

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 - Slutevaluering

Februar 2014



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

- Slutevaluering

CFK - 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 | KVANTITATIV EVALUERING | 5 |
| 3.1 | Beskrivelse af data og statistisk metode | 5 |
| 3.2 | Testresultater: Gangtest og Borg 15 | 9 |
| 3.3 | BMI og Taljemål | 11 |
| 3.4 | Helbredsrelateret livskvalitet - SF-12 | 12 |
| 3.5 | Kost, rygning, alkohol og motion - KRAM | 15 |
| 3.6 | Sociale faktorer og kronisk sygdom | 24 |
| 3.7 | Kursusevaluering | 26 |

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 blev der i perioden 2008-2009 udviklet og vedtaget forløbsprogrammer for KOL, hjertekarsygdom og diabetes type 2. Programmerne beskriver den samlede, tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats. Der er siden også udviklet og vedtaget forløbsprogrammer for lænderygsmerter og depression.

Med baggrund i forløbsprogrammerne for KOL, hjertekarsygdom diabetes type 2 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. Alle tre kommuner har efter projektperioden videreført den kommunale indsats ifølge de tre forløbsprogrammer som en del af driften, finansieret af de centrale midler til en forstærket kronikerindsats, som er aftalt mellem regeringen og KL.

Forløbet, som denne rapport drejer sig om, 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.

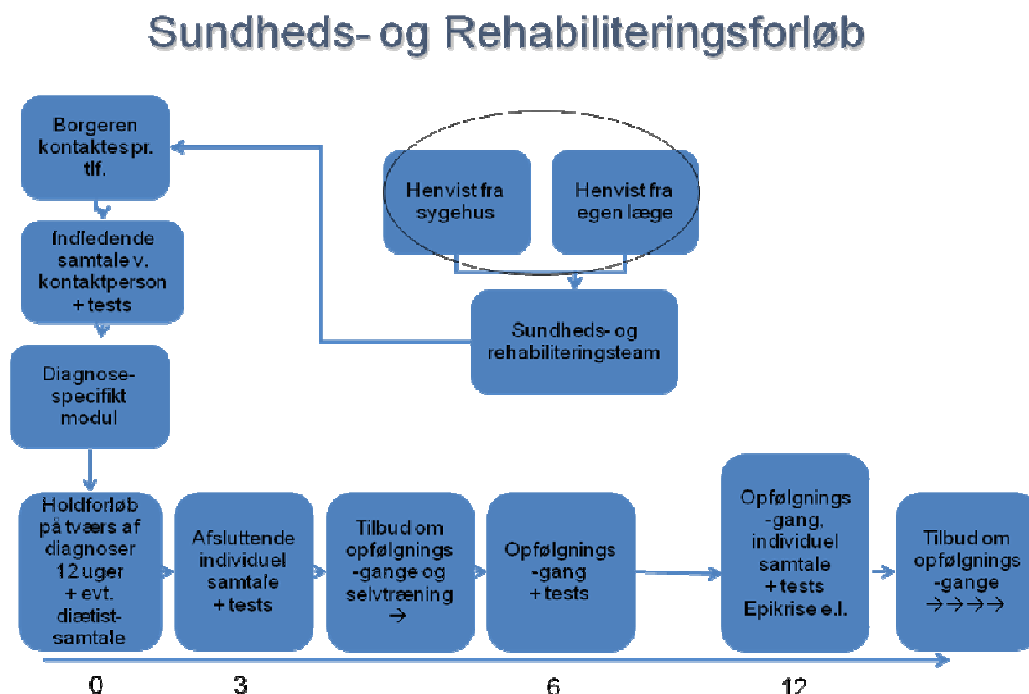
Alle tre kommuner har siden projektets start kunnet modtage elektroniske henvisninger i MedCom standard, og der har fra begyndelsen ligget information om forløbet samt en henvisningsvejledning på praksis.dk. Derudover er der formidlet pjecer og udsendt nyhedsbreve til almen praksis og hospitalsafdelinger 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 diagnose-specifik 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 afdækkes. 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. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, har gennemført en midtvejsevaluering og forestår ligeledes indeværende slutevaluering.

Slutevalueringen indeholder en kvantitativ opsamling på data, indsamlet i de tre kommuner i perioden marts 2010 til 15. november 2013. Denne rapport indeholder dermed både data fra midtvejsevalueringen og nye data på de samme borgere samt nye borgere, som er indsamlet i perioden efter midtvejsevalueringen.

Som del af midtvejsevalueringen blev der udført fokusgruppeinterview med kursister og telefoninterview med praktiserende læger fra de tre kommuner. Opsamlingen på den kvalitative evaluering indgik som del af midtvejsevalueringen, og er ligeledes vedlagt denne rapport som bilag 5.

2 Sammenfatning

I lighed med konklusionerne fra midtvejsevalueringen, kan det også i slutevalueringen konkluderes, at kursisterne tilsyneladende har et godt udbytte af at deltage i kursusforløbet.

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 kursisters egen vurdering af fysisk og psykisk formåen, ses en positiv udvikling fra baseline til 3-månedersopfølgningen for den overordnede fysiske dimension. For den overordnede psykiske dimension ses ingen signifikant udvikling. Opdelte på de otte SF-12 skalaer ses en tendens til, at der for områderne fysisk funktion, begrænsninger fysisk, begrænsninger psykisk og social funktion er en positiv ændring fra baseline til 3- og 12-månedersopfølgningerne. Der er en tendens til negativ ændring i oplevelsen af alment helbred fra baseline til både 3- og 12-månedersopfølgning.

I relation til KRAM-faktorerne ses der for kost en overordnet tendens til en positiv udvikling. For rygning ses ingen målbar udvikling. Med hensyn til alkohol ses et mindre fald i forbruget fra baseline til 12-månedersopfølgningen. For den sidste KRAM-faktor - motion - ses en forbedring fra baseline til både 3- og 12-månedersopfølgningerne på alle fire spørgsmål, som borgerne har fået stillet.

Langt de fleste kursister oplever at have et relativt godt socialt netværk, målt på om de har nogen at tale med om personlige problemer, om der er nogen til at hjælpe ved sygdom samt kontakt til venner/familie. Der ses en positiv udvikling fra baseline til 3-månedersopfølgningen på spørgsmålet "om der er nogen til at hjælpe med dagligdagen ved sygdom". I relation til udviklingen fra baseline til 12-måneders opfølgningen ses der på spørgsmålet om " hvor ofte der er kontakt til familie" en positiv udvikling.

På spørgsmålene omkring, hvordan kursisterne oplever egen evne til at håndtere deres kroniske sygdom, svarer kursisterne relativt positivt allerede ved baseline. Der ses endvidere en positiv udvikling fra baseline til 3- og 12-månedersopfølgningerne på de fleste spørgsmål.

Slutteligt viser kursisters evaluering af kursusforløbet, at de er meget tilfredse med kursusdeltagelsen. Eksempelvis svarer 92 % af kursisterne "meget tilfreds" eller "tilfreds" med det samlede kursusforløb og 7 % har svaret "utilfreds". Ingen har markeret, at de har været "meget utilfredse" med forløbet.

3 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 504 kursusedtagere i analyserne, heraf Silkeborg (180), Favrskov (123) og Skanderborg (201). I det følgende beskrives data og statistisk metode. Derefter beskrives resultaterne af:

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

3.1 Beskrivelse af data og statistisk metode

Dataindsamlingen

Dataindsamlingen er foregået via udlevering af spørgeskemaer ved baseline/holdopstart, opfølgning cirka tre måneder efter baseline, og opfølgning cirka seks og 12 måneder efter baseline.

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 ikke fuld datakomplethed, hvilket primært skyldes, 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 kursusedtagere, der analyseres på i delanalyserne oftest være lavere end 504.

Frafald

Der er ganske få data på de kursister, som har valgt at afbryde forløbet. Kommunerne har registreret 45, hvoraf 15 afbrød grundet sygdom, 23 efter eget ønske, en er afgået ved døden og for to er der angivet "andet".

Kursisterne, som afbrød kurset, har fået udleveret et spørgeskema. Tolv af de kursister, der har afbrudt kurset, har svaret på spørgsmålet om samlet tilfredshed med kursusforløbet: fem har været "meget tilfredse" og fem har svaret "tilfreds" og to har svaret "hverken tilfreds eller utilfreds". Generelt har kursisterne, som afbrød kurset, svaret meget positivt i forhold til kursets indhold og lokaleforhold. 19 kursister har oplyst årsag til afbrydelse forløb; sygdom (9), manglende tid (5), kursusforløbet passede ikke til kursistens situation (2), kurset levede ikke op til forventninger (1) og andet (2). 12 personer har angivet efter hvor mange uger de afbrød kurset, hvilket varierer mellem to og 12 uger.

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 Skanderborg, hvorimod kvinder udgør knap to tredjedele i Favrskov og Silkeborg. Aldersmæssigt er der ikke stor variation mellem kommunerne – alle steder udgør borgere over 65 år godt halvdelen af kursisterne. Helt forventeligt ses det, at langt størstedelen af henvisningerne kommer fra praktiserende læger (Favrskov 89 %, Skanderborg 85 % og Silkeborg 91 %).

Tabel 5.1.1: Baggrundsdata for undersøgelsen

| | | Favrskov | Silkeborg | Skanderborg |
|-------------------------------|-------------------|------------|------------|-------------|
| Alle | Alle | 123 | 180 | 201 |
| Køn | Mænd | 41 % (51) | 43 % (77) | 48 % (97) |
| | Kvinder | 59 % (72) | 57 % (103) | 52 % (104) |
| Alder | 25 – 44 år | 0 % (0) | 4 % (7) | 2 % (3) |
| | 45 – 54 år | 11 % (14) | 11 % (20) | 9 % (18) |
| | 55 – 64 år | 25 % (31) | 27 % (48) | 28 % (56) |
| | 65 – 74 år | 49 % (60) | 40 % (72) | 43 % (87) |
| | 75 – 79 år | 9 % (11) | 12 % (21) | 13 % (26) |
| | 80 år og derover | 6 % (7) | 7 % (12) | 6 % (11) |
| Uddannelsesniveau | Lav uddannelse | 62 % (72) | 64 % (82) | 54 % (107) |
| | Mellem uddannelse | 29 % (34) | 27 % (35) | 35 % (69) |
| | Høj uddannelse | 9 % (10) | 9 % (11) | 11 % (22) |
| Samlivssituation | Samlevende | 63 % (83) | 63 % (83) | 48 % (95) |
| | Alene | 37 % (49) | 37 % (48) | 52 % (101) |
| Børn i hjemmet 0-15 år | Ingen børn | 96 % (98) | 93 % (122) | 93 % (177) |
| | Børn | 4 % (4) | 7 % (9) | 7 % (13) |
| Henvist fra | Egen læge | 89 % (133) | 85 % (129) | 91 % (144) |
| | Sygehus | 11 % (16) | 15 % (23) | 9 % (14) |
| | Andet | 1 % (1) | 0 % (0) | 0 % (0) |

Diagnoser

I nedenstående tabel vises kursisternes 1. diagnose. Den største diagnosegruppe er diabetes (43 %). Den næststørste gruppe er KOL (22 %) og den mindste gruppe er hjertekarsygdomme (21 %). 15 % af kursisterne er angivet med flere af de tre diagnoser. Der er angivet 1. diagnose for 74 % af de 504 patienter, som indgår i datasættet.

| Tabel 5.1.2: Deltagernes 1. diagnose | |
|--|-------------------|
| | Alle tre kommuner |
| Diabetes | 43 % (160) |
| KOL | 22 % (81) |
| Hjertekarsygdomme | 21 % (77) |
| Flere diagnoser (to eller flere af diagnoserne diabetes, KOL, hjertekarsygdomme) | 15 % (54) |
| Kursister i alt, hvor der er angivet diagnose | 100 % (372) |

Kommunerne har haft mulighed for at angive en 2. diagnose, hvis de henviste kursister har haft mere end en af de tre kroniske sygdomme. I tabel 5.1.3 ses fordelingen af 2. diagnose.

| Tabel 5.1.3: Deltagernes 2. diagnose | |
|--|-------------------|
| | Alle tre kommuner |
| Diabetes | 15 % (10) |
| KOL | 62 % (43) |
| Hjertekarsygdomme | 23 % (16) |
| Kursister i alt, hvor der er angivet 2. diagnose | 100 % (69) |

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 5.1.4: Deltagelse i frivillige kurser i sundhedsvæsenet | |
|--|-------------------|
| | Alle tre kommuner |
| KOL eller astma-kursus | 5 % (14) |
| Hjerte-kursus | 19 % (56) |
| Diabetesskole | 11 % (31) |
| Rygestopkursus | 11 % (31) |
| Modtaget vejledning ved diætist | 37 % (109) |
| Patient-gruppe vedrørende kronisk sygdom | 8 % (22) |
| Andet | 10 % (28) |
| I alt | 100 % (291) |

Tabel 5.1.5: Deltagelse i sundhedskurser f.eks. på aftenskole eller i patientforening

| | Alle tre kommuner |
|--|-------------------|
| Sund madlavning | 15 % (15) |
| Tab i vægt kursus | 21 % (21) |
| Rygestopkursus | 13 % (13) |
| Gymnastik i forbindelse med kronisk sygdom | 17 % (17) |
| Patient-gruppe vedrørende kronisk sygdom | 8 % (8) |
| Andet | 24 % (24) |
| I alt | 100 % (98) |

Statistisk metode

Som statistisk beregningsmetode er der anvendt t-test med henblik på at undersøge, 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 ($n \geq 30$). Der er endvidere anvendt χ^2 -test til undersøgelse af udvalgte variables afhængighed. Hvor kriterierne for χ^2 -test ikke er opfyldt, er der anvendt de non-parametriske tests Gamma og Wilcoxon signed-rank test.

Alle statistiske test er foretaget på et signifikansniveau på 5 % ($\alpha = 0,05$). Det betyder, at der ved en målt forskel på eksempelvis SF-12 i baseline målingen og SF-12 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.

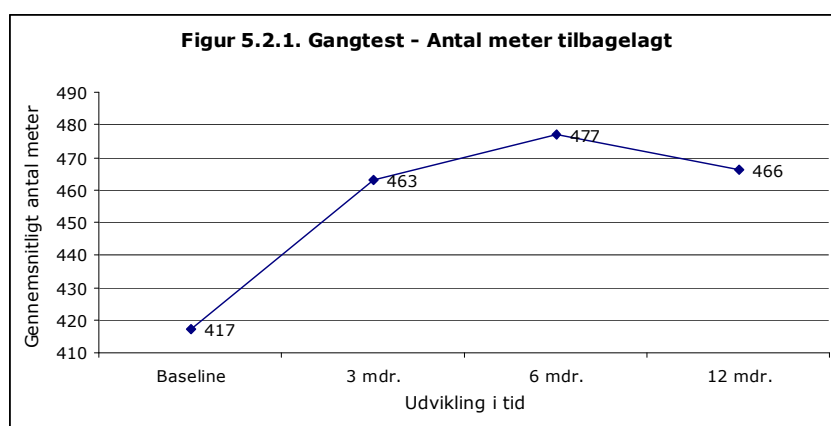
3.2 Testresultater: Gangtest og Borg 15

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.

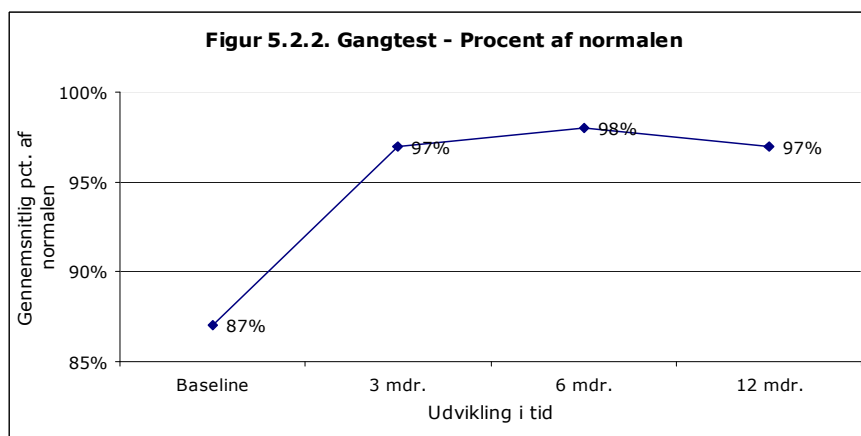
Gangtest

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. (n=292, n=180, n=150). Figur 5.2.1. neden for viser udviklingen grafisk.

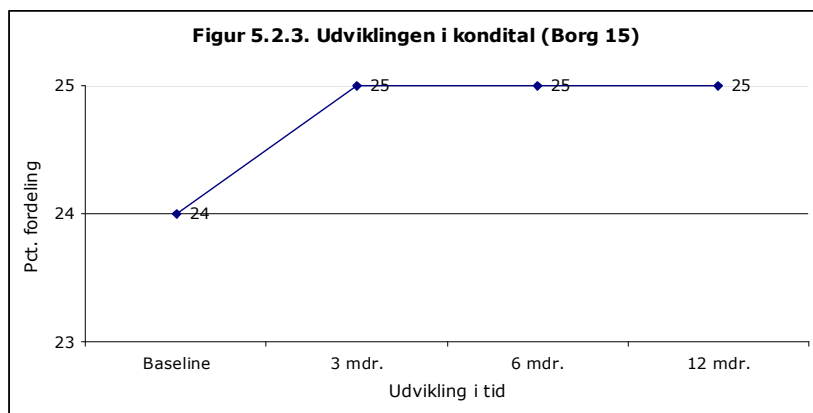


Desuden er kursisternes resultat registreret i procent i forhold til normalen. Der er statistisk signifikante forbedringer fra baseline til både 3-, 6- og 12-måneders målingerne. (n=233, n=145, n=116). Figur 5.2.2. neden for viser udviklingen i procent af normal.

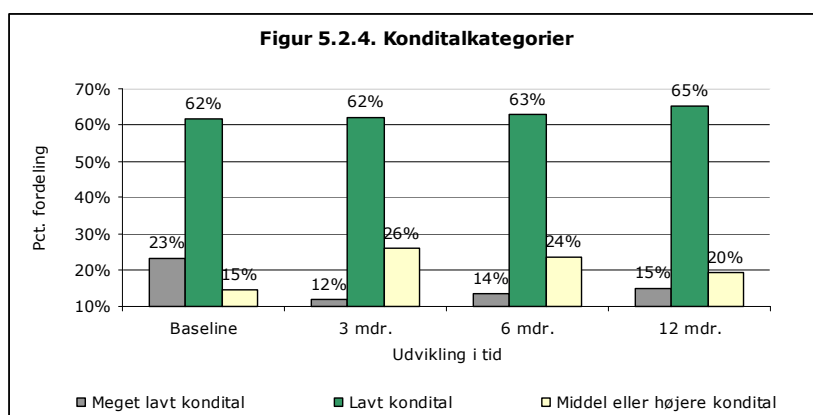


Borg 15

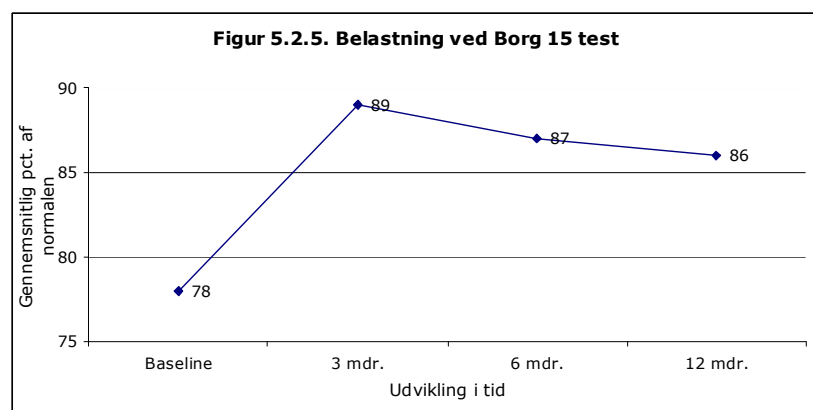
Borg 15 er en cykelbaseret konditionstest, som ikke er påvirket af problemer med varierende max-puls. Kursisterne får målt kondital fire gange i forløbet, og der er fundet statistisk signifikant positiv udvikling fra baseline til både 3-, 6- og 12-måneders målingerne (n=276, n=165 n=141). Figur 5.2.3. neden for viser udviklingen i kursisters gennemsnitlige kondital.



I den følgende tabel er kursisters kondital opdelt i kategorier. Ved placering af kursisterne i konditalkategorier, er der taget højde for alder og køn. Opdelt i disse kategorier ses der ligeledes en statistisk signifikant positiv udvikling fra baseline til 3-, 6- og 12-måneders målingerne. (n=276, n=165 n=141). I Figur 5.2.4 vises konditalkategorierne for de fire målinger.



Figur 5.2.5. nedenfor viser udvikling i belastningsniveauet ved Borg 15. Statistisk test viser en signifikant højere score fra baseline til 3-, 6- og 12-måneders målingerne (n=229, n=141, n=112).

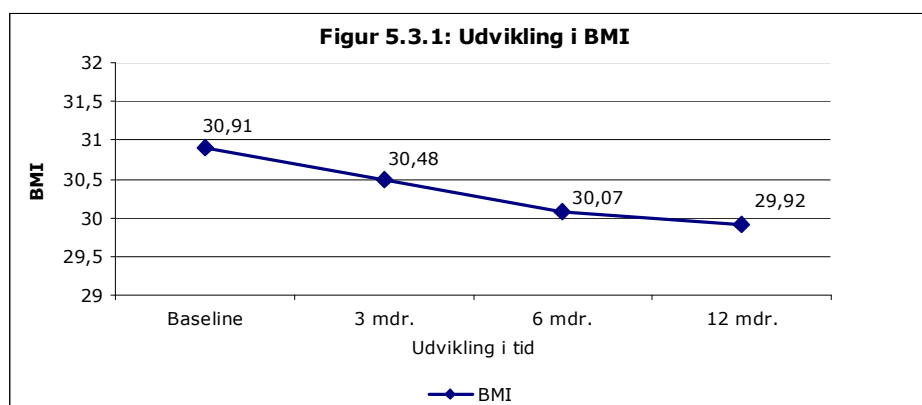


3.3 BMI og Taljemål

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

BMI

Udviklingen i BMI kategori er statistisk testet. Udviklingen fra baseline til 3-, 6- og 12-måneders opfølgningerne viser alle signifikant lavere BMI ved opfølgningerne (n=280, n=176, n=154). Figur 5.3.1 illustrerer udviklingen i BMI. Det bemærkes, at borgere med KOL kan profitere af øgning af BMI, da de ofte er på grænsen til undervægt.



For kursister med diabetes som første-diagnose ses en statistisk signifikant lavere BMI ved 6- og 12-måneders opfølgningerne, imens der ikke ses en signifikant udvikling fra baseline til 3-månedersopfølgningen (n=116, n=71, n=66). For kursister med KOL og hjertesygdom ses ingen statistisk signifikant udvikling i BMI fra baseline til de tre opfølgninger (KOL: n=55, n=31, n=27; hjertesygdom: n=46, n=30, n=27).

I det følgende ses en tabel over BMI ved baseline. Tabel 5.3.1 er opdelt på diagnose og kategorierne undervægt (BMI < 19), normalvægt BMI 19-24, moderat overvægt (BMI 25-29) og svær overvægt (BMI ≥ 30).

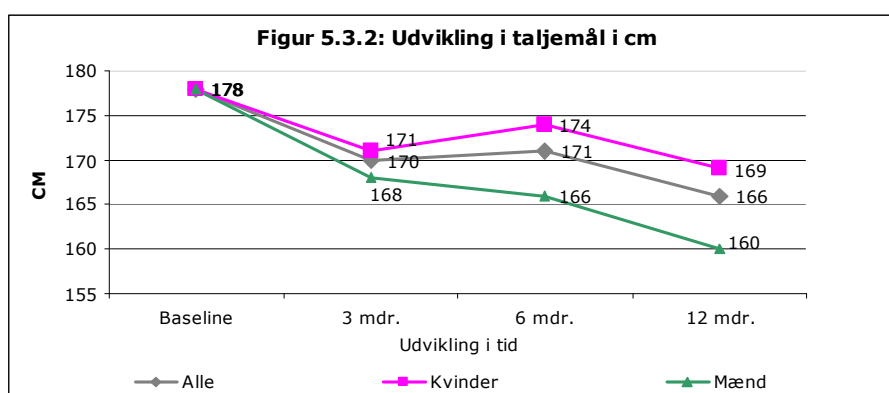
Tabel 5.3.1: BMI kategori fordelt på diagnose ved baseline

| Kategori | Alle tre kommuner | | | | |
|------------------|-------------------|-----------|---------------|-----------------------------|-------------|
| | Diabetes | KOL | Hjerte-sygdom | Mere end 1 af de 3 sygdomme | Alle |
| Undervægt | 25 % (1) | 25 % (1) | 50 % (2) | 0 % (0) | 100 % (4) |
| Normalvægt | 24 % (9) | 39 % (15) | 29 % (11) | 8 % (3) | 100 % (38) |
| Moderat overvægt | 34 % (33) | 26 % (25) | 30 % (29) | 9 % (9) | 100 % (96) |
| Svær overvægt | 57 % (105) | 17 % (32) | 14 % (25) | 12 % (23) | 100 % (185) |
| I alt | 46 % (148) | 23 % (73) | 21 % (67) | 11 % (35) | 100 % (323) |

Taljemål

Udviklingen i taljemål er statistisk testet. Udviklingen fra baseline til 3-, 6- og 12 måneders opfølgningerne viser, at det gennemsnitlige taljemål er signifikant lavere ved opfølgningerne. (n=302, n=188, n=167). Det samme resultat er gældende, når der ses på mænd separat (mænd: n=137, n=77, n=73). For kvinder ses der imidlertid kun en signifikant positiv udvikling til 3-månedersopfølgningen (n=165, n=111, n=94). 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.

I figur 5.3.1 ses udviklingen i taljemål både opdelt på køn og samlet. Dernæst ses en tabel for taljemålskategori ved baseline opdelt på diagnoser (tabel 5.3.2). Opdelt på de tre diagnoser viser statistiske tests et signifikant lavere gennemsnitligt taljemål fra baseline til alle tre opfølgninger for diabetes. For KOL og hjertesygdomme er udviklingen ikke statistisk signifikant, men tendensen er positiv (diabetes: n=119, n=72, n=67; KOL: n=59, n=34, n=30; hjertekarsygdomme: n=50, n=32, n=29).



Tabel 5.3.2: Taljemålskategori fordelt på diagnose ved baseline

| Kategori | Alle tre kommuner | | | | |
|------------|-------------------|-----------|---------------|-----------------------------|-------------|
| | Diabetes | KOL | Hjerte-sygdom | Mere end 1 af de 3 sygdomme | Alle |
| Normalvægt | 27 % (27) | 33 % (24) | 36 % (26) | 4 % (3) | 100 % (73) |
| Overvægt | 48 % (127) | 20 % (52) | 16 % (42) | 16 % (41) | 100 % (262) |
| I alt | 44 % (147) | 23 % (76) | 20 % (68) | 13 % (44) | 100 % (335) |

3.4 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. Baselinemålingen er sammenlignet statistisk med 3 og 12-måneders opfølgningerne. For den fysiske dimension ses en statistisk signifikant positiv udvikling i relation til 3-måneders opfølgningen. Med hensyn til den psykiske dimension ses der ingen signifikant udvikling. I de statistiske test indgår kun dem, der har svaret både ved baseline og ved opfølgning.

I tabel 5.4.1 nedenfor ses de standardiserede sumscorer for SF-12, fysisk og psykisk dimension. Disse tal er beregnet på baggrund af en amerikansk standard, hvorfor tallene er højere her end ved de enkelte otte skalaer. Yderste venstre kolonne angiver måling, og de to kolonner i midten viser udvikling på henholdsvis den fysiske og den psykiske dimension. Scoren for den fysiske dimension varierer mellem 38 og 39, og scoren for den psykiske dimension varierer mellem 49 og 51. Tallene til højre angiver antal kursister i analysen.

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

| Måling | Alle tre kommuner | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| | Fysisk dimension | Psykisk dimension | Antal kursister |
| Baseline | 38 | 49 | 422 |
| 3 mdr. opfølgning | 39 | 51 | 294 |
| 12 mdr. opfølgning | 39 | 51 | 171 |

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

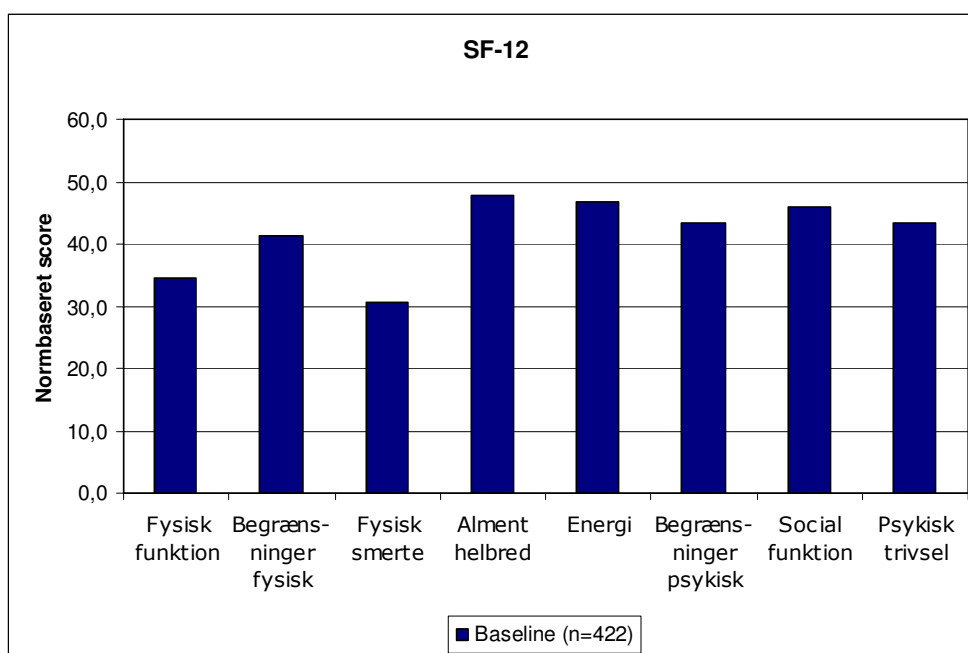
| Skalaer | Lavest mulige score | Højest mulige score |
|--------------------------------|---|---|
| Fysisk funktion | Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper. | Udfører almindelige fysiske aktiviteter, såsom at støvsuge, cykle 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.

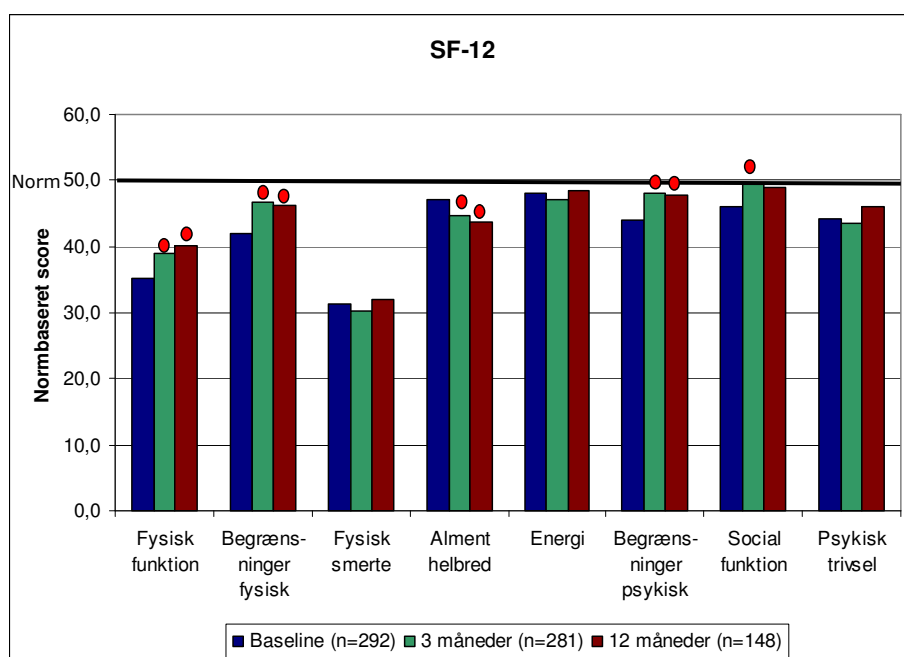
Figuren 5.4.1 viser de gennemsnitlige SF-12 scores for deltagerne ved baseline n=422. Figuren viser, at deltagerne på alle otte områder ved baseline ligger under normen.

Figur 5.4.1: Gennemsnitlige SF-12 scores ved baseline



Figur 5.4.2 viser de gennemsnitlige SF-12 scores for de deltagere der både har svaret ved baseline og ved enten 3- eller 12-månedersopfølgning. Der ses en tendens til, at der for områderne fysisk funktion, begrænsninger fysisk, begrænsninger psykisk og social funktion er en positiv ændring fra baseline til 3- og 12-månedersopfølgningerne. Der er en negativ ændring i oplevelsen af alment helbred fra baseline til både 3- og 12-månedersopfølgning. De signifikante ændringer er markeret med en rød bolle. Se bilag 3 for en figur over udviklingen i SF-12 scores, hvor det er de samme kursister, som svarer ved baseline, 3- og 12-månedersopfølgningerne.

Figur 5.4.2: Udvikling i gennemsnitlige SF-12 scores baseline, 3 og 12 måneder



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

Figureerne kan bruges til at få et billede af deltagerne i relation til, 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? 2010.

3.5 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

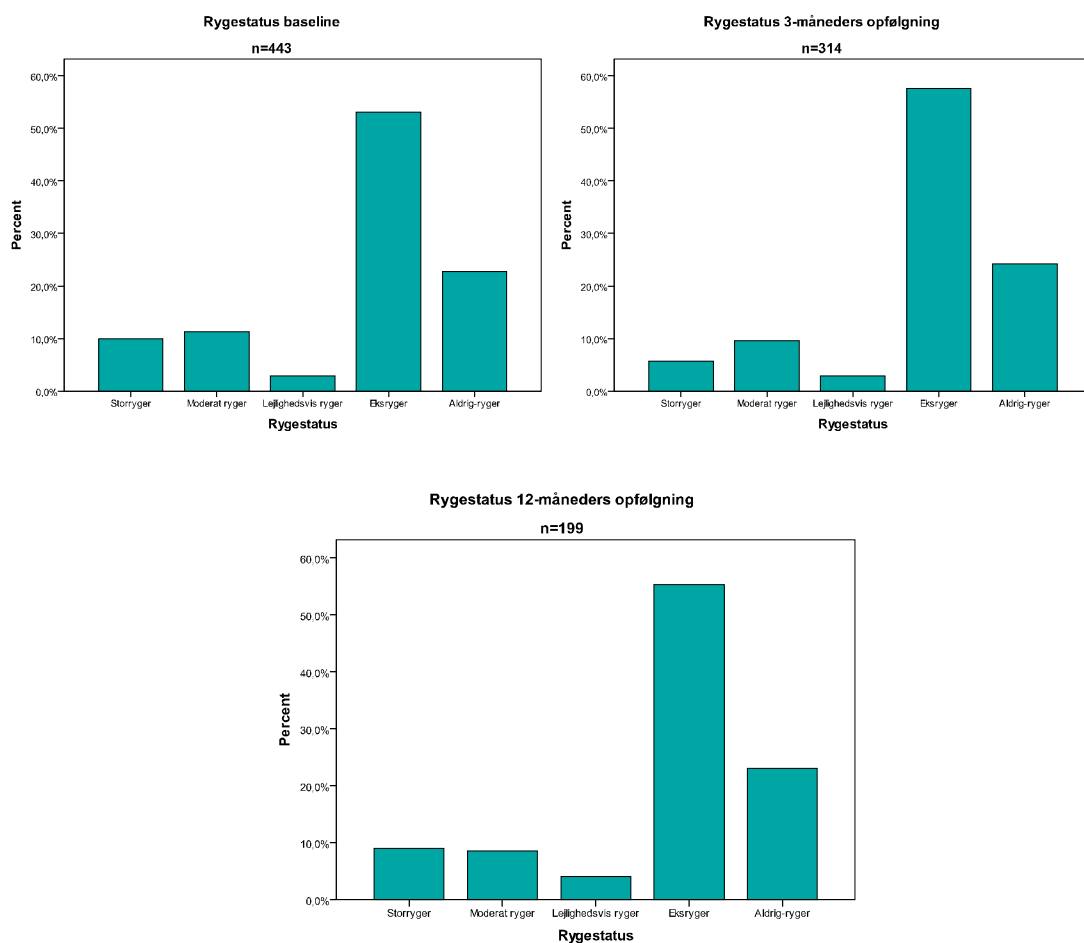
Kostrådene hviler på forskningsbaseret viden om sammenhængen mellem kost og helbred. I de indsamlede oplysninger om kursisterne er der fokuseret på, i hvilket omfang befolkningen efterlever kostrådene angående frugt, grønt, fisk og fedt.

I bilagsrapportens bilag 1 vises de variable, som kursisternes kostvaner gjort op på ved henholdsvis baseline, 3- og 12-månedersopfølgningerne. Kursisternes kostvaner ved baseline er statistisk sammenlignet med 3 og 12-måneders opfølgningerne. Der ses på de givne variable en tendens til sundere kostvaner ved opfølgningerne. Ved begge opfølgninger ses der en tendens til mindre forbrug af lyst franskbrød/boller samt et større forbrug af fiskepålæg. Fra baseline til 3-månedersopfølgningen ses en tendens til et lidt større forbrug af groft brød. Ligeledes fra baseline til 3-månedersopfølgningen ses der tendens til et mindre forbrug af smør, kærgården, fed ost og kødpålæg, imens forbruget af mager ost, blandet salat/råkost, andre rå grøntsager og minarine er steget en anelse. Se bilag 1 for figurer med de kostvariable, hvor der ses en udvikling fra baseline til 3-månedersopfølgningen.

Rygning

I figur 5.5.1 nedenfor vises den procentvise frekvensfordeling af rygevaner for kursisterne ved baseline, 3- og 12-måneders opfølgningerne. Ved baseline er 21 % rygere, enten moderat eller storryger, 3 % er lejlighedsvis rygere og 76 % er ikke-rygere. Som det fremgår af figur 5.5.1 sker der ikke væsentlige ændringer i rygemønstret gennem kursus- og opfølgningsforløbet.

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, er næste lige store (mænd 23 %, kvinder 20 %). 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 | 21 % (94) | 3 % (13) | 76 % (336) |
| Køn | Mænd | 23 % (46) | 3 % (7) | 74 % (149) |
| | Kvinder | 20 % (48) | 2 % (6) | 78 % (187) |
| Alder | 25 – 44 år | 50 % (4) | 13 % (1) | 38 % (3) |
| | 45 – 54 år | 27 % (13) | 2 % (1) | 71 % (34) |
| | 55 – 64 år | 27 % (31) | 3 % (4) | 70 % (81) |
| | 65 – 74 år | 19 % (37) | 3 % (6) | 78 % (151) |
| | 75 – 79 år | 13 % (7) | 2 % (1) | 85 % (44) |
| | 80 år og derover | 8 % (2) | 0 % (0) | 92 % (23) |

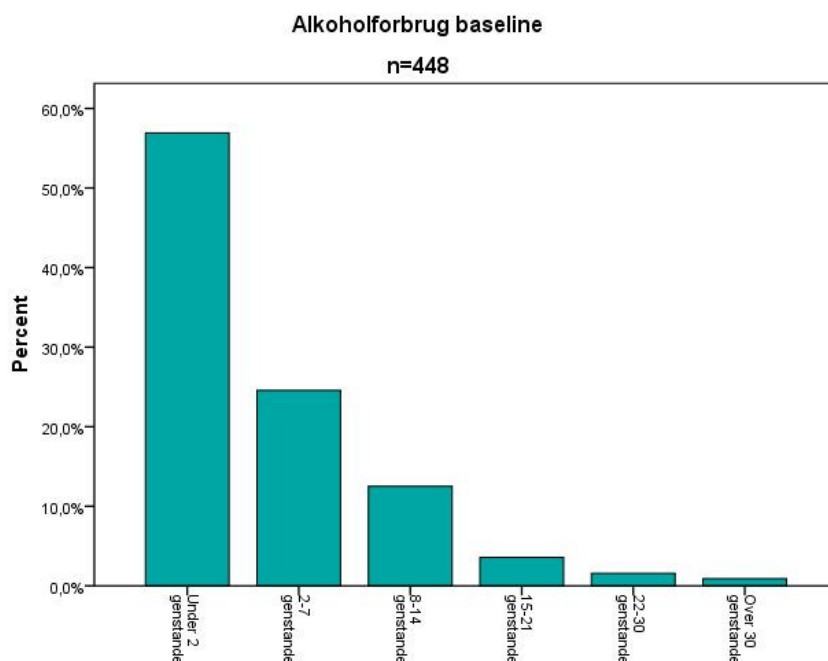
Tabel 5.5.2 viser udvikling i rygestatus fra baseline til 12-måneders opfølgningen. Der ses en tendens til fald i andel rygere fra baseline til 3-måneders opfølgningen, men denne tendens ses ikke i relation til 12-måneders opfølgningen.

| Tabel 5.5.2: Rygestatus | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------|-------------|
| | Alle tre kommuner | | | |
| Måling | Rygere | Lejlighedsvis rygere | Ikke rygere | I alt |
| Baseline | 21 % (94) | 3 % (13) | 76 % (336) | 100 % (443) |
| 3 mdr. opfølgning | 15 % (48) | 3 % (9) | 82 % (257) | 100 % (314) |
| 12 mdr. opfølgning | 18 % (35) | 4 % (8) | 78 % (156) | 100 % (199) |

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 (57 %). Mange har et moderat alkoholforbrug på 2-7 ugentlige genstande (25 %) og 8-14 genstande (13 %). Omkring 6 % har et alkoholforbrug på 15 eller flere ugentlige genstande. Der ses ingen signifikant udvikling i alkoholforbrug fra baseline til 3-måneders opfølgningen. Til gengæld viser statistisk test et mindre, men statistisk signifikant fald i alkoholforbruget ved 12-måneders opfølgningen.

Figur 5.5.3: Alkoholforbrug ved baseline

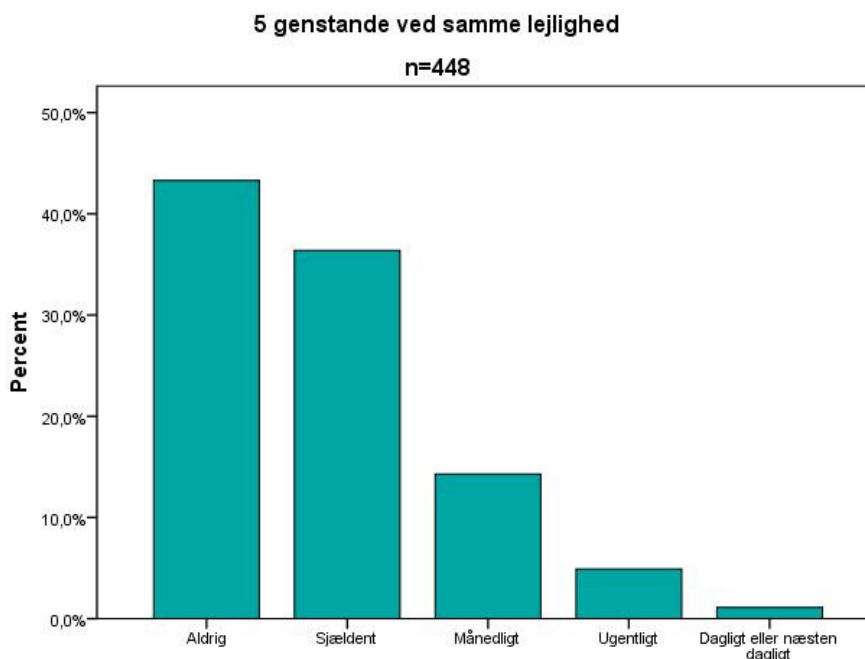


Tabel 5.5.3 viser det ugentlige alkoholforbrug ved baseline, 3- og 12-måneders opfølgningerne. Forbruget er vist via rækkevis frekvensfordeling for hver måling.

| Tabel 5.5.3: Udviklingen i alkoholforbrug | | | | | |
|--|-------------------|---------------|----------------|-------------------------|-------------|
| | Alle tre kommuner | | | | |
| Måling | Under 2 genstande | 2-7 genstande | 8-14 genstande | 15 genstande eller mere | I alt |
| Baseline | 57 % (254) | 25 % (111) | 13 % (56) | 6 % (27) | 100 % (448) |
| 3 mdr. opfølgning | 58 % (179) | 26 % (81) | 10 % (30) | 7 % (21) | 100 % (311) |
| 12 mdr. opfølgning | 56 % (100) | 31 % (55) | 8 % (14) | 5 % (9) | 100 % (178) |

I forhold til indtagelse af "fem eller flere genstande ved en enkelt lejlighed" mindst én gang om ugen, er det jævnfør nedenstående histogram 6 %, som har svaret "næsten dagligt eller dagligt" eller "ugentligt". 43 % har svaret "aldrig", 36 % har svaret "sjældent" og 14 % har svaret månedligt. Der ses ingen signifikant udvikling i alkoholforbrug fra baseline til 3- og 12-måneders opfølgningerne.

Figur 5.5.4: 5 genstande ved samme lejlighed



Tabel 5.5.4 viser rækkevis frekvensfordeling for hvor ofte kursisterne ved en enkelt lejlighed drikker mere end 5 genstande. Opgørelsen viser status ved baseline, 3- og 12 måneders opfølgning.

Tabel 5.5.4: Udviklingen i "5 genstande eller flere ved samme lejlighed"

| Alle tre kommuner | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Måling | Næsten dagligt eller dagligt | Ugentligt | Månedligt | Sjældent | Aldrig | I alt |
| Baseline | 1 % (5) | 5 % (22) | 14 % (64) | 36 % (163) | 43 % (194) | 100 % (448) |
| 3 mdr. opfølgning | 0 % (1) | 4 % (13) | 13 % (40) | 39 % (120) | 44 % (135) | 100 % (309) |
| 12 mdr. opfølgning | 1 % (2) | 3 % (6) | 17 % (31) | 39 % (71) | 40 % (73) | 100 % (183) |

Motion

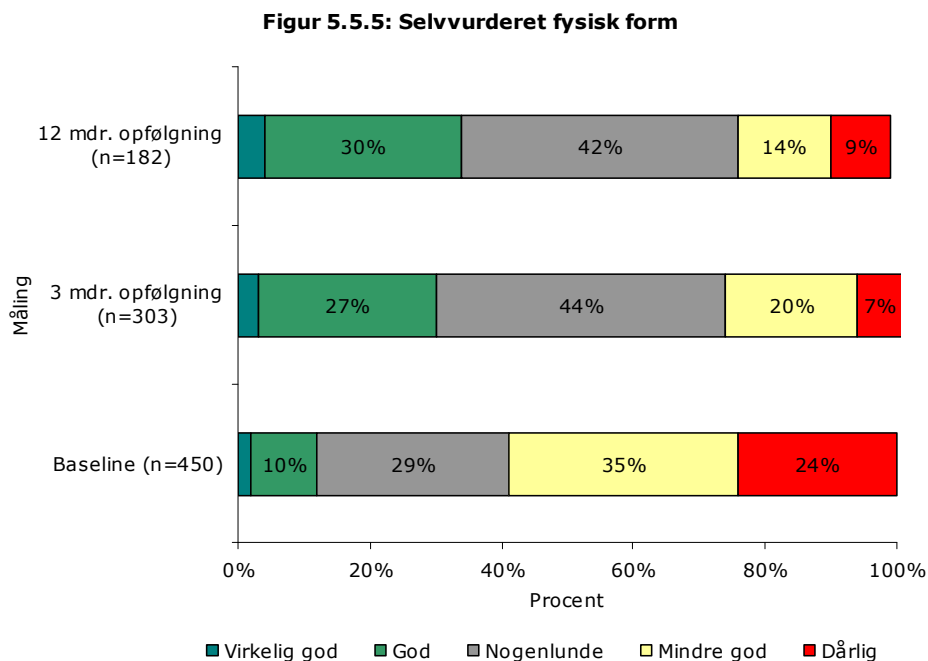
I relation til motion og bevægelse i dagligdagen er kursisterne blevet stillet fire spørgsmål:

- 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.

I figur 5.5.5 nedenfor ses, hvordan kursisterne vurderer deres fysiske form alt i alt (samlet for alle tre kommuner).

Figur 5.5.5: Selvvurdering af fysisk form ved baseline



Tabel 5.5.5: Selvvurderet fysisk form

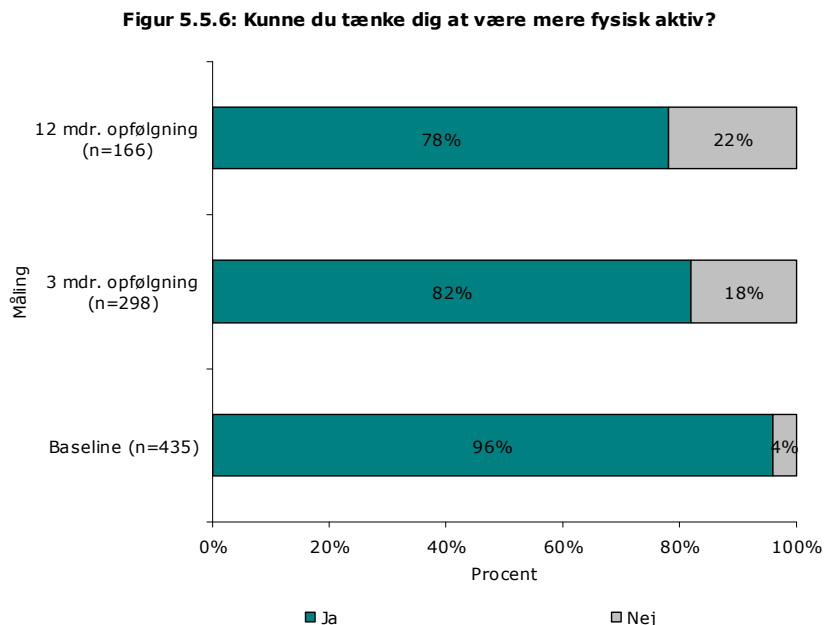
| Alle tre kommuner | | | | | | |
|--------------------|--------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|
| Måling | Virkelig God | God | Nogenlunde | Mindre god | Dårlig | I alt |
| Baseline | 2 % (7) | 10 % (46) | 29 % (132) | 35 % (158) | 24 % (107) | 100 % (450) |
| 3 mdr. opfølgning | 3 % (8) | 27 % (82) | 44 % (134) | 20 % (59) | 7 % (20) | 100 % (303) |
| 12 mdr. opfølgning | 4 % (8) | 30 % (55) | 42 % (77) | 14 % (25) | 9 % (17) | 100 % (182) |

Tabel 5.5.6: Selvvurderet fysisk form

| Alle tre kommuner | | | | | |
|-------------------------------------|--------------|------------|-------------|-------------|------------|
| Diagnose | Virkelig God | God | Nogenlunde | Mindre god | Dårlig |
| Diabetes | 43 % (5) | 62 % (23) | 37 % (41) | 39 % (47) | 47 % (42) |
| KOL | 28 % (5) | 11 % (4) | 20 % (22) | 31 % (38) | 18 % (16) |
| Hjertekarsygdomme | 0 % (0) | 22 % (8) | 26 % (29) | 16 % (20) | 21 % (19) |
| Mere end en af ovenstående sygdomme | 29 % (2) | 5 % (2) | 17 % (19) | 14 % (17) | 14 % (3) |
| I alt | 100 % (7) | 100 % (37) | 100 % (110) | 100 % (123) | 100 % (90) |

I figur 5.5.6 nedenfor ses kursisternes svar på, om de kunne tænke sig at være mere fysisk aktive.

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?

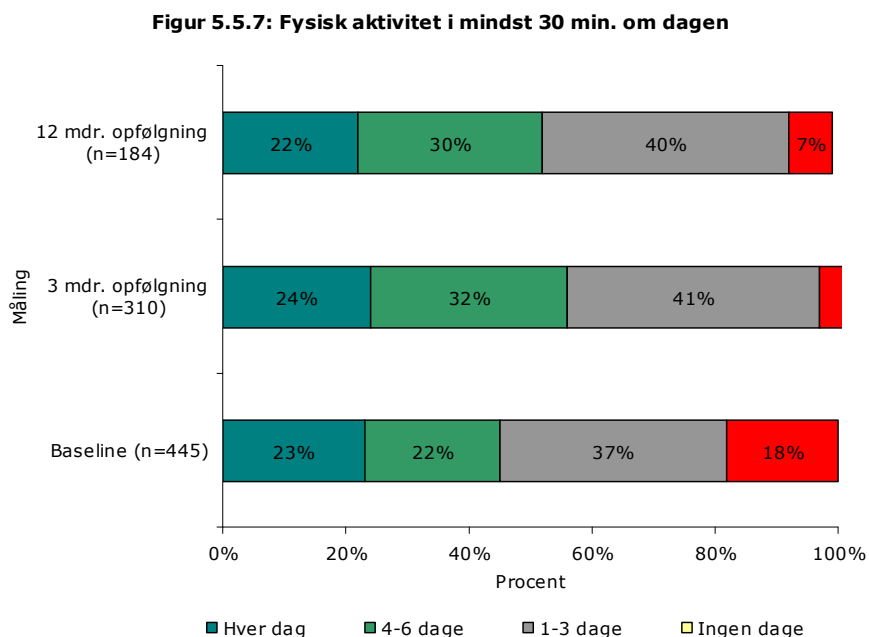
| Måling | Alle tre kommuner | | |
|--------------------|-------------------|-----------|-------------|
| | Ja | Nej | I alt |
| Baseline | 96 % (416) | 4 % (19) | 100 % (435) |
| 3 mdr. opfølgning | 82 % (244) | 18 % (54) | 100 % (298) |
| 12 mdr. opfølgning | 78 % (130) | 22 % (36) | 100 % (166) |

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

| Diagnose | Alle tre kommuner | |
|-------------------------------------|-------------------|------------|
| | Ja | Nej |
| Diabetes | 43 % (146) | 29 % (5) |
| KOL | 22 % (74) | 24 % (4) |
| Hjertekarsygdomme | 21 % (71) | 12 % (2) |
| Mere end en af ovenstående sygdomme | 14 % (46) | 35 % (6) |
| I alt | 100 % (337) | 100 % (17) |

Kursisterne har svaret på, hvor mange dage om ugen, de er aktive mindst 30 minutter om dagen. Figur 5.5.7 nedenfor udviklingen i aktivitet.

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



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

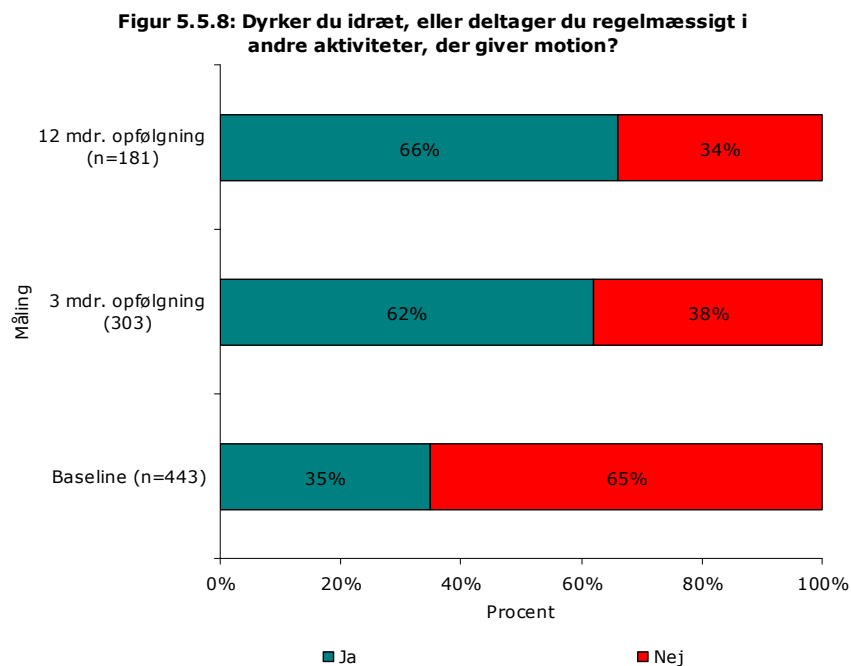
| Kategori | Måling | | |
|------------|-------------|-------------------|--------------------|
| | Baseline | 3 mdr. opfølgning | 12 mdr. opfølgning |
| Ingen dage | 18 % (79) | 4 % (13) | 7 % (13) |
| 1-3 dage | 37 % (166) | 41 % (126) | 40 % (74) |
| 4-6 dage | 22 % (98) | 32 % (98) | 30 % (56) |
| Hver dag | 23 % (102) | 24 % (73) | 22 % (41) |
| I alt | 100 % (445) | 100 % (310) | 100 % (184) |

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

| Diagnose | Alle tre kommuner | | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------|------------|------------|
| | Ingen dage | 1-3 dage | 4-6 dage | Hver dag |
| Diabetes | 58 % (38) | 43 % (58) | 30 % (24) | 43 % (34) |
| KOL | 23 % (15) | 20 % (27) | 23 % (18) | 23 % (18) |
| Hjertekarsygdomme | 14 % (9) | 19 % (26) | 30 % (24) | 22 % (17) |
| Mere end en af ovenstående sygdomme | 6 % (4) | 18 % (25) | 18 % (14) | 13 % (10) |
| I alt | 100 % (66) | 100 % (136) | 100 % (80) | 100 % (79) |

Kursisterne er endvidere blevet spurgt, om de dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Figuren nedenfor viser udviklingen fra baseline til 12-månedersopfølgningen.

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 | Alle tre kommuner | | |
|--------------------|-------------------|------------|-------------|
| | Ja | Nej | I alt |
| Baseline | 35 % (155) | 65 % (288) | 100 % (443) |
| 3 mdr. opfølgning | 62 % (187) | 38 % (116) | 100 % (303) |
| 12 mdr. opfølgning | 66 % (119) | 34 % (62) | 100 % (181) |

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

| Diagnose | Alle tre kommuner | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------|
| | Ja | Nej |
| Diabetes | 35 % (42) | 47 % (112) |
| KOL | 20 % (24) | 23 % (54) |
| Hjertekarsygdomme | 22 % (26) | 20 % (49) |
| Mere end en af ovenstående sygdomme | 23 % (27) | 10 % (25) |
| I alt | 100 % (119) | 100 % (240) |

3.6 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.

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. Statistisk test på tværs af kommunerne viser en positiv statistisk signifikant udvikling fra baseline til 3-måneders opfølgningen på spørgsmålet "om der er nogen til at hjælpe med dagligdagen ved sygdom". I relation til udviklingen fra baseline til 12-måneders opfølgningen ses der på spørgsmålet om " hvor ofte der er kontakt til familie" en statistisk signifikant positiv udvikling.

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 alle spørgsmålene vedrørende håndtering af kronisk sygdom med undtagelse af et spørgsmål. For spørgsmålet "Jeg tror det kan lykkes for mig at ændre vaner i mit hverdagsliv" ses en negativ udvikling ved 12-måneders opfølgningen. I det følgende vises tabeller med udviklingen i spørgsmålene om kronisk sygdom i løbet af kursusforløbet.

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

| Måling | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 20 % (90) | 63 % (276) | 15 % (65) | 2 % (8) | 100 % (441) |
| 3 mdr. opfølgning | 59 % (180) | 40 % (123) | 1 % (4) | 0 % (0) | 100 % (307) |
| 12 mdr. opfølgning | 68 % (123) | 32 % (57) | 0 % (0) | 1 % (1) | 100 % (181) |

Tabel 5.6.2: Jeg tror det kan lykkes for mig at ændre vaner i mit hverdagsliv

| | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| Måling | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 34 % (151) | 60 % (261) | 5 % (22) | 1 % (4) | 100 % (438) |
| 3 mdr. opfølgning | 36 % (109) | 58 % (175) | 5 % (15) | 0 % (1) | 100 % (300) |
| 12 mdr. opfølgning | 31 % (52) | 58 % (98) | 11 % (18) | 0 % (0) | 100 % (168) |

Tabel 5.6.3: Jeg har nemt ved at håndtere min hverdag med kronisk sygdom

| | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| Måling | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 24 % (104) | 54 % (234) | 20 % (86) | 3 % (12) | 100 % (436) |
| 3 mdr. opfølgning | 42 % (127) | 50 % (152) | 8 % (23) | 0 % (0) | 100 % (302) |
| 12 mdr. opfølgning | 49 % (88) | 44 % (78) | 6 % (10) | 1 % (2) | 100 % (178) |

Tabel 5.6.4: Jeg oplever glæde og tilfredshed ved at være fysisk aktiv

| | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| Måling | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 42 % (181) | 47 % (201) | 10 % (44) | 1 % (6) | 100 % (432) |
| 3 mdr. opfølgning | 60 % (184) | 37 % (114) | 3 % (8) | 0 % (0) | 100 % (306) |
| 12 mdr. opfølgning | 63 % (113) | 34 % (60) | 3 % (5) | 1 % (1) | 100 % (179) |

Tabel 5.6.5: Tanker om sygdom fylder meget i mit liv

| | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| Måling | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 11 % (50) | 35 % (156) | 39 % (173) | 14 % (62) | 100 % (441) |
| 3 mdr. opfølgning | 10 % (29) | 25 % (76) | 44 % (136) | 21 % (65) | 100 % (306) |
| 12 mdr. opfølgning | 8 % (14) | 25 % (44) | 48 % (85) | 20 % (35) | 100 % (178) |

Tabel 5.6.6: Jeg føler mig afklaret med min kroniske sygdom

| | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| Måling | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 29 % (124) | 47 % (203) | 19 % (80) | 5 % (23) | 100 % (430) |
| 3 mdr. opfølgning | 50 % (152) | 42 % (127) | 6 % (19) | 1 % (4) | 100 % (302) |
| 12 mdr. opfølgning | 58 % (103) | 39 % (69) | 3 % (6) | 1 % (1) | 100 % (179) |

Tabel 5.6.7: Jeg ved, hvor jeg kan søge støtte og hjælp i forhold til min kroniske sygdom

| | Alle tre kommuner | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|-------------|
| Måling | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | I alt |
| Baseline | 41 % (179) | 43 % (188) | 13 % (58) | 3 % (11) | 100 % (436) |
| 3 mdr. opfølgning | 64 % (193) | 31 % (94) | 5 % (16) | 0 % (1) | 100 % (304) |
| 12 mdr. opfølgning | 69 % (124) | 30 % (54) | 2 % (3) | 0 % (0) | 100 % (181) |

3.7 Kursusevaluering

Kursisterne har ved afslutningen af det 12 uger lange kursus udfyldt en kursusevaluering. I alt har 246 kursister besvaret spørgeskemaet om kursusevaluering, dog svinger antal svar på hvert spørgsmål mellem 161 og 239.

Tilbagemeldingerne fra kursisterne er generelt meget positive. På spørgsmålet *Hvor tilfreds er du samlet set med kursusforløbet?* svarer 75 % af kursisterne "meget tilfreds", 17 % svarer "tilfreds" og 7 % har svaret "utilfreds". Ingen har markeret, at de har været "meget utilfredse" med forløbet (n=242).

På spørgsmålene om kursets indhold, undervisningsmetoder, medarbejdernes virke, og om det har været tiden og kræfterne værd at deltage har 96-99 % af kursisterne svaret "i høj grad enig" eller "enig". I relation til kursets længde svarer 85 % "i høj grad enig" eller "enig", 12 % svarer "uenig" og 1 % svarer "I høj grad uenig". Flere kursister har et ønske om et længere kursus, og kun en enkelt har ønsket, at kurset forkortes. 92 % har været tilfredse med kursuslokalerne, men flere kommenterer at kursuslokalerne er for små, og at der mangler mulighed for bad efter træning.

80 % har haft fravær i forbindelse med kursusforløbet; heraf har 91 % været fraværende 1-4 gange og 9 % 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 96 % ja.

På spørgsmålet *Har du yderligere kommentarer til kursusforløbet?* har kursisterne givet mange positive tilbagemeldinger både i relation til kursusindhold og personale. En enkelt skriver "Jeg er så tilfreds med det, at jeg gerne går om igen hvis jeg måtte?". Flere giver især udtryk for stor tilfredshed udbyttet af kurset med hensyn til emnerne kost og motion. Vedrørende forslag til forbedring efterspørger flere dog samtidig mere information/praktik omkring madlavning, samt bedre tilpasning af motion til den enkeltes helbreds-situation. Endvidere foreslår enkelte, at deltagere med KOL og diabetes undervises på forskellige hold. Læs de samlede kommentarer til kursusforløbet i Bilag 4, Bilagsrapporten.

