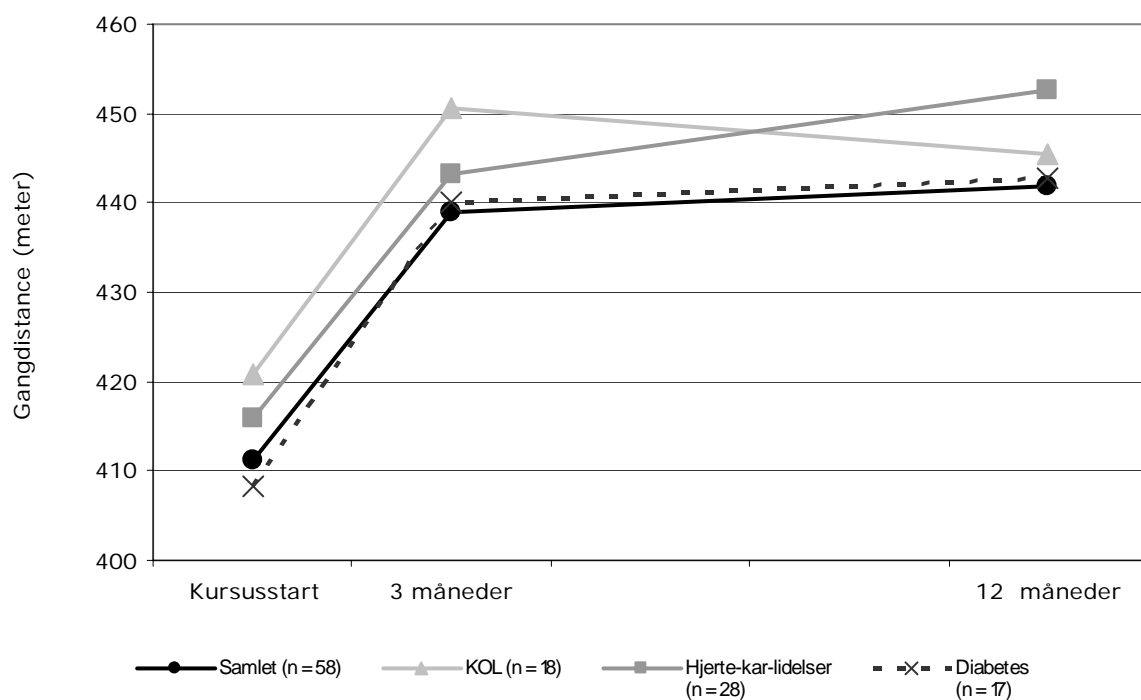
Udholdenhed blev målt via en 6 minutters gå-test, hvor det gælder om at gå så langt som muligt på 6 minutter²⁸. Testen er specielt egnet til svage personer f.eks. patienter eller ældre mennesker. 6-minutters gå-testen blev gennemført på en 10 meter strækning. Der anvendtes en standardiseret reference for normalområdet. Den oplevede anstrengelsesgrad blev vurderet via Borgs skala. Borgs skala går fra 6-20, hvor 6 svarer til hvile og 20 til absolut hårdeste anstrengelse.

58 kursister har gennemført gå-testen både ved kursusstart samt efter 3 og 12 måneder (figur 17). Den gennemsnitlige gangdistance ved opstart var 411,1 meter, 438,8 meter efter 3 måneder og 441,8 meter efter 12 måneder. Der er en statistisk signifikant stigning fra baseline til 3 og 12 måneder. Der findes ingen statistisk signifikant forskel fra 3 måneder til 12 måneder. Der ses fremskridt indenfor alle grupper fordelt på alder, køn og henvisningsdiagnose.

²⁸ <http://www.ffy.dk/>

Udviklingen fordelt på henvisningsdiagnoser kan ses i figur 17 nedenfor. Der er en statistisk signifikant stigning i gangdistance fra baseline til 3 måneder ved alle diagnoser. Ved 12 måneders opfølgningen findes kun en statistisk signifikant stigning for kursister med hjerte-karsygdomme og diabetes. Blandt yngre og mandlige kursister findes ved 12 måneders opfølgningen de største gennemsnitlige fremskridt med en udvikling på cirka 40 meter. Effektstørrelsen med hensyn til den samlede gennemsnitlige udvikling i gangdistance svarer til en lille til moderat effekt. Den gennemsnitlige oplevede anstrengelse var for de 58 kursister ved kursusstart 11,5, mens den efter 3 måneder var 12,1, hvilket nærmer sig anstrengelsesgraden "noget anstrengende".²⁹

Figur 17: Gennemsnitlig udvikling i gangdistance kursister (N: 58)



Note: Der kan være overlap mellem henvisningsdiagnosegrupperne.

Samlet udvikling i gangdistance (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi $\leq 0,05$.

Samlet udvikling i gangdistance (3-12 måneder): P-værdi $> 0,05$.

4.3 KRAM-faktorer

I dette afsnit præsenteres resultater vedrørende KRAM-faktorer hos kursisterne.

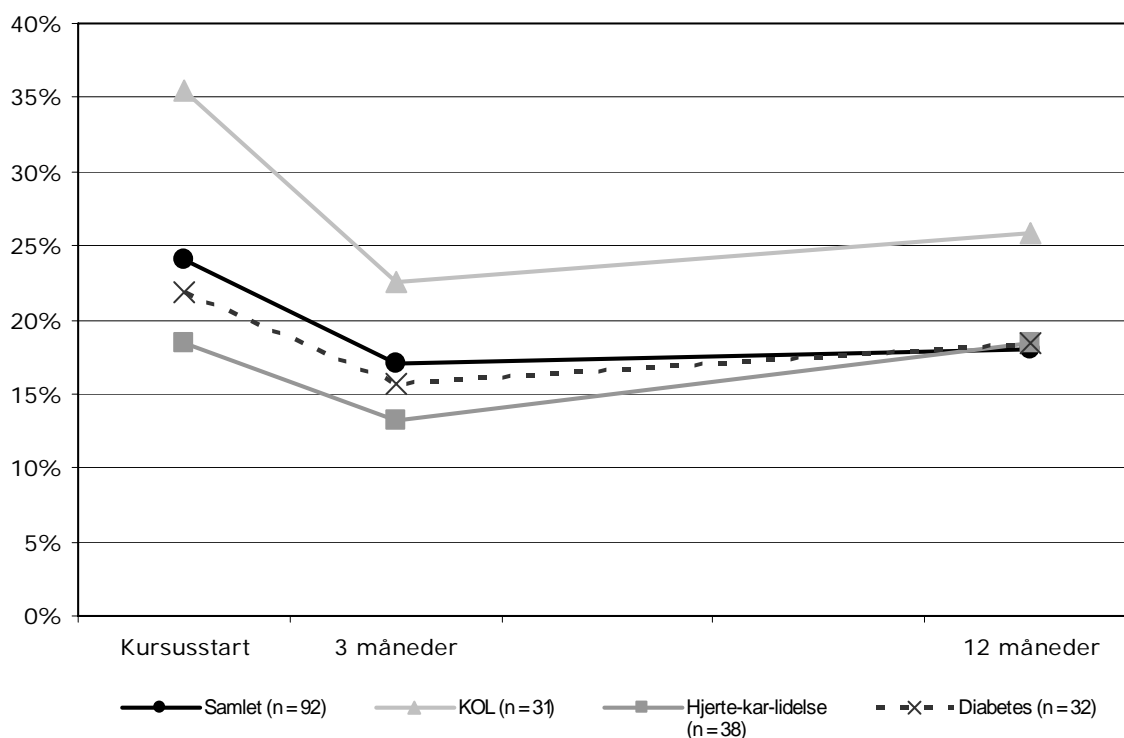
Kost

Hos de 92 kursister der er fulgt op på efter 12 måneder, ses en tendens til en ændring i kostvaner, så der spises mere frugt og grønt (se bilagsrapporten³⁰). Det er imidlertid ikke muligt at beregne eventuelle statistisk signifikante forskelle mellem grupperne.

Rygning

Udviklingen i rygevaner er vist i figur 18 samlet og fordelt på henvisningsdiagnoseniveau. Der ses primært et fald i antallet af dagligrygere hos patienter med KOL. Den samlede tendens går mod at kursisterne ryger sjældnere eller ophører med at ryge. Resultatet er ikke statistisk signifikant. Det bemærkes igen, at der kan være overlap mellem diagnosegrupperne.

Figur 18: Udvikling af andel daglige rygere af kursister (N: 92)



Note: Der kan være overlap mellem henvisningsdiagnosegrupperne.

Samlet udvikling i andel daglige rygere (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi > 0,05.

Alkohol

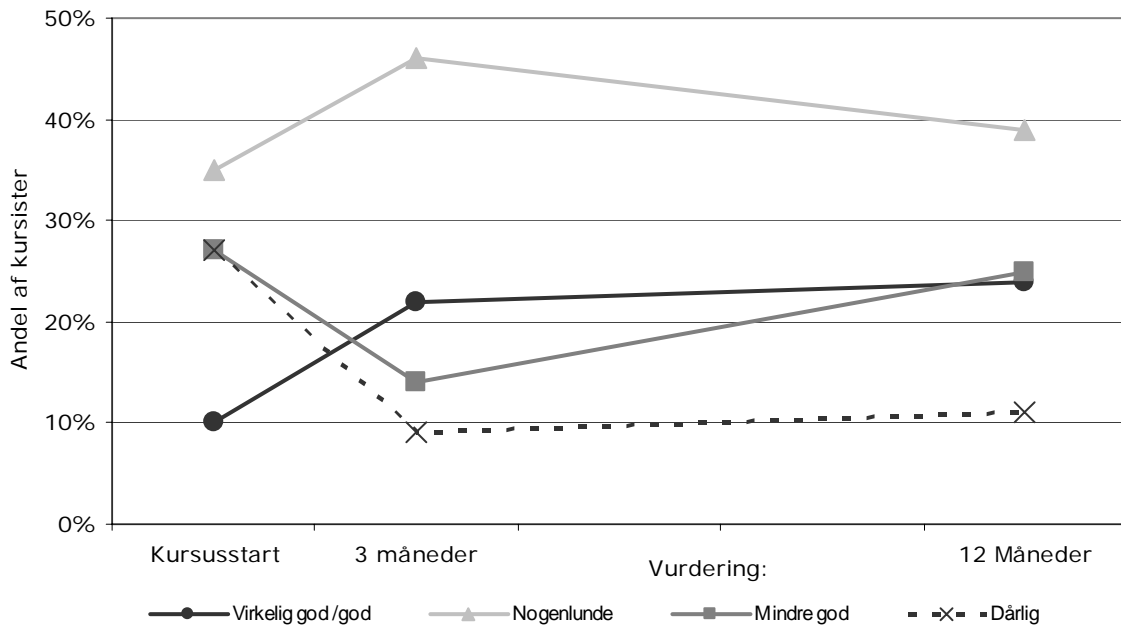
Udviklingen i kursisternes alkoholvaner viser, at kursisterne drikker mindre ved opfølgning end ved kursusstart (se bilagsrapporten). Beregningsgrundlaget er dog meget begrænset, og der er behov for at bekræfte denne tendens i senere opfølgninger med større materiale.

Motion og fysisk aktivitet

Ved 12 måneders opfølgning er der tydelige forbedringer i kursisternes selv vurderede fysiske form. 18 % flere kursister vurderer ved 12 måneders opfølgning deres fysiske form som nogenlunde eller virkelig god/god i forhold til kursusstart.

³⁰ Bilagsrapporten findes her: www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter

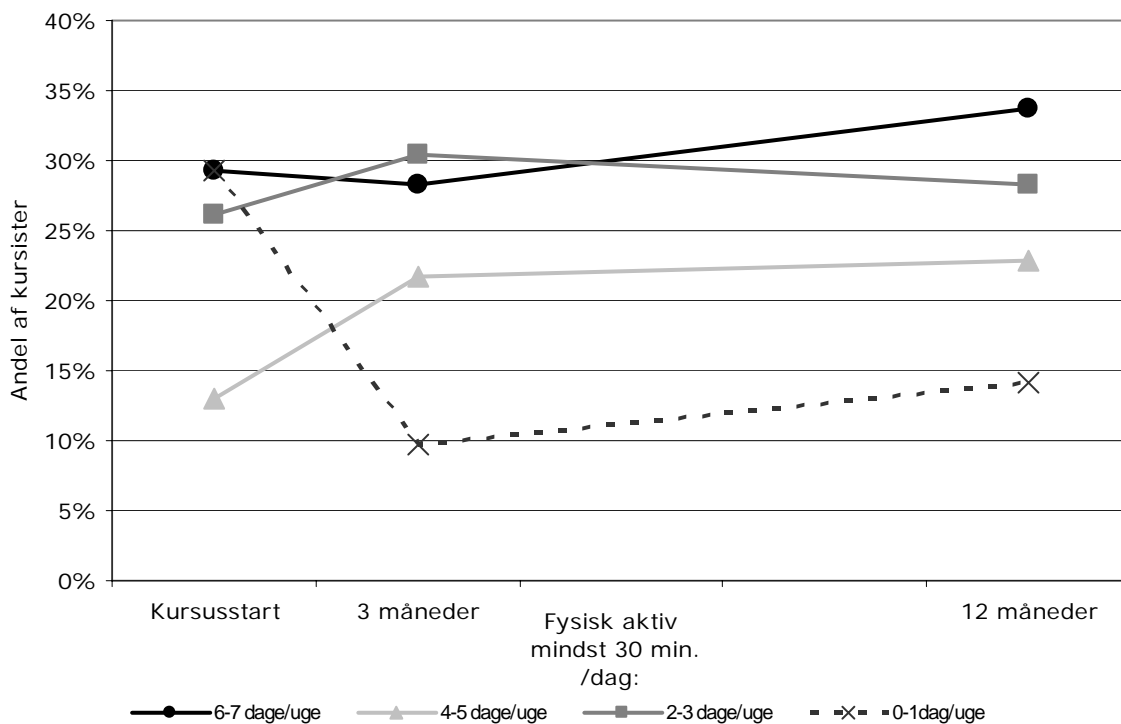
Figur 19: Udvikling i selvvaluerede fysiske form hos kursister (N: 92)



Samlet udvikling i selvvalueret fysisk form (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi $\leq 0,05$.
 Samlet udvikling i selvvalueret fysisk form (3-12 måneder): P-værdi $> 0,05$.

Figur 20 viser udviklingen i fysisk aktivitet for 92 kursister, der har besvaret spørgeskemaet ved baseline og ved opfølgning efter 3 og 12 måneder.

Figur 20: Udvikling i fysisk aktivitet hos 92 kursister



Samlet udvikling i fysisk aktivitet (0-3 måneder) samt (0-12 måneder): P-værdi $\leq 0,05$.
 Samlet udvikling i fysisk aktivitet (3-12 måneder): P-værdi $> 0,05$.

I udgangspunktet er en stor andel af kursisterne kun lidt fysisk aktive (figur 20). Andelen af kursister, der er fysisk inaktive eller kun lidt fysisk aktive (0-1 dag/uge) falder fra 30 % ved kursusstart til 10 % ved 3 måneder og 14 % ved 12 måneder. Andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage/uge og dermed næsten lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger stiger fra 12 % ved baseline til 22 % efter 3 måneder og 23 % efter 12 måneder. Andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage/uge og 6-7 dage/uge ændres kun i mindre grad, dog ses en stigning blandt andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage/uge fra 30 % ved baseline til 34 % efter 12 måneder.

Der er en statistisk signifikant positiv udvikling fra baseline til 3 måneder og 12 måneder, men ingen statistisk signifikant forskel mellem målingerne ved 3 og 12 måneder. Der findes således en positiv udvikling i andelen af fysisk aktive kursister – en udvikling som fastholdes til 12 måneders opfølgningen.

4.4 Sammenfatning af resultater

Ovenstående resultatafsnit beskriver basismålinger samt effekter ved deltagelse i det lægehenviste sundhedskursus ved 3 måneders opfølgning (kursusafslutning) og 12 måneders opfølgning. Effekterne vises inden for målgruppen af kursister på Sundhedscenter Århus. 12 måneders opfølgningen gør det muligt at vurdere om kursisterne har været i stand til at fastholde eventuelle effekter ved 3 måneders opfølgningen. Der er ved evalueringen af Sundhedscenter Århus ikke etableret en kontrolgruppe som sammenligningsgrundlag for interventionsgruppen (kursisterne), hvormed det ikke er muligt at vurdere udviklingen indenfor en sammenlignelig målgruppe, som ikke modtager et kursustilbud i det givne tidsinterval.

Resultaterne viser, at der samlet ved 3 måneders opfølgningen findes en positiv udvikling på de fysiske tests kondital og udholdenhed samt på helbredsrelateret livskvalitet. Indenfor KRAM-faktorerne rygning og motion er der ligeledes en positiv udvikling ved 3 måneders opfølgningen. Der kan kun vises meget begrænsede eller ingen effekt indenfor BMI, taljemål, samt kost- og alkoholvaner. Samlet viser resultaterne således en kortsigtet effekt ved deltagelse i kursusforløbet på Sundhedscenter Århus.

De fremskridt der primært kan vises ved 12 måneders opfølgningen er forbedret udholdenhed (vist ved øget gangdistance), færre dagligrygere (dog ikke statistisk signifikant) og bedre motionsvaner, herunder kursistersnes selvvalgte fysiske form samt udvikling i fysisk aktivitet. De langsigtede effekter (12 mdr.) kan ikke påvises i forhold til kondition og kun i mindre grad i forhold til helbredsrelateret livskvalitet. Konditallet falder tilbage til udgangspunktet ved basismålingen (ved kursusstart), og med hensyn til helbredsrelateret livskvalitet, findes der på SF12's psykiske dimension en lille, men dog statistisk signifikant effekt. I forhold til BMI findes der ikke nogen væsentlig effekt ved 12 måneders opfølgningen. De effekter der beskrives indenfor taljemål, samt kost- og alkoholvaner er meget begrænsede, og viser kun mulige tendenser indenfor målgruppen.

5 Kursistundersøgelse i det lægehenviste sundhedskursus

5.1 Kursisternes tilfredshed

I perioden 15. november 2006 til 12. august 2008 er der udsendt spørgeskemaer til i alt 189 kursister, heraf har 152 returneret en besvarelse, hvilket giver en svarprocent på 80.

Kursisterne har vurderet kursusforløbet samlet set ved tildeling af 1-5 stjerner, hvor 5 stjerner betyder et "meget godt" forløb, mens 1 stjerne er udtryk for et "meget dårligt" forløb. Knap to tredjedele (59 %) af alle kursister vurderer kurset på SundhedsCentret som "meget godt". Blot en kursist svarer "dårligt", og ingen svarer "meget dårligt".

Tabel 9: Kursisternes samlede vurdering af kursusforløbet (N: 152)

Svar		Procent (antal)
Meget godt	5 stjerner	59 % (87)
Godt	4 stjerner	32 % (47)
Både godt og dårligt	3 stjerner	8 % (12)
Dårligt	2 stjerner	1 % (1)
Meget dårligt	1 stjerne	0 % (0)
Total		100 % (147)

Kursisterne har i spørgeskemaet haft mulighed for at begrunde deres valg af stjerner, hvilket 71 % af kursisterne har gjort. De hyppigste årsager til at tildele 5 stjerner er personalets imødekommenhed og engagement. Kommentarerne findes i bilagsrapporten³¹.

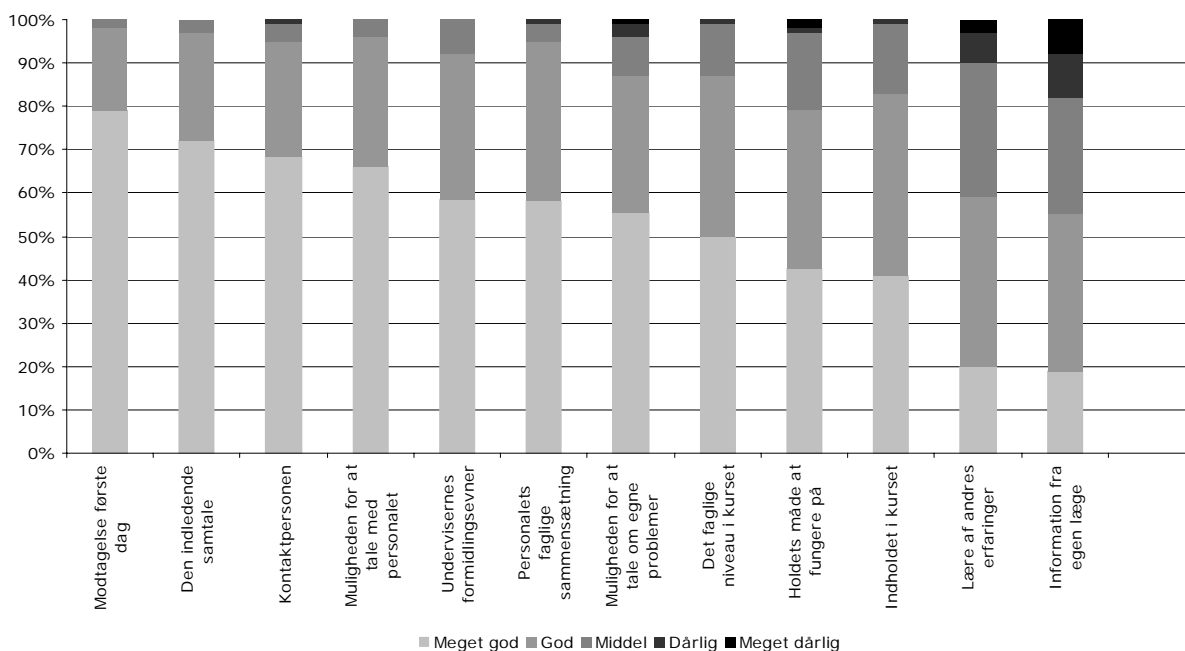
I figur 21 præsenteres kursisternes svarfordelinger på de 12 tilfredshedsspørgsmål. Spørgsmål med størst andel svar afgivet i "meget godt" står i venstre side af figuren. Ved alle 12 forhold har over halvdelen af kursisterne svaret enten "meget godt" eller "godt". Der er størst tilfredshed med de dele af kurset, hvor kursisterne har en personlig kontakt med SundhedsCentrets personale, herunder først og fremmest modtagelsen på SundhedsCentret, den indledende samtale og kontaktpersonen.

Der er en mindre, men stadig overvejende stor tilfredshed med kursets rammer og indhold, herunder personalets faglige sammensætning, det faglige niveau i kurset og muligheden for at lære af andre kursisters erfaringer. Der er mindst tilfredshed med den information, som kursisterne har modtaget fra de praktiserende læger. Det kan skyldes, at lægerne har en mangelfuld viden om SundhedsCentret – i midtvejsevalueringens spørgeskemaundersøgelse til læger svarede 47 %, at de havde et dårligt kendskab til SundhedsCentret³².

³¹ Bilagsrapporten findes her: www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter

³² Center for Kvalitetsudvikling: Midtvejsevaluering af SundhedsCenter Århus, marts 2008.

Figur 21: Kursisternes tilfredshed med 12 forhold ved kursusforløbet



En opgørelse af kursisternes tilfredshed med personalet³³ og kursets rammer og indhold³⁴ fordelt på køn og alder viser, at kvinder er mere tilfredse end mænd, og særligt er kvinderne mere tilfredse med personalet. Kursister over 60 er desuden mere tilfredse end yngre kursister, og det gælder både tilfredsheden med personalet og kursets rammer og indhold.

5.2 Kursisternes selvoplevede udbytte

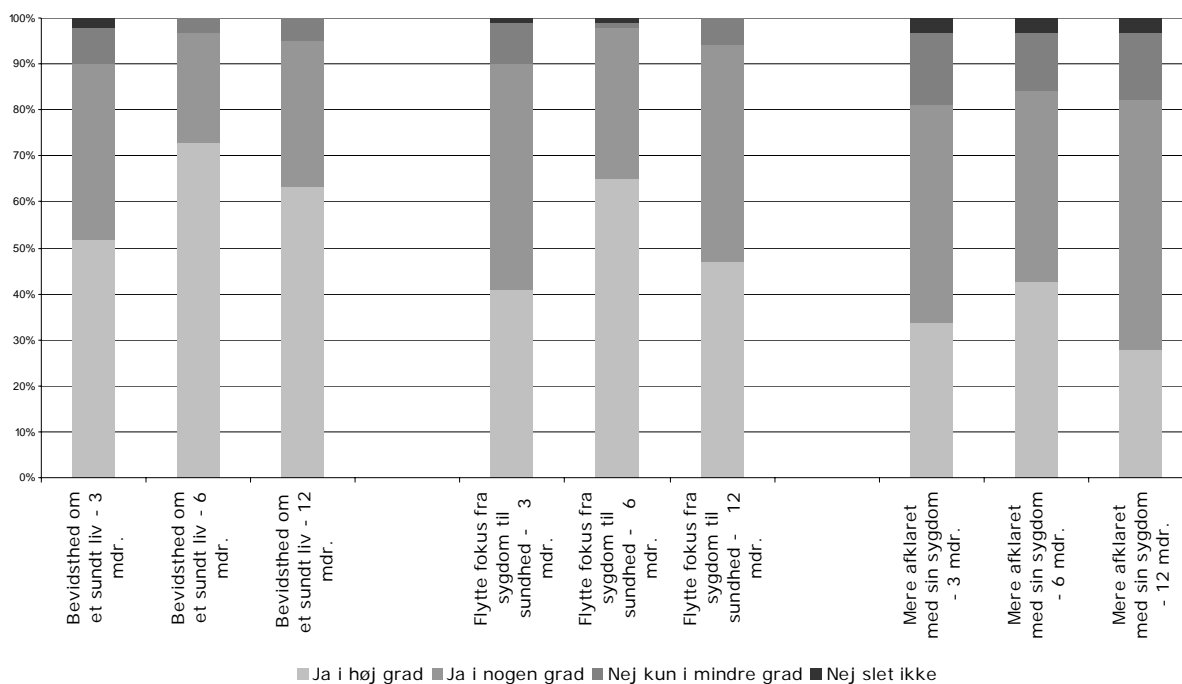
I undersøgelsen er der stillet seks spørgsmål, som omhandler kursisternes egne vurderinger af kursusforløbets udbytte. Spørgsmålene er stillet 3, 6 og 12 måneder efter kursusstart. Ved sammenligninger mellem de tre målinger, skal der imidlertid tages forbehold for, at data kun indeholder fuldt sammenlignelige grupper i målinger efter 6 og 12 måneder. Målingen 3 måneder efter kursusstart indeholder således 149 kursister, mens målingerne efter 6 og 12 måneder indeholder de samme 98 kursister. Nærmere test af data har dog vist, at 3-måneders gruppen ikke adskiller sig væsentligt fra 6- og 12-måneders gruppen på køn, alder og henvisningsdiagnose.

Tre af de seks spørgsmål give en indikation på, om, om kursisterne selv oplever at have forandret sig på et bevidsthedsmæssigt plan (se figur 22), mens tre spørgsmål beskæftiger sig med kursisternes adfærdsmæssige forandringer (se figur 23).

³³ Den samlede tilfredshed med personalet er beregnet ud fra fire spørgsmål: Modtagelse første dag, den indledende samtale, kontaktpersonen og undervisernes formidlingsevner.

³⁴ Den samlede tilfredshed med kursets rammer og indhold er beregnet ud fra syv spørgsmål: Mulighed for at tale med personalet, mulighed for at tale om egne problemer, personalets faglige sammensætning, det faglige niveau i kurset, indhold i kurset, holdets måde at fungere på og muligheden for at lære af andres erfaringer.

Figur 22: Kursisternes bevidsthedsmæssige udbytte 3, 6 og 12 måneder efter kursusstart

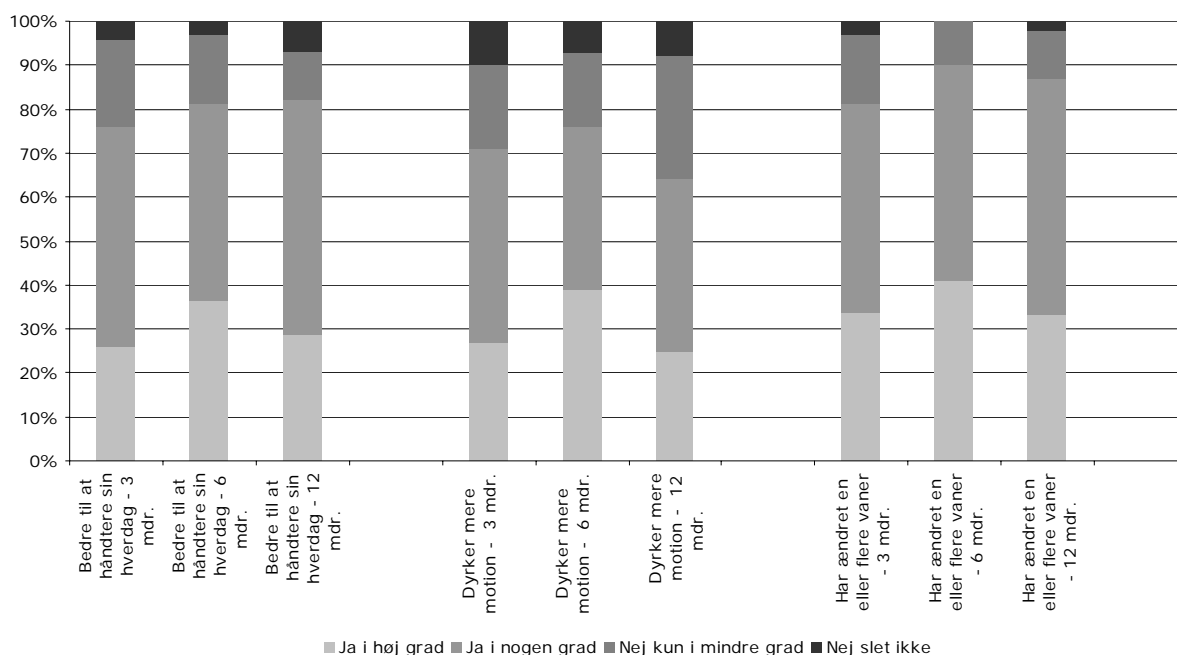


I de tre spørgsmål om kursisternes bevidsthedsmæssige udbytte er der spurgt til, om kursisterne som følge af kurset har oplevet en øget bevidsthed om et sundt liv, om kursisterne har flyttet fokus fra sygdom til sundhed samt om de er blevet mere afklaret med deres sygdomme. Data viser, at på alle tre spørgsmål svarer minimum to tredjedele af kursisterne "ja i høj grad" eller "ja i nogen grad" 3, 6 og 12 måneder efter kursusafslutning. Det mindste udbytte opleves på spørgsmålet om kursisterne er blevet mere afklaret med deres sygdomme.

Kursisterne har desuden vurderet, om SundhedsCentrets kursusforløb har medført ændret adfærd. Konkret er der stillet spørgsmål til, om kurset har haft betydning for håndtering af egen hverdag, om kursisterne dyrker mere motion og om kursisterne har ændret en eller flere vaner. En stor andel af kursisterne svarer bekræftende, at kurset har medført positive ændringer, over 80 % svarer både ved 3, 6 og 12 måneder at kurset har fået dem til at ændre en eller flere vaner. De færreste adfærdsmæssige forandringer ses på spørgsmålet om motion, hvor ca. en tredjedel enten ikke eller i begrænset omfang har oplevet ændret adfærd.

Der ses nogenlunde ens udviklingsforløb i 3, 6 og 12-måneders målingerne på de seks spørgsmål. Der er en tendens til at andelen af positive svar stiger fra 3 til 6 måneder, mens der ved 12 måneder sker et fald tilbage til ca. 3-måneders niveauet. Igen skal der tages forbehold for, at 3-måneders gruppen ikke er fuldt identisk med 6- og 12-måneders gruppen. Samlet set indikerer data dog, at en stor del af kursisterne oplever, at de har flyttet sig både på et adfærd- og bevidsthedsmæssigt plan som følge af kurset samt har været i stand til at fastholde forandringerne det første år efter kursusafslutning.

Figur 23: Kursisternes adfærdsmæssige udbytte 3, 6 og 12 måneder efter kursusstart



Endeligt har kursisterne svaret på, hvad de ønskede at få ud af kurset. Ca. to tredjedel af kursisterne ønskede at få mere motion, at kurset kunne hjælpe dem til et vægttab og at få mere viden om et sundt liv. En fjerdedel svarede, at de gerne ville møde andre mennesker og indgå i et socialt fællesskab. Efter kurset er kursisterne blevet bedt om at beskrive, hvad der var det vigtigste, de fik ud af kurset. De tre forhold som hyppigst nævnes, er motion, bevidsthed om et sundt liv og kostvejledning, hvilket dermed er i fin overensstemmelse med, hvad kursisterne håbede på, at opnå ved at deltage i SundhedsCentrets kursus.

Tabel 10: Kursisternes ønsker til kurset (N: 152)

Svar	Procent ³⁵ (antal)
Socialt fællesskab	26 % (40)
Hjælp til vægttab	58 % (88)
Viden om et sundt liv	66 % (100)
Mere motion	65 % (99)
Total	(329)

³⁵ Det har været muligt at afkrydse i flere felter, derfor er summen af procenttallene over hundrede.
Side 40

6 Diskussion og perspektivering

Bedre fastholdelse på lang sigt

En fremtidig udfordring for SundhedsCentret er at finde svar på, hvordan der sikres en bedre fastholdelse af positive vaner i tiden efter endt kursusforløb. Evalueringen har vist, at der for en stor del af kursisterne sker fremskridt i løbet af sundhedskursets tolv uger. Der kan måles forbedringer på objektive fysiske parametre samt i selvrapporterede vurderinger af eget helbred umiddelbart efter kursusperioden. Den knap så opmuntrende del af historien er imidlertid, at det er vanskeligt at fastholde den positive udvikling på lang sigt, når SundhedsCentrets ugentlige kontakt med kursisterne ophører. Denne tendens er imidlertid ikke særlig for SundhedsCentret, men findes i de fleste indsatser med en tidsbegrænset livsstilsintervention³⁶.

Det indsamlede datamateriale giver ikke svar på, om tilbagefaldet sker umiddelbart efter kursets afslutning eller der eventuelt sker en langsom tilbagevenden til gamle vaner. Der er derfor behov for nærmere undersøgelser af, hvornår tilbagefaldet sker, og hvad der udløser det. Den viden kan anvendes til i højere grad at målrette indsatsen individuelt og eventuelt føre til nytænkning og afprøvning af andre opfølgingsformer og tidspunkter. Nogle borgere kan fx have behov for hyppige telefonsamtaler med en påmindelse om egne mål og handlestrategier, andre kan have behov for opfølgning på særlige kritiske tidspunkter, fx ved juletid. Det er derfor positivt, at SundhedsCentret i efteråret 2009 igangsætter en undersøgelse af, om der er særlige elementer i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, der har betydning i forhold til at ændre og fastholde en ny sundhedsadfærd, og om indsatsen kan udvikles i forhold til at imødekomme særlige behov hos kursister, som ikke har haft effekt af det nuværende tilbud.

Antal henvisninger versus antal borgere med kroniske sygdomme i Århus

I løbet af SundhedsCentrets første to leveår har der været et passende forhold mellem antallet af modtagne henvisninger fra de praktiserende læger og SundhedsCentrets undervisningskapacitet, dvs. ressourcerne til at afholde undervisningsforløb. De fleste kursister har oplevet ingen eller kort ventetid på optagelse til et sundhedskursus. Det er desuden lykkedes at få henvisninger fra tre fjerdedele af samtlige praktiserende læger i Århus Kommune. Det må betegnes som en succes og et skulderklap til den informationsindsats, der er leveret.

Målgruppen for SundhedsCentrets sundhedskursus er imidlertid langt større end antallet af henvisninger viser. Det fremgår af Center for Folkesundheds undersøgelse *Hvordan har du det?*, at der er mange voksne etniske danskere i Århus Kommune med kroniske sygdomme (fx 22.000 med forhøjet blodtryk, 5.000 med type 2 diabetes og 5.600 med KOL). Det fremgår desuden af undersøgelsen *Etniske minoriteters sundhed*³⁷, at sundhedstilstanden er dårligere blandt de etniske minoriteter i sammenligning med etniske danskere. Der tegner sig dermed et billede af, at der er et stort antal borgere i Århus Kommune med kroniske sygdomme. Hertil kommer de borgere, der har symptomerne, men endnu ikke er diagnosticeret med en kronisk sygdom.

³⁶ Se bl.a. Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, "Sammenhængende indsats for kronisk syge" (2008) og Dansk Sportsmedicin, nr. 3, 12. årg. nov. 2008, "Evaluering af Motion På Recept i de tidligere Vejle og Ribe Amter".

³⁷ *Etniske Minoriteters Sundhed* ser på selvvurderet helbred, langvarige sygdomme, psykisk sundhed samt kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) blandt syv etniske minoritetsgrupper og en etnisk dansk gruppe. Bag projektet står Århus Kommune, Odense Kommune, Københavns Kommune, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden samt Sundhedsstyrelsen. Projektet blev igangsat i 2005 og er gennemført i samarbejde med SIF, Syddansk Universitet og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Det lave antal henvisninger i relation til den samlede population af borgere med kroniske sygdomme er ikke enestående for SundhedsCenter Århus, men er også set fx i Københavns Kommunes sundhedstilbud *Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS)* og i samtlige de forsøg, der er lavet med *Motion På Recept*.

En del af forklaringen og nogle af udfordringerne for SundhedsCenter Århus kan være:

- De praktiserende læger anvender ikke henvisning til SundhedsCenter Århus til alle i målgruppen. Dette kan blandt andet skyldes, at lægerne benytter andre tilbud (fx vejleder de selv borgerne i forhold til livsstilsomlægning), og at kun en mindre del af målgruppen er motiveret for et sundhedskursus
- Borgere i målgruppen identificerer sig ikke som 'kronisk syge', og opfatter derfor ikke sig selv som en del af målgruppen for sundhedskurset
- Lægerne på sygehusene har ikke hidtil haft mulighed for at henvise direkte til SundhedsCenter Århus, hvorfor borgere, der har været på patientskole ikke sendes videre til et sundhedskursus

Fortsæt dokumentation af indsatsen - og feedback til medarbejderne

Hvis den nuværende dokumentationspraksis og frekvens fortsættes, vil der inden for få år være opbygget et meget stærkt datasæt, som vil være unikt i Danmark. I sammenligning med andre sundhedscentre har SundhedsCenter Århus for det første været tidligt i gang med at måle systematisk, og for det andet skaber gennemstrømningen af kursister i Århus et datasæt af en størrelse, som gør det muligt at foretage mange interessante og relevante statistiske analyser.

Det anvendte monitoreringsværktøj er udviklet af Center for Folkesundhed og SundhedsCenter Århus med udgangspunkt i *Hvordan har du det* undersøgelsen³⁸. Værktøjet er fra starten udviklet med henblik på, at SundhedsCentret selv kan overtage og videreføre dokumentationen. SundhedsCentrets igangværende it-understøttelse med opbygning af elektroniske journaler vil fremover sikre en endnu højere datakvalitet, lette adgangen til databearbejdning og eventuelt give mulighed for at samkøre med andre registre i kommunen. SundhedsCentrets monitoreringssystem har i løbet af projektperioden fundet en form, der gør evalueringsopgaven overkommelig og skaber anvendelige resultater. Det kan anbefales, at sprede monitoreringsmodellen til andre sundhedscentre, således at der kan foretages tværgående analyser.

Det er væsentligt at dokumentationen fortsat bliver en integreret del af selve indsatsen, dvs. en del af de aktiviteter, der skal føre til en bevidstheds- og adfærdændring. Dokumentationsindsatsen kan på den måde bidrage til at formidle sundhedsbudskaberne, og dokumentation kan tydeliggøre over for deltagerne, hvorfor det er vigtigt, at de deltager. Dokumentation kan også være motiverende i sig selv. Det ses ofte, at folk ændrer adfærd, når de ved, at de bliver målt.

³⁸ Værktøjet er senere blevet videreudviklet til en it-baseret internetapplikation, som kan benyttes af kommuner og regioner mhp en ensartet monitorering og vurdering af patientuddannelser. Værktøjet er beskrevet i Region Midtjyllands blad *Mi(d)t Liv*, nr. 1, 2009, side 36-38 *Evalueringsværktøj som hjælpemiddel i patientuddannelse*.

Endeligt er det af stor betydning, at dokumentationsindsatsen ikke alene leverer viden til det administrative og politiske niveau, men også til medarbejdere og ledelse på SundhedsCentret. Der skal være fokus på løbende læring for de medarbejdere, som skal levere indsatsen – så indsatsen løbende kan kvalitetsudvikles. Når der er feedback fra et monitoreringssystem, kan der også forventes en højere kvalitet af data fra dem, som skal foretage registreringerne. Som led i SundhedsCentrets kvalitetsudvikling og interne læringsproces kan det anbefales at anvende auditmetoden, som inddrager personalet tæt i evalueringen af indsatsen. I en audit sætter medarbejdere og ledelse sig sammen og vurderer et antal gennemførte forløb. Gør vi det, vi tror vi gør? Gør vi det ens? Lever vi op til de faglige målsætninger? Det er spørgsmål, som auditmetoden kan besvare ved at skabe rum for faglig refleksion.

Styrkelse af kontaktpersonordningen og det individuelle tilbud

Det er fortsat vigtigt at fastholde og udvikle de individuelle tiltag omkring den enkelte borger. Dette kan bl.a. ske ved at styrke kompetencerne i kontaktpersonordningen indenfor rådgivning og vejledning, da det personlige møde med kontaktpersonen har vist sig at have afgørende betydning for mange kursisters motivation til at arbejde med egen sundhed.

Kontaktpersonen er ansvarlig for at møde den enkelte kursist der hvor han/hun er og derudfra skabe rammer for en helhedsorienteret og motiverende samtale, hjælpe kursisten til at formulere egne mål og tilrettelægge en indsats herudfra.

Det er centralt i SundhedsCentrets tilbud, at borgeren oplever at blive mødt med menneskelighed og faglighed, og at der tilbydes en fleksibel og nuanceret vifte af tilbud med udgangspunkt i borgerens ønsker, behov og perspektiv. Såfremt en borger ved den indledende samtale eller undervejs i kursusforløbet viser sig ikke at være motiveret eller parat til at deltage i holdforløb af fysiske, psykiske eller sociale årsager, kan der tilbydes individuelle ydelser. Det være sig ekstra samtaler med kontaktpersonen og/eller en snak med en fagperson fra det tværfaglige team (diætist, fysioterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske), eller det kan dreje sig om at blive guidet eller hjulpet videre til andre og mere relevante tilbud i kommunen. Det er derfor væsentligt fortsat at arbejde med at styrke og udvikle samarbejdet med andre tilbud og aktører i offentligt, frivilligt og privat regi.

SundhedsCenter Århus

