

Marie Brandhøj Wiuff, Pernille Skovbo Rasmussen,
Jakob Hansen, Mikka Nielsen og Thomas Tjørnelund Nielsen

Vejen videre – kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes

Evaluering af en pilotafprøvning i fire kommuner i Region Syddanmark



Publikationen *Vejen videre – kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-762-1

Projekt 2748

Marts 2013

Projektet, hvor patientuddannelsesprogrammet *Vejen videre* er udviklet, er finansieret af midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en styrket indsats for patienter med kroniske sygdomme.

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00



Forord

Patientuddannelse er et blandt flere tiltag, som tilbydes det voksende antal danskere med kronisk sygdom. Sigtet er at mobilisere og understøtte de sygdomsramtes egenomsorg og evne til at mestre hverdagen med kronisk sygdom. Der er dog stor forskel på form og indhold i patientuddannelser – og i hvilken grad det er undersøgt, hvordan de virker.

I denne rapport evaluerer vi arbejdet med at implementere og anvende et nyt kommunalt patientuddannelseskoncept kaldet "Vejen videre". Vi undersøger også kursusedtagernes oplevede udbytte og selvrapporterede effekt af kurset. "Vejen videre" er målrettet borgere med KOL, kronisk hjertesygdom eller type 2-diabetes og er udviklet og afprøvet i et samarbejde mellem Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning samt Esbjerg, Langeland, Odense og Varde kommuner. Det er et af flere projekter, som Region Syddanmark har taget initiativ til i en tværsektoriel strategi for kronikerindsatsen. Projektet er finansieret af midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Evalueringen bidrager til en vurdering af, hvilken gang på jorden "Vejen videre" har som kommunalt patientuddannelseskoncept og giver indspark til justering af konceptet, inden det eventuelt udrulles i flere kommuner. Det er samtidig vores håb, at evalueringen kan være til generel inspiration for arbej-

det med at implementere og tilrettelægge patientuddannelse i landets kommuner.

En stor tak skal lyde til alle undervisere, koordinatore, samarbejdspartnere og deltagere i de fire pilotkommuner for deres bidrag til evalueringsarbejdet. Vi er meget taknemmelige for, at I lod os følge jeres arbejde med og deltagelse i "Vejen videre". Tak også til professor Anders Holm, Aarhus Universitet, for kyndig statistik vejledning ved behov. Endelig tak til Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning for konstruktiv feedback og samarbejde under hele processen med evalueringsarbejdet.

Udover forfatterne har Ann Nielsen, KORA – i samarbejde med Marie Wiuff, KORA – forestået udviklingen af spørgeskemaerne til deltagerne, og Lone Grøn, KORA, har løbende givet sparring på evalueringsdesign, interview- og observatonsguides samt afrapportering.

Evalueringen er bestilt af Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning. Rapporten har gennemgået internt review ved tidligere direktør i Dansk Sundhedsinstitut og professor Jes Søgaard og eksternt review ved lektor og ph.d. Helle Terkildsen Maimdal, Aarhus Universitet samt ved adjunkt og ph.d. Annegrete Juul Nielsen, Københavns Universitet.

Charlotte Bredahl Jacobsen
Analyse- og forskningschef

*KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning*

Indhold

Forord	3
Resumé	6
1. Baggrund og formål	9
1.1 Formål med evalueringen	9
1.2 Afgrænsning	10
2. Opbygningen af Vejen videre	11
2.1 Holdstørrelse	13
2.2 Indhold på modulerne	13
3. Evalueringsdesign og metode	15
3.1 Interviewundersøgelse og observationsstudie	16
3.1.1 Bearbejdning og analyse af kvalitative data	17
3.2 Gennemgang af skriftligt materiale og mødedeltagelse	18
3.3 Spørgeskemaundersøgelse	18
3.3.1 Spørgeskemaernes emneområder	18
3.3.2 Databearbejdning og analysetilgang	21
3.3.3 Metodemæssige begrænsninger	22
4. Implementering, organisering og rekruttering	24
4.1 De fire pilotkommuner	25
4.2 Lokal organisering og internt samarbejde	25
4.2.1 Tidligere erfaringer og øvrige tilbud	27
4.2.2 Undervisere på delt eller fuld tid	27
4.2.3 Ledelsesopbakning	27
4.2.4 Ejerskab	27
4.2.5 Internt samarbejde	28
4.3 Organisering og afvikling af moduler	28
4.3.1 Antal afviklede moduler og holdstørrelse	28
4.3.2 De valgfrie moduler	29
4.3.3 Samlet kursuslængde	29
4.3.4 Logistik i afviklingen af moduler	30
4.3.5 Målgruppen og deltagere med særlige behov	30
4.3.6 Lokale justeringer af konceptet	31
4.4 Rekruttering af deltagere	31
4.4.1 Information	33
4.4.2 Målgruppe	34
4.4.3 Henvisningsmetode	34
4.4.4 Feedback	34
4.4.5 Barrierer og fremmede faktorer for rekruttering	35
5. Metode og pædagogik	37
5.1 Underviserne	37
5.1.1 Konceptet og underviserne	38
5.1.2 Vurdering af modulerne	40
5.1.3 Vurdering af metoderne	41
5.1.4 Vurdering af deltagernes udbytte	43
5.2 Deltagerne	43
5.2.1 Vurdering af underviserne	44
5.2.2 Vurdering af modulerne	45
5.2.3 Vurdering af metoderne	46

Indhold

6. Oplevet udbytte og selvrapporteret effekt	48
6.1 Datagrundlaget	49
6.2 Deltagernes baggrundsprofiler	50
6.3 Repræsentativitet og frafald	53
6.4 Sundhedsadfærd	55
6.5 Self-efficacy	57
6.6 Helbredsstatus	59
6.6.1 Vægt og fysisk form	59
6.6.2 Smerter	62
6.6.3 Fysisk formåen og psykisk tilstand	64
6.7 Livskvalitet	66
6.7.1 Udvikling i de enkelte dimensioner	66
6.8 Udbytte og tilfredshed	67
6.8.1 Spørgeskemabesvarelser om oplevet udbytte	67
6.8.2 Interviewbesvarelser om oplevet udbytte	73
7. Konklusion, diskussion og anbefalinger	75
7.1 Perspektiverende diskussion	75
7.2 Konklusion	77
7.3 Anbefalinger	79
Litteratur	82
Bilag 1: Observationsguide til Vejen videre	84
Bilag 2: Interviewguide – enkeltinterview med deltagere	85
Bilag 3: Interviewguide – fokusgruppeinterview med deltagere	86
Bilag 4: Interviewguide – koordinatore	88
Bilag 5: Interviewguide – undervisere	90
Bilag 6: Interviewguide – samarbejdsparter	92
Bilag 7: Læringsmål for moduler på Vejen videre	93
Bilag 8: Pilotkommunernes sundhedspolitik	96
Bilag 9: Information til potentielle rekrutteringskanaler	97
Bilag 10: Håndtering af fejl i spørgeskemaerne	99
Bilag 11: Spørgeskemaerne	101
Bilag 12: Kodning af variable i spørgeskemaundersøgelsen	145

Resumé

Patientuddannelse er blevet en stadig mere udbredt tilgang til at imødegå udfordringen med kronisk sygdom i Danmark. Det er ifølge sundhedsaftalerne nu blevet kommunernes ansvar at tilbyde almen patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom. Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning er gået sammen om at udvikle og afprøve et generisk koncept for kommunal patientuddannelse, som går på tværs af diagnoserne type 2-diabetes, KOL og hjertesygdom, og som har sundhedsprofessionelle som undervisere. Konceptet hedder Vejen videre og består af træning, grundmodul, valgfrie sygdoms-specifikke moduler samt et valgfrit madmodul. Det er blevet pilotafprøvet i Esbjerg, Varde, Langeland og Odense kommuner. Denne rapport præsenterer en evaluering af konceptet.

Evalueringen har for det første undersøgt arbejdet med konceptets implementering og deltagerrekruttering. For det andet har vi undersøgt erfaringerne med den sundhedspædagogiske tilgang og de konkrete undervisningsmetoder, som konceptet lægger op til. For det tredje har vi undersøgt deltagerne oplevede udbytte og selvrapporterede effekter ved deltagelse. Evalueringen er baseret på interview med deltagere og undervisere, observationer af undervisningen, samt en spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne med tre målepunkter henholdsvis før, umiddelbart efter og tre måneder efter deltagelse.

Det er evalueringens overordnede konklusion, at det er lykkedes at udforme et koncept for patientuddannelse, som har haft positive effekter på såvel selvoplevet udbytte som på enkelte selvrapporterede mål; at undervisere og kommuner overordnet set har været glade for at arbejde med konceptet, og at deltagerne udtrykker tilfredshed med deltagelsen. Vi kan ikke ud fra evalueringen give et entydigt bud på, hvilke dele af konceptet der har ledt til de positive resultater. Ligeledes er det vanskeligt ud fra det valgte evalueringsdesign at påvise, hvorvidt dette koncept vil være mere effektivt end alternative tiltag.

Dermed viser evalueringen, at Vejen videre er et fuldgyldigt alternativ til anden patientuddannelse, og at der kan være gode argumenter for at benytte konceptet i det videre arbejde med at tilbyde patientuddannelse i kommunerne. Konceptets anvendelse af sundhedsfagligt personale, der arbejder i teams, vurderes positivt af både undervisere og deltagere. Endelig konkluderer evalueringen, at en eventuel bredere udrulning af konceptet bør lede til overvejelser om at igangsætte et egentligt randomiseret studie af effekten af en multifacetteret og sundhedsfagligt ledet patientuddannelse som Vejen videre, således at det kan dokumenteres, om konceptet leder til større udbytte og effekt end andre tiltag.

I forhold til evalueringens tre fokusområder viser evalueringen følgende:

Implementeringsproces og organisering: Analysen af projektets implementering og organisering peger på en række fremmede henholdsvis hæmmende faktorer i forhold til implementeringen af Vejen videre. De mest centrale faktorer i forhold til at fremme implementeringen af Vejen videre er, at der er klar ledelsesopbakning i indfasningen af konceptet, og at der på

tværs af de kommunale enheder er opbakning til rekruttering af deltagere. Etablering af ejerskab til konceptet blandt underviserne er en stor styrke. Det kan ske gennem etableringen af et fast tværfagligt team af undervisere. Desuden kan forudgående erfaringer med afvikling af patientuddannelse fremme implementeringen. Den væsentligste hæmmende barriere er potentiel intern konkurrence om deltagere, når kommunen har flere forskellige tilbud til målgruppen. Evalueringen viser også, at der trods konceptets stærke fokus på at forebygge en sådan problematik er usikkerhed blandt både ansatte, undervisere og samarbejdsparter om afgrænsning af målgruppen. Konceptet åbner op for at kunne rumme borgere med ringe egenomsorgsevne og høj sygdomskompleksitet, hvilket ifølge underviserne ikke harmonerer med kravet om fremmøde flere gange ugentligt, og der hersker følgelig tvivl om, hvem der er egnede til Vejen videre. De koordinatore og undervisere, som har afprøvet konceptet, vurderer, at målgruppen kan tolkes forholdsvis bredt og fordrer faglige skøn fra både samarbejdsparter og undervisere.

Metode og pædagogik: Undersøgelsen viser, at både undervisere og deltagere samlet set er glade for konceptet. Konceptet rummer en række fordele ved at være baseret på en velbeskrevet undervisningsvejledning. Men underviserne har som sundhedsprofessionelle stort behov for at kunne gøre undervisningsmaterialet til deres eget, dels for at de som undervisere virker troværdige, dels for at levere god undervisning. Blandt underviserne forstås 'god undervisning' som undervisning, der er anerkendende og inddragende og dermed har den bedst mulige indvirkning på deltagerne. For nye undervisere er det en stor fordel med et fast og meget detaljeret koncept, men for mere erfarne undervisere – og for undervisere som har brugt konceptet nogle gange – er der et ønske om yderligere smidighed og fleksibilitet i konceptet. Konkrete vejledninger og autenticitet kan ikke altid gå hånd i hånd. Systematikken i opbygningen af konceptet forudsætter en vis grad af tidsstyring, hvilket stik imod intentionen kan virke abrupt for undervisningen. Derfor bør der arbejdes på at gøre konceptet mere smidigt og autentisk for underviserne, og der bør arbejdes på at kompetenceudvikle underviserne i forhold til at arbejde med konceptet.

I forhold til de forskellige moduler viser evalueringen, at der er stor begejstring for træningsmodul blandt såvel deltagere som undervisere. Mange deltagere fremhæver netop træningsmodul som det vigtigste trækplaster i forhold til deltagelse i Vejen videre. Desuden kan flere af de mål, hvor der er opnået en selvrapporteret effekt, antages at være relateret til den fysiske træning. Evalueringen viser, at træningsdelen i konceptet Vejen videre er et godt grundlag for at videreføre – og eventuelt videreudbygge – konceptet; træningsdelen kan også tilbydes efter endt patientuddannelse, eventuelt etableret under andre former.

I forhold til grundmodul viser evalueringen, at konceptets fokus på psykosociale aspekter og erkendelsesprocesser kræver tilvænnning både for underviserne og for deltagerne. Begge parter giver dog også overvejende udtryk for, at modulet

er meningsfuldt og giver deltagerne redskaber til at skabe forandringer i deres liv.

De sygdomsspecifikke moduler bliver vurderet særdeles positivt af deltagerne, og de kvalitative interview udtrykker øget grad af sygdomsforståelse og tendenser til øget self-efficacy. Dog kan der være problemer med at rekruttere et tilstrækkeligt antal deltagere især i mindre kommuner.

Oplevet udbytte og selvrapporteret effekt: I forhold til den selvrapporterede *sundhedsadfærd* viser evalueringen en positiv udvikling i deltageres udførelse af anstrengende fysisk aktivitet fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter deltagelse. Hvad angår de øvrige sundhedsadfærdsmål, nemlig rygning, alkoholindtag og madvaner, er der ikke tale om en statistisk signifikant udvikling i den selvrapporterede adfærd.

Hvad angår deltageres *self-efficacy* er der sket en positiv udvikling fra før til umiddelbart efter på tre ud af seks elementer i skalaen. Ved målingen tre måneder efter deltagelse er scoren dog faldet en anelse tilbage igen. Dette betyder, at der samlet set ikke er sket signifikante ændringer fra før til tre måneder efter deltagelse. Samlet set kan der ikke konkluderes at være en statistisk signifikant selvrapporteret effekt, hvad angår deltageres self-efficacy.

Når vi ser på deltageres selvrapporterede *helbredsstatus*, kan vi konstatere en lille, men signifikant udvikling i BMI fra før til efter og tre måneder efter deltagelse. Endvidere har deltagerne rykket sig signifikant i positiv retning, hvad angår selvrådet fysisk form. Analyserne viser også et fald i den selvrapporterede grad af oplevede smerter. Der kan ikke konstateres nogen statistisk signifikant udvikling i forhold til psykiske tilstande som tristhed, træthed, at føle sig rolig og afslappet eller fuld af energi.

Deltageres samlede *livskvalitetsmål* har rykket sig positivt. I evalueringen er skalaen EQ-5D-5L anvendt til at måle livskvalitet. Skalaen består af fem dimensioner vedrørende bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depression, som hver især måles og vægtes til et samlet livskvalitetsmål. De enkelte forhold, som indgår i skalaen, har ikke ændret sig statistisk signifikant fra før til efter deltagelse, mens der kan spores en statistisk signifikant selvrapporteret effekt i forhold til det samlede mål.

Deltageres egne *vurderinger af kurset* er gennemgående positive både i spørgeskemaundersøgelsen og i den kvalitative interviewundersøgelse. I de kvalitative interview fortæller deltagerne, at de har opnået større selverkendelse, bedre tiltro til egne evner og en større forståelse for at indarbejde fysisk aktivitet og god sundhedsadfærd i deres hverdag. Størstedelen af de interviewede deltagere finder både moduler og redskaber relevante og anvendelige. Desuden sætter deltagerne pris på sammenholdet og erfaringsudvekslingen i gruppen. Udover udveksling af tips bruger gruppen også hinanden til at tale om svære følelser, som følger med en kronisk sygdom. De kvalitative interview byder imidlertid også på mere kritiske kommentarer. Nogle deltagere pointerer, at de havde svært ved at forstå øvelserne på grundmodulet, at undervisningen på modulerne

var for langtrukket, og at der var for meget stillesiddende undervisning.

Der er fundet følgende *forskelle i selvrapporteret effekt og oplevet udbytte blandt deltagere med forskellige sygdoms- og baggrundsprofiler*, hvilket samtidig betyder, at der ikke er fundet forskelle hvad angår alle andre selvrapporterede mål i evalueringen:

- BMI: Kvinders BMI falder signifikant mere end mændenes BMI fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter Vejen videre-kurset; yngre (under 65 år) deltageres BMI falder mere end ældre (over 65 år) deltageres BMI, og især deltagere med diagnosen type 2-diabetes opnår et lavere BMI i forbindelse med Vejen videre-kurset.
- Smerte: Hvad angår intensitet i oplevet smerte oplever deltagere med KOL mest positiv udvikling fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter, og ligeledes gælder det for deltagere med flere diagnoser.
- Livskvalitet: Særligt kvinder rykker sig positivt på det samlede livskvalitetsmål fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter, mens mænd mindre signifikant rykker sig positivt.
- Oplevet udbytte: Kommune og uddannelse har betydning for vurderingen af Vejen videre samlet set. Ligeledes har kommune betydning for vurderingen af grundmodulet, hvilket også antal år deltagerne har kendt deres diagnose(r) har. Endelig gælder det for vurderingen af træningsmodulet, at der er signifikant forskel blandt deltagerne set i forhold til kommune, uddannelse, alder, hvor deltagerne har haft deres diagnose(r), og endelig hvor langstrakt et kursusforløb deltagerne har været igennem.

Det skal understreges, at analyserne er baseret på et relativt lille datagrundlag (184 deltagere), og derfor bør resultaterne testes i en større målestok.

Anbefalinger

Det har været et selvstændigt formål med evalueringen at bidrage med input til justering af konceptet. Evalueringen giver anbefalinger på forskellige niveauer, hvoraf nogle vil være mere omfattende at tage fat på end andre, og nogle fremstår mere presserende. På baggrund af evalueringen mener vi, at der først og fremmest bør arbejdes videre på at kompetenceudvikle underviserne i forhold til at arbejde med et generisk koncept som Vejen videre og i forhold til at levere konceptets metoder og moduler så optimalt som muligt. Underviserne er bindeleddet mellem koncept og borger og er således alfa og omega i forhold til, at Vejen videre kan bidrage positivt til borgernes udvikling. Evalueringen peger også på øvrige anbefalinger:

Rekruttering: Det er vigtigt for gennemslagskraften af et nyt koncept som Vejen videre, at det skrives ind i 'accepterede kanaler' forstået som eksisterende retningslinjer, henvisningskanaler og ydelsesstrukturer. Det giver legitimitet og har en vigtig

signalværdi. Forskellige samarbejdsparter (læger, kommuner, hospitaler mv.) kan have forskellige behov for information i forbindelse med rekruttering til kurset, så informationen skal tilpasses modtageren. Samarbejdsparterne efterlyser løbende at blive mindet om, at Vejen videre eksisterer, da det nemt glider i baggrunden i en travl hverdag. De praktiserende læger er den væsentligste rekrutteringskilde. Lægerne vil meget gerne orienteres (kortfattet!) om, hvad der sker med de borgere, de henviser. En sådan feedback kan samtidig fungere som en reminder til lægen om, at tilbuddet eksisterer og bliver brugt.

Implementering og organisering: For at sikre god ledelsesmæssig opbakning bør implementering af Vejen videre forankres i en fast organisatorisk enhed, hvor ledelsen bakker entydigt op om konceptet og engagerer sig i implementeringen. Underviserne bør fungere som et samlet team, der har lejlighed til at sparre med hinanden om undervisningsmaterialet, og som får mulighed for at få erfaring med materialet og får tid til at arbejde med det og mulighed for at gøre det 'til deres eget'.

Forud for kurset er det vigtigt at give deltagerne en grundig indføring i, hvilken type patientuddannelse Vejen videre er, og hvad deltagerne kan forvente sig. Ikke alle deltagere er bevidste nok om, hvad kurset går ud på, inden de starter, og flere bliver overraskede over, hvor meget tid der går med fx at snakke i gruppen.

Underviserne og konceptet: Der skal arbejdes med underviserens forståelse af graden af fasthed i kursets struktur. Selvom der er fordele ved en stram og styret struktur, giver underviserne generelt set udtryk for, at de ønsker større grad af mulighed for at afvige fra konceptet, når de vurderer, at deltagerne i en given undervisningssituation har brug for det. Materialet, der benyttes, kan med fordel tage mere eksplicit stilling til grænsen for 'at træde uden for' undervisningsvejledningen. Det er også et emne, der skal bruges tid på i kompetenceudviklingskurset, som træner underviserne i materialet. Det er en vigtig pointe, at metoderne ikke i sig selv sikrer en tilstrækkelig inddragende undervisning, da leveringen af pointerne er central. Underviserne har brug for den rette sundhedspædagogiske ballast og erfaring, og det kræver mere end et fast koncept at kunne formidle viden og skabe relationer mellem deltagerne på en engagerende måde. Derfor bør man fastholde kompetenceudvikling for underviserne som en obligatorisk forberedelse, før man kan påtage sig rollen som underviser i konceptet, og det anbefales, at kompetenceudviklingskurset udvikles til i højere grad at diskutere arbejdet med et generisk koncept/at arbejde evidensbaseret samt arbejdet med 'vanskelige' borgere. Denne anbefaling fremhæves som den mest væsentlige anbefaling i evalueringen.

Metoderne: For at undgå at øvelserne bliver opfattet som abstrakte af deltagerne, er det vigtigt, at underviserne tydeliggør formålet med de forskellige øvelser, og hvorfor det er vigtigt at arbejde med det specifikke tema. Der bør også bruges tid på at diskutere, hvordan øvelsen kan tages med videre hjem i deltager-

nes hverdag. Konceptet foreskriver allerede dette budskab, men evalueringen tyder på, at ikke alle deltagere har forstået formålet med øvelserne tilstrækkeligt. Til trods for at øvelserne har en ambition om at tage udgangspunkt i deltagerne, er der alligevel fare for, at materialet anlægger en distance til deltagerne. Den spørgeskemabaserede del af evalueringen viser, at næsten en fjerdedel af deltagerne 'ikke føler sig tiltalt af kursets metoder', herunder handleplaner. Det bør give anledning til at overveje, hvordan underviserne kan skabe balance mellem at sætte konkrete problematikker eller erfaringer i centrum for diskussionerne og samtidig gøre disse relevante for hele gruppen.

Særligt brugen af handleplaner udgør et væsentligt element i undervisningen. Selvom underviserne generelt vurderer metoden som let tilgængelig og meningsfuld at arbejde med, er der flere udfordringer ved at arbejde med handleplaner i det omfang, man gør i Vejen videre. Godt en femtedel af deltagerne i undersøgelsen angiver specifikt, at de ikke bryder sig om hjemmearbejdet med handleplaner.

Flere undervisere efterlyser til gengæld flere forskellige redskaber, som de kan benytte til at formidle de pointer og temaer, der indgår som en del af kurset. Man kunne på den baggrund overveje, om man skulle arbejde med at udvide underviserens redskabskasse med flere forskellige metoder og virkemidler, der kan benyttes som afveksling med de eksisterende metoder.

Modulerne: Træningsmodulet er det modul, der vurderes mest positivt af deltagerne. Flere deltagere giver udtryk for, at det er dette modul, som har gjort dem interesseret i deltagelse. Der er derfor god grund til at fastholde de grundlæggende elementer i træningsmodulet. Evalueringen viser dog også, at underviserne på træningsdelen ofte ikke ved, hvad gruppen arbejder med på de øvrige moduler. Dette kunne afhjælpes ved i større udstrækning og i flere detaljer at udvikle undervisningsvejledningen for træningsmodulet og samtidig ved at indarbejde koordinering mellem fysioterapeuter og undervisere på de øvrige moduler i konceptet.

Der kan endvidere være grundlag for at udvide træningsdelen på to områder. For det første kan træningsdelen bruges aktivt til at fastholde deltagerne i perioden imellem modulerne. Særligt i kommuner, hvor der grundet befolkningsgrundlaget kan gå lang tid mellem oprettelsen af sygdomsspecifikke moduler, kan træningsdelen udvides og benyttes som fastholdelse. For det andet giver mange deltagere udtryk for, at der mangler et godt træningstilbud at fortsætte i efter kurset. Det er derfor værd at overveje, hvordan man kan sikre gode tilbud, som kan fastholde deltagerens træningsaktivitet. Blandt andet bør kommunerne overveje, om det er muligt – som flere deltagere ønsker – at tilbyde mere permanente træningstilbud i de vant rammer fra Vejen videre. En fastholdelse af træningstilbuddet også efter endt patientuddannelse ville i bedste fald kunne fremme en længere fastholdelse af det positive selvrapporterede udbytte i relation til fysisk aktivitet og oplevelse af egen fysiske form. ■

1 Baggrund og formål

Godt 30 % af den danske befolkning over 18 år har mindst én ud af fem kroniske sygdomme¹ (Sundhedsstyrelsen 2011a). Desuden lever knap 400.000 mennesker med mere end én kronisk sygdom. Patientuddannelse er blevet en udbredt måde at understøtte mennesker med kronisk sygdom i at leve bedst muligt med sygdommen. Udover at forbedre livskvaliteten for mennesker med kronisk sygdom er håbet også at nedsætte behovet for sundhedsvæsenet og dermed mindske presset på sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2005).

Region Syddanmarks udfordringer i forhold til kronisk sygdom adskiller sig ikke fra resten af Danmark. Ifølge Region Syddanmarks kronikerstrategi skønnes det, at ca. 45.000 borgere i regionen lider af KOL, mellem 50.000-60.000 borgere lever med hjertekarsygdom, og mellem 20.000-30.000 har type-2 diabetes (Region Syddanmark 2008).

Gennem sundhedsaftalerne har sygehuse og kommuner i Region Syddanmark et fælles ansvar for udvikling og sikring af kvalitetssikrede og sammenhængende patientforløb, herunder forebyggelse, patientuddannelse og rehabilitering. Herunder er det kommunernes ansvar at tilbyde almen patientuddannelse, der både kan være sygdomsspecifik og gå på tværs af diagnoser (Sundhedskoordinationsudvalget 2010). Særligt de mindre kommuner i regionen har ikke et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag og/eller ressourcer til at etablere sygdomsspecifikke patientuddannelses tilbud. Region Syddanmark er derfor gået ind i et samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning om at udvikle, afprøve og implementere et koncept for kommunal patientuddannelse på tværs af diabetes-, KOL- og hjerteområdet.

Konceptet har fået navnet "Vejen videre – kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes" (ff. Vejen videre). Fire pilotkommuner har været involveret i udviklingen og afprøvningen af konceptet: Esbjerg, Varde, Langeland og Odense kommuner.

Projektet er gennemført i følgende to faser:

- En udviklingsfase, hvor Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning har samarbejdet om udvikling af Vejen videre. Denne fase er startet i januar 2010 og afsluttet i sommeren 2011.
- En pilotfase, hvor Vejen videre afprøves i de fire pilotkommuner, evalueres og efterfølgende justeres i et samarbejde mellem Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning. Denne fase er startet i september 2011 og afsluttet ultimo 2012.

Udover de nævnte pilotkommuner har Steno Center for Sundhedsfremme og KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (tidligere Dansk Sundhedsinstitut) indgået som samarbejdspartner i projektet.

Steno Center for Sundhedsfremme har medvirket til at udvikle og afprøve en række sundhedspædagogiske metoder, som er blevet brugt dels som baggrund for udvikling og udmøntning af det endelige koncept, dels til en kompetenceudviklingsmodel for sundhedsprofessionelle, der skal varetage patientuddannelse på tværs af diagnoser (Engelund, Hansen 2011, Engelund, Hansen & Voigt 2011).

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning er blevet bedt om at foretage en ekstern evaluering af selve pilotafprøvningen af Vejen videre. Denne rapport formidler resultaterne fra evalueringen.

1.1 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er at give input til beslutning om justering og udbredelse af konceptet Vejen videre i andre kommuner i Region Syddanmark og i resten af landet.

Mere specifikt har evalueringen fokus på følgende tre spørgsmål:

- Hvordan er implementeringsprocessen foregået, og hvordan har organiseringen af kurset været?
- Hvordan vurderes kursets metoder og pædagogik af henholdsvis undervisere og kursusedtagere?
- Hvilket oplevet udbytte og hvilke selvrappede effekter har kursusedtagerne opnået?

Implementering og organisering: I forhold til det første spørgsmål vil evalueringen undersøge, hvilke forhold der er med til at fremme og hæmme implementeringen af konceptet. Desuden vil vi analysere den interne organisering og samarbejdsrelationer på patientuddannelsen, samt hvordan rekrutteringen til uddannelsen er forløbet.

Metode og pædagogik: I forhold til det andet spørgsmål skal evalueringen belyse, hvordan de sundhedspædagogiske metoder fungerer i praksis og anvendes af deltagerne. Vi vil særligt fokusere på, hvordan de sundhedspædagogiske metoder anvendes i undervisningen, og hvordan underviserne oplever konceptet både for dem selv som fagprofessionelle og deres vurdering af deltageres oplevelser. Desuden vil vi undersøge deltageres oplevelser af metoder og redskaber.

Oplevet udbytte og selvrappede effekt: I forhold til det tredje spørgsmål vil evalueringen undersøge de umiddelbare, borgerrelaterede effekter, der opnås inden for pilotafprøvningsfasen. Specifikt undersøger vi tendenser i ændringen i deltageres helbredsstatus, sundhedsadfærd, livskvalitet og self-efficacy, fra de starter på patientuddannelsen og til tre måneder efter afsluttet forløb. Vi ser på eventuelle sociale forskelle i oplevet udbytte og selvrappede effekter samt på deltageres oplevede udbytte af patientuddannelsen.

1 De kroniske sygdomme er her diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed/leddegigt og psykiske sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2011a).

1.2 Afgrænsning

Fokus i evalueringen er på den praktiske udmøntning af Vejen videre i de fire kommuner og fokuserer i mindre grad på udviklingen og udformningen af konceptet før selve pilotafprøvelingen i de fire pilotkommuner. Vi har desuden afgrænset os fra at evaluere kliniske resultater som fx kondital, blodtryk, kolesterol mv. Dette skal ses i forhold til, at vi evaluerer et helt nyt koncept med nye undervisere, der først skal blive fortrolige med konceptets indhold og skal øve sig i at formidle det. Der vil således gå noget tid, før man med rimelighed kan forvente at måle effekter af mere klinisk karakter. Evalueringen vil dog kunne belyse tendenser i deltagernes oplevede udbytte og selvrapporterede effekter. ■

2 Opbygningen af Vejen videre

Vejen videre er en patientuddannelse til mennesker med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes. Mennesker med to eller eventuelt alle nævnte sygdomme kan også deltage. Ligeledes er mennesker, der samtidig har andre sygdomme udover en af de tre nævnte, også velkomne.

Vejen videre er i sin opbygning tænkt sammen med Region Syddanmarks opgaver inden for patientuddannelse, sådan at indholdet i Vejen videre følger arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne.

Modulerne: Vejen videre består af seks moduler, nemlig grundmodul, træningsmodul, KOL-modul, hjerte-modul, type 2-diabetesmodul og madmodul (se Figur 2.1).

Grundmodulet og træningsmodulet er obligatorisk, hvori mod de sygdomsspecifikke moduler samt madmodulet er valgfri. Det er et krav, at deltagerne har gennemført mindst tre undervisningsgange på grundmodulet, før han/hun påbegynder et eller flere af de valgfrie moduler. Ved samtlige mødegange er indlagt en 20 minutters pause. Dette er med undtagelse af træningen,

hvor underviserne selv planlægger pauserne. Træningsmodulet har løbende optag og kører parallelt med de øvrige moduler. For en oversigt over indholdet på de enkelte moduler se Bilag 7. Antallet af mødegange i de enkelte moduler samt længden af mødegangene er fastlagt ud fra de besluttede emner og læringsmål og kommunernes egne erfaringer med afholdelse af sygdomsspecifikke patientuddannelser. Desuden har Komiteen for Sundhedsoplysning trukket på danske og internationale erfaringer med afholdelse af patientuddannelsen 'The Chronic Disease Self-Management Program', som i dansk sammenhæng kaldes 'Lær at leve med kronisk sygdom' samt udvikling af andre sygdomsspecifikke patientuddannelser, fx til prædialysepatienter.

For hvert modul er der opstillet overordnede formål, som bliver præsenteret for deltagerne ved første undervisningsgang på hvert modul. For hver undervisningsgang på de enkelte moduler er der desuden opstillet en række læringsmål/mål, der beskriver, hvad deltagerne skal være i stand til at kunne eller gøre efter hver enkelt undervisningsgang.

Figur 2.1: Moduler i Vejen videre.



Kilde: (Norborg 2011)

Modulernes formål

Grundmodulet:

- At deltagerne deler erfaringer med håndtering af hverdagen med en kronisk sygdom
- At deltagerne får erfaringer med at sætte egne mål
- At deltagerne tilegner sig færdigheder i at løse problemer i forbindelse med hverdagen med en kronisk sygdom (Norborg 2011).

Træningsmodulet:

- At deltagerne erhverver sig handlekompetence inden for fysisk aktivitet – handlekompetence, der kan forankres i vedkommendes hverdag (Norborg 2011).

Madmodulet:

- At deltagerne får erfaringer med at sætte egne mål i forhold til at spise sundere
- At deltagerne tilegner sig færdigheder i at løse problemer i forbindelse med at ændre madvaner (Norborg 2011).

Sygdomsspecifikke moduler:

- Identiske med formålet med grundmodulet, blot målrettet den pågældende sygdom (Norborg 2011).

Undervisere: Det er en forudsætning for at undervise i Vejen videre, at man er uddannet til det. Denne konstruktion skyldes, at Sundhedsstyrelsen i sin MTV fra 2009 konkluderer, at det er afgørende for et programs effekter, at underviserne er uddannet i netop det konkrete program (Sundhedsstyrelsen 2009). Komiteen for Sundhedsoplysning har afviklet et kompetenceudviklingsforløb for potentielle undervisere i de fire pilotkommuner fordelt over 2 x 2 kursusdage.

Principperne for underviserne på Vejen videre er:

- At underviserne på grundmodulet og de valgfrie moduler har en sundhedsfaglig uddannelse og besidder en grundlæggende viden om de sygdomme, der undervises i.
- At underviserne på træningsmodulet har en middellang eller lang videregående faglig uddannelse, der indeholder undervisning i arbejds- og træningsfysiologi samt sygdomslære.
- At der er to undervisere på grundmodulet, mens man på de valgfrie moduler og træningsmodulet kan nøjes med én.
- At underviserne bør være gennemgående i hele modulet.

Deltagere: For at kunne være deltager i Vejen videre skal man:

- Være over 18 år
- Være diagnosticeret med KOL, kronisk hjertesygdom og/eller type 2-diabetes
- Forstå dansk
- Kunne indgå i en gruppe og have gavn af det
- Kunne deltage i et undervisningsforløb af mindst seks ugers varighed med fremmøde 3,5 timer om ugen
- Have et ønske om at deltage i patientuddannelse efter at være blevet informeret om dens indhold
- Kunne deltage i fysisk træning mindst én gang om ugen af mindst én times varighed i 6-12 uger
- Have et rehabiliteringsbehov.

Pårørende er velkomne til at deltage i alle moduler, hvis det vurderes relevant, bortset fra træning.

Udover ovenstående inklusionskriterier har man søgt at indkredse målgruppen ved at bruge kronikerstratificeringsfirkanten (se Tabel 2.1), som indgår i Region Syddanmarks strategi for kronisk sygdom (Region Syddanmark 2008) og i forløbsprogrammerne for type 2-diabetes, KOL og hjertesygdom (Region Syddanmark 2010c, Region Syddanmark 2010a, Region Syddanmark 2010b).

Stratificeringsfirkanten opererer med to dimensioner, henholdsvis sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne. Med sygdomskompleksitet forstås en sammenvæjning af komorbiditet og den enkelte lidelses stadium. Egenomsorg forstås som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed.

Tabel 2.1: Kronikerstratificeringsfirkanten.

Gruppe 1	Gruppe 2
Lav sygdomskompleksitet (velreguleret diabetes, mild/moderat KOL, stabil hjertesygdom)	Høj sygdomskompleksitet (svært regulerbar diabetes og KOL, akut behandlingskrævende hjertesygdom, comorbiditet)
God egenomsorgsevne	God egenomsorgsevne
Gruppe 3	Gruppe 4
Lav sygdomskompleksitet (velreguleret diabetes, mild/moderat KOL, stabil hjertesygdom)	Høj sygdomskompleksitet (svært regulerbar diabetes og KOL, akut behandlingskrævende hjertesygdom, comorbiditet)
Ringe egenomsorgsevne	Ringe egenomsorgsevne

Kilde: Region Syddanmarks kronikerstrategi og forløbsprogrammer for type 2-diabetes, KOL og hjertesygdom (Region Syddanmark 2008, Region Syddanmark 2010c, Region Syddanmark 2010a, Region Syddanmark 2010b).

Konceptet for Vejen videre lægger op til, at kurset kan tilbydes borgere stratificeret til gruppe 2-4. Som udgangspunkt skal det være en læge, der står for stratificeringen og henvisningen, men kun i Esbjerg har man fastholdt et krav om lægehenvi-ning. Alle deltagere skal igennem en kommunal visitation, før end de sættes i gang med patientuddannelsen. Den kommu-nale visitation er foregået ud fra samme guidelines anvendt ved en indledende samtale med borgerne. Der er lagt et stort ar-bejde i at ensrette fremgangsmåden med rekruttering til Vejen videre og med at definere målgruppen.

Kommunerne har indgået forskellige aftaler med de lo-kale sygehuse, ligesom kommunerne har forskellige serviceni-veauer. I Odense Kommune er det således udelukkende bor-gerne fra gruppe 3 og 4 (og for KOL kun gruppe 3), der er udpe- get som målgruppe for kommunal patientuddannelse, mens de tre andre pilotkommuner primært fokuserer på gruppe 3 og til dels 4. Endvidere tilbydes borgere i gruppe 2 ud fra faglige skøn kommunal patientuddannelse.

2.1 Holdstørrelse

Med henvisning til at kunne arbejde ud fra de sundhedspæda- gogiske metoder anbefaler Komiteen for Sundhedsoplysning, at størrelsen på holdene er 12-16 deltagere. Af samme grund anbefales det ikke at starte et hold op med færre end otte deltagere. På træningsmodulet anbefales derimod en holdstør- relse på op til 19 deltagere med henvisning til, at der typisk vil være 2-3 deltagere fraværende pr. kursusgang (Norborg 2011).

2.2 Indhold på modulerne

I opbygningen og udviklingen af indholdet på modulerne har tilrettelæggerne taget afsæt i anbefalinger fra såvel Sundheds- styrelsen som WHO til både generel og sygdomsspecifik pa- tientuddannelse (Sundhedsstyrelsen 2009, World Health Orga- nization 1998).

Læringsmål og effekter relateret til læringsmål: For hvert modul er der opstillet læringsmål, som beskriver, hvad borgerne skal have lært, efter interventionen er afsluttet, og som borgeren forventes ikke at kunne i forvejen. Desuden er der opstillet ef- fektmål for den samlede uddannelse, som relaterer sig til fire overordnede målsætninger:

- Forbedret sundhedsadfærd
- Forbedret symptomhåndtering/sygdomshåndtering
- Forbedret helbredsstatus
- Øget self-efficacy.

Formål, læringsmål, effektmål og emner er delvist udviklet ud fra anbefalinger i nationale kliniske retningslinjer og er samtidig forholdt til den arbejdsdeling, der er aftalt i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen og pa- tientforløbsprogrammerne for de tre sygdomme. Derudover har en lang række fagpersoner fra hospitaler og kommuner i Region Syddanmark bidraget med at fastsætte formål, effekt- mål, læringsmål og emner. Fagpersonernes arbejde er indgået i det videre arbejde med udviklingen af modulerne i Vejen vi- dere, som efterfølgende er blevet justeret i forhold til borger- nes behov. Det færdige undervisningsmateriale er fagligt redi- geret af fagpersoner i Sundhedsstyrelsen eller af fagpersoner udpeget af Sundhedsstyrelsen.

Teoretisk grundlag og undervisningsmetoder: Det teoretiske grundlag og undervisningsmetoderne i Vejen videre er primært baseret på begrebet self-efficacy defineret af Albert Bandura. Self-efficacy består af to komponenter: a) vurdering af egen evne til at gennemføre en specifik adfærd eller handling for at opnå et specifikt mål (efficacy expectations), og b) troen på at handlingen eller adfærden vil medføre en specifik effekt (out- come expectations) (Bandura 1977). Med henvisning til Albert Bandura omsætter tilrettelæggerne begrebet self-efficacy til fire pædagogiske strategier (Bandura 1986):

- Tilegnelse af færdigheder
- Refortolkning af årsager til symptomer
- Gruppedynamik/overtalelse (persuasion)
- Rollemodels-funktion (modelling).

Strategierne er uddybet i Tabel 2.2 næste side.

Table 2.2: Oversigt over pædagogiske strategier i Vejen videre.

Pædagogiske strategier	Beskrivelse	Redskaber
Tilegnelse af færdigheder	Deltagerne skal tilegne sig konkrete færdigheder, de kan anvende i andre sammenhænge end på kurset. Færdigheder påvirker sygdom, symptomer og livsstil positivt. Fx kan bedre kommunikation med pårørende påvirke symptomer som tristhed eller nedtrykthed.	Handleplaner, problemløsning, afledning, bedre vejtrækning, afspænding, positiv tænkning, kommunikation, fysisk træning, brug af PEP-fløjte, sammensætning af måltider, fodpleje, sundere hverdagsmad, indkøb og varedeklarerationer.
Refortolkning af årsager til symptomer	Mennesker med sygdom tror ofte, at det kun er sygdommen, der er årsag til generende symptomer. Men symptomerne kan forstærke hinanden, og livsstil kan påvirke symptomerne både negativt og positivt. Et ændret syn på årsagerne til symptomer kan give indsigt i egne muligheder for at lindre dem.	Genfortolkning af årsager til symptomer sker gennem arbejdet med symptomcirkler, idé-træ og afprøvning og træning i de forskellige redskaber.
Gruppedynamik/overtalelse	Med undervisningsøvelser som fx handleplansrunden 'overtales' deltagerne nænsomt til at arbejde med at gennemføre forandringer. Når en handleplan gennemføres som planlagt, kan det øge deltagerens tro på egne evner til at sætte sig et mål og opnå det (self-efficacy).	Der ligger som beskrevet et overtalelselement i handleplanerne, men fx også i den erfaringsudveksling der foregår i brainstorm-øvelser, to og to-øvelser m.fl.
Rollemodels-funktion	Dette handler om, at deltagerne lærer ved at spejle sig i hinanden og underviserne og kopiere hinandens adfærd. Der lægges øvelser ind, hvor deltagerne har mulighed for at spejle og kopiere både hinanden og underviserne.	Fx fortæller underviserne om egne handleplaner og problemløsning, demonstrerer brug af PEP-fløjte, underviser i bedre vejtrækning, faciliterer erfaringsudveksling mellem deltagere, præsenterer situationskort mv.

Kilde: Notat "Vejen videre – udvikling og valg af elementer", Komiteen for Sundhedsoplysning.

Inddragelse af borgernes behov i undervisningen

Undervisningsmaterialet til Vejen videre lægger op til, at undervisningen skal tilrettelægges, således at deltagerne kan arbejde med det, de oplever at have behov for, i den situation de er i. Ligeledes skal undervisningen være baseret på deltageres egne erfaringer, fx i forhold til handleplaner, problemløsning, brainstorm, idé-træ, formidling af pointer mv.

Samtidig har tilrettelæggerne ønsket at sikre, at de emner, som undervisningsmaterialet adresserer, afspejler en afvejning af nationale retningslinjer, fagpersonernes anbefalinger og borgernes behov og forventninger til patientuddannelse (jf. undersøgelsen fra Steno Center for Sundhedsfremme).

Det betyder, at materialet rummer en meget præcis beskrivelse af indhold og øvelser med tidsangivelser og emner. Der er tænkt over rækkefølge og omfang til hvert emne, så underviserne sikrer at nå al materiale igennem, og så alle kursister får en sammenlignelig uddannelse. Det kan dog skabe udfordringer i forhold til fleksibiliteten i selve undervisningssituationen og begrænse muligheden for at lade deltagerne vælge tid og emne.

Relationen mellem patientuddannelse og borgernes øvrige liv
Ifølge notatet anbefaler WHO, at patientuddannelse tilrettelægges i forhold til de øvrige kontekster, som kursisterne deltager i gennem deres daglige liv (arbejde, hjem etc.). Ligeledes

anbefales det at inddrage pårørende i uddannelsen. Med henvisning til et socialt læringsperspektiv påpeger tilrettelæggerne, at kursisternes daglige liv og deres pårørende har stor betydning for sygdommen og bør inddrages i undervisningen. Hverdagslivet og de pårørende er afgørende faktorer for kursisternes mulighed for at overføre og anvende den læring, de har udviklet gennem patientuddannelsen og dermed at fastholde de ting, de har lært, når patientuddannelsen afsluttes. Det er der taget højde for på følgende måde:

- Undervisningsmetoder med fokus på kursisternes egne erfaringer, mål og behov fra andre sammenhænge (handleplaner, problemløsning, erfaringsudveksling, brainstorm-øvelser mv.)
- Der arbejdes med redskaber hjemme, så kursisterne træner og arbejder med det lærte i de sammenhænge, de skal anvende i, under og efter patientuddannelsen
- Pårørende kan deltage
- Der arbejdes med emner fra deltageres hverdagsliv, fx kommunikation med pårørende, hverdagsmad, håndtering af symptomer, omgivelsernes reaktioner mv. ■

3 Evalueringsdesign og metode

Evalueringen af Vejen videre skal medvirke til en vurdering af konceptets berettigelse samt give input til justering og forbedring af konceptet i forbindelse med en eventuel implementering i Danmarks øvrige kommuner. Der er brug for viden om, i hvilket omfang kurset fungerer, samt viden om hvad der fungerer – og hvad der ikke gør.

Det er centralt at vurdere mulighederne for at arbejde med Vejen videre-konceptet i en kommunal kontekst, da det er her, konceptet skal fungere og gøre en forskel for deltagerne. Vi ser derfor nærmere på, hvordan Vejen videre er implementeret og organiseret i de fire pilotkommuner (Kapitel 4).

Organisering af en indsats formes og omformes i løbet af implementeringsprocessen² og handler blandt andet om, hvor indsatsen placeres rent organisatorisk, hvilke medarbejdere der står for udmøntningen af indsatsen, og hvordan arbejdet med indsatsen organiseres internt. Vi vil også fokusere specifikt på arbejdet med at rekruttere deltagere til kurset, da det har vist sig at være en særlig organisatorisk udfordring.

Forståelsen af, hvad der synes at fungere, og hvad der ikke gør, finder vi ved at undersøge, hvordan et på papiret velbeskrevet og gennemarbejdet koncept formes og omformes i samspillet mellem undervisere og deltagere. Specifikt kigger vi på, hvordan konceptets metoder og pædagogik fungerer og anvendes i praksis (Kapitel 5).

Som det sidste led i evalueringen undersøger vi, om deltagelse i kurset gør en forskel. Vi ser på deltagernes oplevede udbytte og selvrapporterede effekt (Kapitel 6).

Evalueringen bygger på en lang række forskellige datatyper, som vi har indsamlet både før og i løbet af pilotafprøvningsfasen. Vi har indsamlet kvalitative data via interviews med deltagere, undervisere, koordinatore og samarbejdspartner. Vi har gennemført observationer af undervisningen. Vi har gennemgået skriftligt materiale fra de fire pilotkommuner, fra mødereferater i tilknytning til projektet og materiale om Vejen videre modtaget fra Komiteen for Sundhedsoplysning. Endelig er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne i Vejen videre.

Tabel 3.1 viser, hvilke af evalueringens tre dele de forskellige datakilder bidrager til at belyse. I det følgende præsenteres de respektive datakilder, og hvilke metodemæssige udfordringer der har været forbundet med disse. Metodepræsentationen gør det muligt for læseren at vurdere baggrunden for rapportens konklusioner og diskussion. For den ikke-metodeinteresserede læser er det muligt at læse rapportens resultater uden kendskab til indholdet i dette kapitel.

Tabel 3.1: Oversigt over dataindsamlingsmetoder til evaluering af Vejen videre.

	Implementering og organisering	Metode og pædagogik	Udbytte og selvrapporteret effekt
Observationer på tre undervisningsgange i hver kommune		x	
16 individuelle interview med borgere		x	x
4 fokusgruppeinterview med borgere		x	x
4 individuelle interview med kommunale koordinatore på Vejen videre	x		
4 fokusgruppeinterview med undervisere på Vejen videre	x	x	x
16 telefoninterview med samarbejdspartnere	x		
Gennemgang af skriftligt materiale, herunder fra Komiteen for Sundhedsoplysning og kommunerne	x		
Spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne på Vejen videre (start, slut og tre måneder efter)			x

Evalueringen er godkendt af Datatilsynet (J.nr. 2010-41-4882).

2 Ved implementering forstås den proces, der går fra en beslutning om at iværksætte en ny indsats til indsatsen er integreret i daglig praksis (Rønnow, Marckman 2010).

3.1 Interviewundersøgelse og observationsstudie

I perioden november 2011 til april 2012 er der gennemført observation af 12 undervisningsgange, 16 enkeltinterview og 4 fokusgruppinterview med udvalgte deltagere fordelt på de fire pilotkommuner (se Tabel 3.2). I alt er 46 deltagere blevet interviewet. Den kvalitative dataindsamling har for det første bidraget med viden om, hvordan Vejen videre har fungeret i pilotafprøvningsperioden (september 2011 til medio april 2012), hvordan konceptet er implementeret og organiseret i de fire pilotkommuner, samt hvordan deltagere er rekrutteret. For det andet har den bidraget til viden om, hvordan undervisningsmetoderne har fungeret, og hvordan kursusredskaberne er blevet anvendt af deltagerne. Den kvalitative dataindsamling har også bidraget til belysningen af deltagernes oplevede udbytte.

Observationsundersøgelse: Observationerne er gennemført ultimo 2011, hvor pilotafprøvningsperioden havde været i gang i cirka tre måneder. Der er observeret undervisningsgange på grund- og træningsmodulet i alle fire pilotkommuner, mens observation af undervisningsgange på madmodulet og de sygdomsspecifikke moduler er spredt på de fire kommuner. Undervisningsgangene er valgt, så forskellige sundhedspædagogiske metoder observeres i praksis. Der er primært observeret på sidste del af moduler-

ne, så undervisere og deltagere har været igennem nogle temaer og har erfaringer med at bruge kurssets sundhedspædagogiske metoder. Observationerne er gennemført som deltagerobservation (Spradley 1980). Observatøren har således så vidt muligt taget aktivt del i de ting, der er foregået på kursusgangene. Der er udviklet en observationsguide med temaer, som observatøren særligt skulle lægge mærke til (se Bilag 1). Der er taget feltnoter under og efter de observerede undervisningsgange.

Interviewundersøgelse: Enkeltinterviewene er gennemført med deltagere, som har deltaget i det observerede grundmodul, hvoraf nogle også har deltaget i de observerede undervisningsgange på de valgfrie moduler (madmodulet og de sygdomsspecifikke moduler). Enkeltinterviewene har ligget i forbindelse med observationsgangene, hvilket har givet intervieweren mulighed for at spørge ind til specifikke episoder fra undervisningen. Enkeltinterviewene har blandt andet haft til formål at belyse deltagernes oplevede udbytte, oplevelser med at arbejde med kurssets metoder og redskaber og deres oplevelser af logistikken omkring Vejen videre. Deltagerne i enkeltinterviewene har ikke afsluttet kursusforløbet på interviewtidspunktet. Der er udviklet en semistruktureret interviewguide til enkeltinterviewene med deltagerne (se Bilag 2).

Tabel 3.2: Oversigt over observationer og interview med deltagere på Vejen videre.

	Esbjerg	Varde	Langeland	Odense
Modul	Observation			
Grund (6 gange)	Session 5	Session 4	Session 4	Session 3
Mad (3 gange)		Session 3		
Type 2-diabetes (2 gange)	Session 2			
KOL (2 gange)				Session 2
Hjerte (2 gange)			Session 2	
Træning	1 træningsgang	1 træningsgang	1 træningsgang	1 træningsgang
	Enkeltinterview			
Deltagere	4	4	4	4
Køn	2 kvinder 2 mænd	2 kvinder 2 mænd	2 kvinder 2 mænd	1 kvinde 3 mænd
Diagnose(r)	1: Type 2-diabetes 1: KOL 2: Dobbeldiagnose	1: Type 2-diabetes 1: KOL 1: Hjertesygdom 1: Dobbeldiagnose	1: Type 2-diabetes 1: Hjertesygdom 1: Dobbeldiagnose 1: Triplediagnose	1: KOL 1: Hjertesygdom 2: Dobbeldiagnose
	Fokusgruppinterview			
Deltagere	8	9	5	8
Køn	4 kvinder 4 mænd	6 kvinder 3 mænd	2 kvinder 3 mænd	6 kvinder 2 mænd
Diagnose(r)	1: Type 2-diabetes 4: KOL 1: Hjertesygdom 2: Dobbeldiagnose	1: Type 2-diabetes 3: KOL 5: Dobbeldiagnose	1: Type 2-diabetes 1: KOL 3: Hjertesygdom	2: Type 2-diabetes 1: KOL 1: Hjertesygdom 4: Dobbeldiagnose

Fokusgruppeinterviewene er gennemført med deltagere fra forskellige hold i hver enkelt kommune. Alle havde afsluttet deres kursusforløb. Fokusgruppeinterviewene har haft til formål at validere og kvalificere fundene i observationer og enkeltinterview. Der er udviklet en guide til fokusgruppeinterviewene, der blandt andet indeholder en række udsagn, som afspejler fund fra observationer og enkeltinterview (se Bilag 3).

Samlet set er der interviewet 46 deltagere. I hver af de fire pilotkommuner er der gennemført enkelt- eller tomandsinterview med kommunale koordinators/projektgruppedeltagere, og der er gennemført fokusgruppeinterview med underviserne på Vejen videre (se interviewguides i Bilag 4 og 5).

Endelig er der gennemført telefoninterview med 16 samarbejdsparter – fire i hver kommune – herunder praktiserende læger, sygehusrepræsentanter og kommunale repræsentanter (se Tabel 3.3). Interviewguiden findes i Bilag 6.

Ved fokusgruppeinterview med deltagere og undervisere samt interview med koordinators har to medarbejdere fra KORA deltaget – den ene som interviewer, den anden som referent og backup i forhold til at sikre, at intervieweren får spurgt ind til alle temaerne i interviewguiden. Observationer og individuelle interview med deltagere er gennemført af én medarbejder fra KORA. Interview og fokusgruppeinterview er optaget på diktafon. Telefoninterview med samarbejdsparter er ligeledes gennemført af en medarbejder fra KORA og optaget via CallBurner³.

3.1.1 Bearbejdning og analyse af kvalitative data

På baggrund af feltnoter fra observationerne er der udarbejdet et observationsnotat for hver observeret undervisningsgang med afsæt i observationsguidens temaer (se Bilag 1). På baggrund af lydoptagelser af interviewene er der lavet referater af samtlige interview. De kvalitative data er bearbejdet som en indholdsanalyse, hvilket betyder, at respondenternes udtalelser om specifikke emner beskrives systematisk og 'kvantitativt' (Kvale & Brinkmann 2009). At de beskrives kvantitativt vil sige, at iagttagelserne grupperes i meningsenheder, der i en eller anden grad kan optælles. Indholdsanalyse tilstræber i teorien desuden en form for objektivitet forstået på den måde, at en

uafhængig evaluator ville nå frem til samme resultat med analysen, hvilket også har været holdt for øje i analysen af de kvalitative data i dette tilfælde. Meningsenhederne er tematisk kodet i det kvalitative analyseprogram NVivo. Kodningen tager afsæt i evalueringens fokusområder, men er suppleret med en åben kodning. Interviewene har været semistrukturerede og har således i vid udstrækning omhandlet forudbestemte emner, men der har samtidig været rum for nye emner under samtalerne, ligesom respondenterne ikke er blevet 'tvunget' til tage stilling til emner, som de ikke umiddelbart ønskede at udtale sig om.

Meningsenhederne i det kvalitative datagrundlag er kodet i følgende temaer for hver af de interviewede parter:

- Underviserne: opstart, implementering, konceptet, egen faglighed, deltagerne, moduler, metoder, gruppedynamik, justeringer/tilpasninger, organisering, ledelse, samarbejde, kursisternes udbytte
- Samarbejdspartnere: information om patientuddannelsen, henvisning til patientuddannelsen, feedback, sammenhæng med øvrige tilbud
- Koordinatorer: implementeringspraksis, planlægning, rekruttering, samarbejdspartnere, afvikling af konceptet, samarbejde med undervisere og andre parter, koordinering i forhold til andre tilbud
- Deltagerne: personlige forhold, rekruttering, deltagelse, undervisningen, metoderne, at være på et hold, sammenhæng mellem modulerne, selvoplevet udbytte.

Meningsenhederne følger i vid udstrækning de planlagte semistrukturerede spørgeguides, hvilket betyder, at interviewpersonerne ikke er fremkommet med deciderede nye emner under interviewene. Interviewpersonerne har haft mere eller mindre at sige om hvert af de planlagte emner, men overordnet har deres udtalelser kunnet relateres til et eller flere af de planlagte emner. Spørgeguiderne har i udgangspunktet været planlagt til at afdække oplevelser med Vejen videre både bredt og dybt, hvorfor det ikke er overraskende, at der ikke opstod nye temaer undervejs i dataindsamlingen.

Tabel 3.3: Oversigt over interviewede samarbejdsparter til Vejen videre.

	Esbjerg	Varde	Langeland	Odense
Praktiserende læger	To (en er praksiskonsulent)	En (er samtidig praksiskonsulent)	En (er samtidig praksiskonsulent)	En (er samtidig praksiskonsulent)
Sygehusrepræsentanter	Rehabiliteringskoordinator, Sydvestjysk Sygehus Diabeteskoordinator, Sydvestjysk Sygehus	Chefterapeut, Sydvestjysk Sygehus	Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk afdeling, Svendborg Sygehus	Fysioterapeut, Rehabiliteringsafdeling, OUH
Kommunale repræsentanter		Trænende terapeut Teamleder, Jobcenter Varde	Kommunal ergoterapeut Jobcenter Svendborg	Socialoverlæge Leder af sygeplejen

3 CallBurner er et program, der kan optage opkald fra Skype.

Et tema, som både underviserne og koordinatorene viste sig at have meget at sige om, var 'egen faglighed over for konceptet'. Det at skabe ejerskab til konceptet i forbindelse med undervisningen blev omtalt uafhængigt af hinanden under interviewene og indgår følgelig som et punkt i evalueringen. Et tema, som hverken underviserne eller deltagerne havde så meget at sige til, var sammenhængen mellem kurssets anvendte metoder og det oplevede udbytte hos kursisterne. Både undervisere og kursister havde vanskeligt ved at udpege, hvilke metoder der ledte til et konkret udbytte. En forklaring kan være, at der i praksis er tale om, at det er helheden af kurset, der medfører et konkret udbytte.

3.2 Gennemgang af skriftligt materiale og mødedeltagelse

For at få indblik i det lokale arbejde med at implementere og organisere Vejen videre i de fire pilotkommuner er følgende skriftlige materiale indhentet og gennemgået:

- Referater fra møder i kommunen, hvor Vejen videre har været på dagsordenen eller diskuteret
- Beskrivelse af rekrutteringstiltag, inkl. ændringer og justeringer, samt rekrutteringsmateriale
- Beskrivelse af eventuelle understøttende foranstaltninger for mindre ressourcestærke borgere
- Beskrivelse af forankringen af Vejen videre i kommunen, herunder organisationsdiagram.

Derudover er referater fra projektgruppemøder og koordineringsgruppemøder gennemgået. Undervisningsmanualen og baggrundsnotater fra Komiteen er også gennemgået. En medarbejder fra KORA har desuden deltaget i koordineringsgruppemøderne som observatør.

Det skriftlige materiale er gennemgået dels som forberedelse til interview med koordinatore og undervisere på Vejen videre samt samarbejdsparter, dels som materiale til analysen af implementering og organisering af Vejen videre i pilotkommunerne. På baggrund af materialerne er der udfærdiget tematiske resumeer, således at materialet samlet set var lettere at overskue i forhold til at indgå som baggrundsviden i forbindelse med analyserne.

3.3 Spørgeskemaundersøgelse

Med henblik på at belyse deltagerens samlede udbytte og selvrapporterede effekter af Vejen videre er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen har desuden givet mulighed for at kontrollere for eventuelle forskelle i oplevet udbytte og selvrapporterede effekter blandt forskellige grupper af deltagere (fx mænd og kvinder, deltagere med forskellige diagnoser osv.). Deltagerne har udfyldt et spørgeskema på tre forskellige tidspunkter i forbindelse med kursusforløbet:

- Før deltagerne visiteres til Vejen videre (dvs. forud for den indledende samtale i kommunen)
- Umiddelbart efter at deltagerne har afsluttet Vejen videre
- Tre måneder efter at deltagerne har afsluttet Vejen videre.

I de tre spørgeskemaer er der blandt andet gjort brug af spørgsmål fra standardiserede spørgeskemaer, fx vedrørende helbredsstatus, self-efficacy, livskvalitet og sundhedsadfærd, ligesom der er udviklet spørgsmål specifikt til denne evaluering. Evaluator har forestået udviklingen af de tre spørgeskemaer, mens de fire pilotkommuner har forestået indsamlingen af spørgeskemabesvarelserne. I spørgeskemaerne er der spurgt ind til de samme spørgsmål: før kurset, umiddelbart efter og tre måneder efter sidste kursusgang. Ved at stille de samme spørgsmål både før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre er det gjort muligt at sammenligne besvarelserne for den enkelte deltager over tid og dermed spore en mulig udvikling hos deltagerne i Vejen videre.

Den kvantitative undersøgelse er ikke designet som en effektmåling i streng metodisk forstand, idet undersøgelsen blandt andet ikke inkluderer kontrolgruppe. Undersøgelsen kan derimod afdække deltagerens 'oplevede udbytte' og 'selvrapporterede effekter', som er de betegnelser, vi har valgt at anvende i rapporten. Oplevet udbytte dækker over de svarafgivelser, deltagerne har givet på spørgsmål om deres oplevelse af, hvordan kurset alt i alt har været, og om de fx er blevet bedre til at bruge deres medicin rigtigt, spise sundt og være fysisk aktive. Det dækker endvidere over, om kurset levede op til deres forventninger, blandt andet hvad angår mængden af information, samt måden hvorpå den blev formidlet. Selvrapporterede effekter er i denne sammenhæng defineret som udviklingen i deltagerens egne rapporterede svar på:

- selvrapporteret sundhedsadfærd
- selvrapporteret self-efficacy
- selvrapporteret helbredstilstand
- selvrapporteret livskvalitet.

Begreberne vil blive præsenteret nærmere i afsnit 3.3.1., som omhandler spørgeskemaernes emneområder.

Vi har undersøgt, hvorvidt der er sket en udvikling i deltagerens selvrapporterede sundhedsadfærd, self-efficacy, helbredstilstand og livskvalitet fra før til efter og fra før til tre måneder efter deltagelse i Vejen videre (se tabel 3.4 for en oversigt over de tre skemaers temaer). 'Selvrapporterede effekter' henviser således til, at det er deltagerne selv, der rapporterer, hvordan de placerer sig på de givne spørgsmål, hvorefter det statistisk set vurderes, om der er sket en udvikling over tid og dermed en 'selvrapporteret effekt' af kurset. Samtidig vil gennemgangen illustrere, hvordan deltagerne har oplevet deres udbytte af Vejen videre, og om der er systematiske forskelle blandt deltagerens besvarelser set i forhold til en række relevante baggrundsforhold.

3.3.1 Spørgeskemaernes emneområder

Emneområderne for spørgeskemaundersøgelsen er udarbejdet med hensyntagen til undersøgelsens formål: At kunne vurdere om, hvordan og i hvilken udstrækning deltagelse i Vejen videre har indvirket på deltagerens sundhedstilstand. Ved at afdække sundhedsadfærd, self-efficacy, helbredsstatus og livskvalitet op-

nå et dækkende billede af deltagernes sundhedstilstand. Disse emneområder omtales som fokusområder i forbindelse med patientuddannelse generelt (Sundhedsstyrelsen 2009) og indgår endvidere som specifikke mål for uddannelseskonceptet.

Som nævnt er undersøgelsen udført i perioden fra umiddelbart før opstart af Vejen videre-kurset, hvor første måling fandt sted, til tre måneder efter afslutning af Vejen videre. Når undersøgelsens opfølgning er begrænset til tre måneder, skyldes det ønsket om at opnå nogle hurtigt anvendelige resultater i det videre arbejde med at udvikle Vejen videre, som ved undersøgelsestidspunktet er i en pilotafprøvningsfase.

I det følgende vil vi præcisere, hvad de undersøgte begreber 'sundhedsadfærd', 'self-efficacy', 'helbredsstatus' og 'livskvalitet' dækker over.

Sundhedsadfærd forstås som den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og helbred. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller for at undgå sygdom, eller der kan være tale om mere eller mindre ubevidste vaner, som udføres uden overvejelser om de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser. Eksempelvis omhandler sundhedsadfærd en persons fysiske aktivitetsniveau, og hvorvidt den enkelte person udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning, uhensigtsmæssige kostvaner eller alkoholforbrug.

I Sundhedsstyrelsens definition af sundhedsadfærd bemærkes det, at sundhedsadfærd både kan være positiv og negativ (risikoadfærd), at et menneskes sundhedsadfærd er bestemt af både personlige, lokale og samfundsbestemte forhold og afspejler individets sociale og kulturelle identitet (Sundhedsstyrelsen 2005). Eksempelvis er motionsvaner både betinget af biologiske forhold (om personen kan udføre fx hård fysisk træning), psykologiske forhold (om personen synes fysisk aktivitet er sjovt), sociale og kulturelle forhold (om familien og nærmeste omgangskreds prioriterer fysisk aktivitet og træning), lokale forhold (om der er cykelsti, og træningsfaciliteter i nærområdet) og samfundsbestemte forhold (normer omkring fysisk aktivitet). I forhold til disse dimensioner er det især psykologiske og sociale forhold, som Vejen videre kan påvirke.

Self-efficacy handler om individets tro på egne evner til at føre handlinger ud i livet og opnå bestemte mål (se bl.a. Bandura

1986, 1997). *Self-efficacy* er således et udtryk for, hvad vi tror og oplever, at vi kan. I relation til borgere med kronisk sygdom kan brugen af *self-efficacy* begrebet sige noget om, i hvilken udstrækning borgerne føler sig i stand til at håndtere fx forskellige symptomer og konsekvenser af sygdommen i hverdagen, og det kan sige noget om, hvor meget borgerne oplever positivt at kunne påvirke sygdommens begrænsninger af deres hverdag.

I Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering om patientuddannelse (2009) understreges det, at "*personer med kronisk sygdom skal involveres i egen sygdomsbehandling*" og at "*formålet med patientuddannelse er, at personer med kronisk sygdom tilegner sig kompetencer, der gør dem i stand til at håndtere deres kroniske sygdom bedre*" (Sundhedsstyrelsen 2009 s. 3). Det konstateres, at "*effektive patientuddannelser er baseret på teorien om self-efficacy*" (ibid.), hvilket understreger betydningen af dette begreb i vurderingen af en patientuddannelse. Vejen videre er baseret på blandt andet teorien om *self-efficacy*, og følgelig er det væsentligt at undersøge, om Vejen videre har en positiv virkning på deltagernes *self-efficacy*.

De fleste teoretikere og praktikere, som arbejder med *self-efficacy*, deler den opfattelse, at givne interventioner kan påvirke individets *self-efficacy* (Bandura 1997, Lorig et al. 1989, Primdahl 2011). Følgelig er der udviklet forskellige typer af spørgeskemaer med det formål at måle udviklingen i individets *self-efficacy*. I denne evaluering har vi anvendt en *self-efficacy* skala bestående af seks dele, der spørger ind til evnen til at håndtere træthed, fysisk ubehag/smerte, følelser, symptomer, evnen til at tage hånd om eget helbred og evnen til at gøre noget for at begrænse sygdommens påvirkning i dagligdagen⁴.

Helbredsstatus dækker over flere forskellige forhold, bl.a. om deltageren oplever sygdomssymptomer til dagligt, oplever decideret fysisk smerte eller oplever psykiske gener i forbindelse med sin helbredsstatus. Endvidere dækker *helbredsstatus* i denne undersøgelse over, om deltageren er normalvægtig, og hvordan deltageren oplever eget helbred.

Som en del af *helbredsstatus* indgår i undersøgelsen deltagernes selvrapporterede højde og vægtforhold. Disse er anvendt til at klassificere deltagernes BMI-mål (Body Mass Index)⁵. Klassifikationen af vægtklasserne er foretaget på baggrund af WHO's definitioner, hvor inddelingene først og fremmest refererer til *helbredsrisikoen* ved forskellige grader af overvægt⁶.

4 Spørgeskemaerne er først og fremmest blevet udviklet og anvendt uden for danske sammenhænge og med fokus på eksempelvis personer med leddegigt (reumatoid arthritis, en kronisk autoimmun sygdom med inflammation af leddene) (Lorig et al. 1989, Primdahl 2011). *Self-efficacy* spørgsmålene er også blevet testet og valideret i forhold til andre patientgrupper, herunder mennesker med kronisk sygdom samlet set. Jette Primdahl har ved Syddansk Universitet for nylig afsluttet en ph.d. afhandling (2011), som viser, at det er nødvendigt med mere forskning for at opnå viden om, hvorvidt sygdomsrelaterede variable har indflydelse på individets *self-efficacy*. Samtidig viser ph.d. afhandlingen, at det er muligt at oversætte internationalt anvendte *self-efficacy* spørgsmål, så de kan anvendes i en dansk kontekst til at måle ændringer i *self-efficacy* efter relevante interventioner.

5 BMI (kropsmasseindeks) betegner den måleenhed, som sundhedsprofessionelle bruger til at klassificere kropsvægt. BMI index beregnes ud fra forholdet mellem højde og vægt ved at dividere kropsvægten i kg med højden i meter sat i anden potens.

6 Den anvendte BMI tager højde for kønsforskelle på den måde, at mænd skal have en anelse højere BMI end kvinder for at blive klassificeret som fx overvægtige, fordi mænd ofte har større muskelmasse, hvilket vejer mere end fedt. BMI er ofte blevet kritiseret for netop at overse sammenhængen mellem muskelmasse og fedt på kroppen og dermed risikerer at give en utilsvarende klassifikation for nogle. Når vi alligevel har valgt at anvende BMI i denne sammenhæng, skyldes det, at BMI kræver få oplysninger og dermed let kan indsamles, og at denne evaluering afgrænser sig fra at anvende fysiologiske tests, som optimalt set kunne have suppleret BMI-målene.

Livskvalitet kan måles og vurderes på mange forskellige måder. I denne undersøgelse har vi valgt at måle deltageres livskvalitet ved at anvende en skala kaldet EQ-5D-5L bestående af fem dimensioner, nemlig bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag samt angst/depression. Det er et internationalt anerkendt redskab, der ofte benyttes i evalueringer af sundhedsinterventioner. Redskabet gør det muligt ud fra

relativt få oplysninger fra deltagerne at beregne et samlet indeks for helbredsrelateret livskvalitet. Det er således velegnet til spørgeskemaundersøgelser.

For en nærmere præsentation af indeksberegningen samt beregning af henholdsvis BMI og self-efficacy henvises til Bilag 12 (Kodning af variable).

Tabel 3.4: Inspirationskilder og spørgsmålstemaer i spørgeskemaundersøgelsen. Skema 1 henviser til det spørgeskema, som blev udfyldt før Vejen videre-kurset; skema 2 til spørgeskemaet, som blev udfyldt umiddelbart efter, og skema 3 til spørgeskemaet anvendt 3 måneder efter Vejen videre-kurset.

Inspirationskilde	Skema: Spørgsmålsnummer	Spørgsmålstema
Egne spørgsmål	Alle tre: 1, 2, 6	Baggrundsspørgsmål Navn, fødselsdato, køn, kommune
	Skema 1: 7, 16	Ægteskabelig status, ægtefælle kronisk sygdom
	Skema 2: 8, 9	Kursusinformation og udbytte Afstand til kursussted, transportform
	Skema 2: 50-58	Deltagelse i moduler og evaluering
	Skema 2: 37, 39, 41, 47	Udbytte i forhold til helbred, form, motion, kursus alt i alt
	Skema 1: 19, 20 Skema 2: 11, 12 Skema 3: 9, 10	Helbredsstatus Smerter, ubehag, åndedræt
	Lær at leve med kronisk sygdom (Marthedal m.fl. 2011)	Skema 1: 10, 14, 15
Skema 1: 11-13 Skema 2: 48, 49		Kursusinformation og udbytte Rekruttering til kurset, forventninger til kurset Udbytte i forhold til medicin, mad, forståelse, samtale med læge om sygdom mv.
Skema 1: 23-27 Skema 2: 15-20 Skema 3: 13-18		Self-efficacy Håndtering af træthed, smerter, tristhed, symptomer, tage hånd om eget helbred, begrænse påvirkning
Skema 1: 46-50 Skema 2: 42-46 Skema 3: 40-44		Livskvalitet (EQ-5D-5L) Bevægelighed, personlig pleje, aktiviteter, smerter/ubehag, angst/depression
Sundhedsprofiler/SUSY		Skema 1: 4, 5, 8, 9 Skema 2: 4, 5 Skema 3: 4, 5
	Skema 1: 18 Skema 2: 10 Skema 3: 8	Helbredsstatus Smerter, ubehag
	Skema 1: 43 Skema 2: 36 Skema 3: 34	Helbred alt i alt
	Skema 1: 21, 22 Skema 2: 13, 14 Skema 3: 11, 12	Rolig/afslappet, fuld af energi, træt, nedtrykt over helbred, frustreret, bekymret
	Skema 1: 28-42, 44, 45 Skema 2: 21-36, 38, 40 Skema 3: 19-34, 36, 38	Sundhedsadfærd Socialt samvær, fysisk aktivitet, begrænsninger på grund af fysisk/psykisk helbred, daglige aktiviteter, rygning, alkohol, madvaner, vægt

Spørgeskemaets inspirationskilder

I spørgeskemaernes konkrete spørgsmålsformuleringer er der taget udgangspunkt i tidligere validerede spørgsmål. Af oversigten nedenfor fremgår de inspirationskilder og spørgsmålstemaer, der anvendes i undersøgelsens spørgeskemaer. Spørgeskemaerne findes i øvrigt i rapportens bilagsmateriale (Bilag 11).

Spørgeskemaerne er valideret ved en pilottest, hvor borgere med kronisk sygdom blev telefoninterviewet. Pilottesten har blandt andet ledt til, at nogle af spørgsmålene er blevet yderligere nuanceret og præciseret. Desuden har pilottesten leveret data til analysearbejdet. Det har eksempelvis vist sig, at det kan være vanskeligt for deltagerne at afgøre, hvorvidt symptomer som træthed og tristhed optræder på grund af deres sygdom eller på grund af deres alder. Da evalueringen spørger til forholdene over tre spørgeskemaer, mindskes dette problem imidlertid. Det er udviklingen i besvarelserne mellem spørgeskemaerne mere end niveauet for besvarelserne, der har relevans i evalueringen.

Manglende spørgsmål og uensartede svarkategorier

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen har der været enkelte fejl, som blev opdaget og håndteret i processen.

Der har manglet et spørgsmål i evalueringens første spørgeskema. Det manglende spørgsmål udgør et af seks spørgsmål, der tilsammen skal belyse self-efficacy. Samtidig har der været fejl i svarkategorierne på de fem resterende spørgsmål vedrørende self-efficacy i 28 af de 202 besvarede spørgeskemaer fra skema 2. Fejlen i disse skemaer har været, at vi har benyttet en skala med svarmulighederne 0 til 10 i stedet for den korrekte skala 1-10.

Endelig har der været fejl i den ene svarmulighed ud af fem på et spørgsmål i skema 2 vedrørende fysisk aktivitet. Vi har her benyttet svarmuligheden 'sjældnere end 1 gang om måneden' i stedet for den korrekte '1-3 timer om ugen'. Fejlen er gentaget i skema 3, men blev opdaget. Her har 8 respondenter udfyldt skema 3 med den forkerte svarkategori.

For at imødegå disse fejl har vi inddraget en statistik ekspert (professor Anders Holm) og en ekspert i brugen af sundhedsvurderende skalaer (lektor Helle Terkildsen Maindal). De har bidraget til vores håndtering af fejlene i analyserne og vores fremlæggelse af resultaterne, så vi kan sikre den største anvendelighed og troværdighed i analyserne.

I rapportens Bilag 10 findes en nærmere redegørelse for håndteringen af problematikkerne. Det vil fremgå tydeligt af rapportens gennemgang af resultaterne, når disse fejl kan have påvirket resultatet.

3.3.2 Databearbejdning og analysetilgang

Den følgende gennemgang er primært tiltænkt den særligt metodeinteresserede læser. Andre læsere kan med fordel gå direkte videre til rapportens resultatafsnit.

Databearbejdning: Spørgeskemaresultaterne er indtastet i statistikprogrammet STATA. I alt har 246 personer besvaret mindst et af de tre spørgeskemaer i undersøgelsen, og 184 har besvaret alle

tre spørgeskemaer. Der er efterfølgende foretaget kontrol af indtastningen i form af en stikprøvetest baseret på mindst 10 % af de indtastede besvarelser. Kontrollen blev opdelt efter fase og kommune, således at der for hver fase for hver kommune blev kontrolleret for fejlindtastninger i mindst 10 % af skemaerne. De kontrollerede skemaer blev udvalgt ved tilfældigt at udtrække de identitetsnumre, respondenter var blevet tildelt. Kontrollen viste, at der i 75 indtastede spørgeskemaer var i alt 11 fejlindtastninger. Det vurderes at være et beskedent antal i lyset af, at hvert af spørgeskemaerne havde mellem 60 og godt 150 indtastninger.

Spørgeskemadata for de tre faser er efterfølgende blevet flettet til et samlet datasæt, som er blevet rensset og kontrolleret for konsistens forud for analysearbejdet. Blandt andet er det kontrolleret, om der er konsistens i besvarelserne på variable, der burde være ens besvaret over de tre faser såsom køn, alder (kan variere max et år) og højde samt til dels kronisk sygdom (teoretisk set kan borgeren have opdaget nye kroniske diagnoser, men der bør alt andet lige være stor overensstemmelse over tid). Såfremt der har været variationer fx i besvarelser af spørgsmålet om køn (det gjaldt to tilfælde), er besvarelserne blevet rettet, idet besvarelserne i øvrigt vurderedes konsistente. Tilsvarende er der rensset for fejl, hvor respondenter eksempelvis har anført både et antal cigaretter, som respondenter ryger til dagligt, og samtidig har angivet andetsteds i spørgeskemaet at være ex-ryger. I disse tilfælde – som var yderst få – valgte vi at tolke besvarelserne således, at personen er holdt op med at ryge, men tidligere røg det anførte antal cigaretter.

Efterfølgende er variable med åbne besvarelser blevet kategoriseret på en sådan måde, at de kan anvendes i det videre analysearbejde. Endelig har vi kontrolleret, om deltagerne har gennemført Vejen videre ud fra den definition, at deltageren skal have deltaget i mindst to tredjedele af mindst ét modul. Der er således kun gennemført analyser af besvarelser fra deltagere, som har gennemført kurset, og heraf har langt størstedelen deltaget i væsentligt mere end minimumskravet for gennemførelse af kurset.

Analysetilgang: Analyserne er foretaget med henblik på at kunne vurdere udviklingen i deltagernes selvrapporterede sundhedsadfærd, selvrapporteret self-efficacy, selvrapporteret helbredsstatus og selvrapporteret livskvalitet. Analysen er foretaget under hensyntagen til de eksisterende retningslinjer for, hvordan de anvendte spørgsmål bør analyseres (der henvises til 'kodning af variable' nedenfor, hvor retningslinjerne for analyse af BMI, self-efficacy og livskvalitetsspørgsmålene præsenteres).

Tilgangen har været at anvende simple analysetilgange på grund af det beskedne datagrundlag på maksimalt 184 komplette besvarelser. Ikke alle deltagere har besvaret alle spørgsmål i de tre spørgeskemaer, hvilket betyder, at på flere af spørgsmålene har datagrundlaget været reduceret med ned til 40 % af de 184 besvarelser. Analyserne har adresseret udviklingen i besvarelserne fra før til umiddelbart efter Vejen videre-kurset, fra før til tre måneder efter kurset, og endelig om der er sket en udvikling i besvarelserne fra umiddelbart efter til tre måneder efter kurset.

Der er anvendt signifikanstests i form af χ^2 -tests i forbindelse med variable på ordinal skala (fx 'virkelig god', 'god', 'nogenlunde', 'dårlig', 'virkelig dårlig') og t-tests i forbindelse med variable på intervallskala niveau (fx skala 1-10). Signifikans-testene er anvendt til at bestemme, om en eventuel udvikling i respondenternes besvarelser er statistisk signifikant, eller om udviklingen er marginal og kan tilskrives tilfældig variation. Signifikanstestene er foretaget mellem besvarelser fra samme respondenter mellem hver af spørgeskemafaserne og er godkendt som signifikante, såfremt de med minimum 95 % sikkerhed er statistisk signifikante (dvs. $p \leq 0,05$).

Foruden at analysere udviklingen i deltagernes sundhedsadfærd, self-efficacy, helbredsstatus og livskvalitet samlet set mellem hver af spørgeskemafaserne er der gennemgående foretaget simple logistiske regressionsanalyser, som kontrollerer for forskelle i besvarelserne set i forhold til følgende baggrundsforhold⁷:

- Køn
- Alder
- Bor alene eller bor med andre (ægtefælle/samlever/børn)
- Uddannelse
- Diagnose
- Tid med diagnose (eventuelt den længst varende af de tre kroniske diagnoser)
- Kommune
- Hvor længe man har fulgt Vejen videre-kurset.

På udvalgte besvarelser er der yderligere kontrolleret for:

- Specifikke gennemførte moduler i Vejen videre
- Tidligere deltagelse i patientuddannelse.

Det har ikke været muligt at anvende erhvervsstilling som kontrolforhold i analyserne, da for stor en gruppe af deltagerne modtager en form for pension eller efterløn, nemlig 90 %. Således er spredningen på variabelens svarkategorier for lille.

Eventuelle signifikante forskelle i deltagernes selvrapporterede effekter og oplevede udbytte af Vejen videre kan give et grundlag for at vurdere, om nogle grupper af borgere med kronisk sygdom lader til at respondere bedre på visse af modulerne i Vejen videre, og om der eventuelt skal arbejdes lidt hårdere for at hjælpe nogle patientgrupper godt på vej og imødekomme deres særlige behov. Disse evalueringresultater vil give indspark til diskussionen om, hvorvidt det kan lade sig gøre at føre borgere med divergerende diagnoser igennem samme patientuddannelse.

Afrapportering og tabeller

Da antallet af besvarelser for hver delanalyse varierer, er procentgrundlaget (dvs. det antal besvarelser der indgår i den pågældende analyse) anført som N i tabel- eller figuroverskriften

ved hver af de præsenterede tabeller og figurer. Variationen skyldes som nævnt, at ikke alle deltagere har besvaret alle spørgsmål, enten fordi de eksempelvis ikke har deltaget i et givet modul og derfor ikke er blevet bedt om deres vurdering, eller fordi deltagerne har sprunget spørgsmål over uden begrundelse. Der er som nævnt kun anvendt besvarelser fra deltagere, som har besvaret alle tre spørgeskemaer, nemlig 184 deltagere, hvilket således også er det maksimale N i analyserne. Ved nogle tabeller og figurer er anført flere N-værdier, da figurer/tabeller kan afdække flere forskellige forhold. Vi har valgt at rapportere hele procenter (uden decimaler), da det fremstår mere læservenligt. Dog vil præsentationen af BMI-mål indeholde decimaler, da detaljeringsgraden i BMI-målene her er afgørende.

Resultaterne af de multiple regressioner er rapporteret som Odds Ratio-værdier (OR), som udtrykker forholdet mellem to sandsynligheder givet nogle bestemte karakteristika hos respondenterne, fx sandsynligheden for at mænd oplever et bestemt udbytte sammenlignet med kvinder. Mens de simple regressionsanalyser angiver *ujusterede* sammenhænge mellem på den ene side baggrundsforhold og på den anden side besvarelser vedrørende sundhedsadfærd, self-efficacy, helbredsstatus og livskvalitet, angiver multiple regressionsanalyser *justerede* sammenhænge, dvs. sammenhænge som tager højde for de forskellige baggrundsforhold.

3.3.3 Metodemæssige begrænsninger

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen er det væsentligt at omtale nogle metodemæssige begrænsninger, der relaterer sig til designet i undersøgelsen:

- Fravalg af kontrolgruppe
- Præ- og postmålinger – tidsintervaller og undersøgelsesfelter
- Pilottesteffekter og udbytte.

De metodemæssige begrænsninger er væsentlige at have kendskab til i relation til at forstå og fortolke resultaterne af evalueringen, og de vil derfor blive beskrevet i det følgende.

Fravær af kontrolgruppe

Formålet med dette projekt har været at udvikle og pilotafprøve et nyt koncept for patientuddannelse. Evalueringens formål er derfor at give input til beslutning om videreførelse og justeringsbehov af konceptet. Formålet har ikke været at teste et færdigt koncept og måle den kliniske effekt. Derfor har der heller ikke været grundlag for at indarbejde en kontrolgruppe.

Det betyder dog, at det ikke med samme sikkerhed kan siges, at de selvrapporterede effekter, som vi finder i dette studie, rent faktisk skyldes interventionen. De selvrapporterede effekter, vi finder, vil kun kunne give en indikation af sammenhænge mellem deltagelsen og potentiel effekt af deltagelsen.

⁷ Der vil blive kontrolleret for forskelle i besvarelserne fra fase 1 og fase 3 i forhold til de nævnte baggrundsforhold.

Præ- og postmålinger – tidsintervaller og undersøgelsesfelter

Vejen videre består af seks moduler à to til seks mødegange pr. modul. Da nogle moduler ikke er obligatoriske, varierer patientuddannelsesforløbet tidsmæssigt og indholdsmæssigt. Således har eftermålingerne, dvs. spørgeskemabesvarelser efter endt Vejen videre-forløb, også varieret tidsmæssigt, i forhold til hvilke moduler respondenterne svarer på baggrund af. Endvidere er det ikke alle deltagere, der har deltaget i alle kursusgange på de obligatoriske moduler, grundmodulet og træningsmodulet. Intensitet såvel som indhold i interventionen (Vejen videre) har således ikke været identisk for alle borgere, om end de obligatoriske moduler har været de samme. Antal moduler og intensitet i Vejen videre-forløbet vil blive anvendt som kontrolfaktor i analyserne i det omfang, det er muligt og meningsfuldt. Men variationen begrænser muligheden for at generalisere ud fra resultaterne.

Pilottests – effekter og udbytte

Det skal understreges, at evalueringen omhandler en pilottest af en intervention, hvilket kan medføre følgende metodemæssige forhold:

- De, der pilottestes, vil ofte gøre en ekstra indsats for at præstere godt og for at bakke op om det nye koncept, som de har været med til at indføre og udvikle. Dermed kan pilottesten risikere at 'overpræstere' i forhold til det resultat, vi ville kunne finde på et senere tidspunkt⁸.
- Omvendt kan en pilottest også betyde, at interventionen på sigt vil komme til at fungere endnu bedre på pilotafprøvnings-tidspunktet, fordi man opnår erfaring med konceptet og får det bedre forankret i kommunerne.
- Særligt i forhold til rekruttering kan der være grund til at være opmærksom på projektets pilotstatus. I en beslutning om at videreføre konceptet skal man være særligt opmærksom på, hvordan inklusionskriterierne i de fire pilotkommuner er blevet udmøntet i praksis, herunder hvordan den anvendte stratificeringsmodel er blevet fortolket af de henvisende samarbejdspartner. Hvis man i forbindelse med implementeringen ændrer på målgruppen eller på rekrutteringsformen, ændrer det deltagersammensætningen og dermed deltagernes oplevede udbytte og selvrapporterede effekter set i forhold til resultatet af pilotafprøvnningen. ■

8 I statistiske termer omtales dette fænomen som 'regression mod gennemsnittet'.

4 Implementering, organisering og rekruttering

Kapitlets hovedpointer

Implementering og organisering

- I implementeringen af et nyt koncept som Vejen videre er det vigtigt med ledelsesopbakning og følelse af ejerskab blandt de involverede medarbejdere.
- Det er en udfordring for kommunerne at få nok deltagere til de valgfrie moduler – særligt de sygdomsspecifikke. Det kan betyde et langt interval fra endt grundmodul, til at deltagerne påbegynder et sygdomsspecifikt modul. Evalueringen viser både fordele og ulemper ved længere forløb.
- Træning kan fungere som bindeled mellem modulerne og kan medvirke til at fastholde borgere, hvis der går lang tid, før de valgfrie moduler starter. Desuden har det generelt fungeret godt at placere grundmodul og træning samme dag.
- Det kan være svært for ressourcetsvage borgere, dvs. borgere med lav egenomsorgsevne og/eller sociale og personlige problemer, at overskue at møde ind flere gange i ugen. Der er brug for at kunne lave mere fleksible og differentierede forløb, evt. suppleret med individuelle samtaler eller forløbskoordination for at indfange denne gruppe.
- Kommunerne har kun i begrænset omfang benyttet sig af at henvise de mest ressourcetsvage borgere til forløbskoordination. Det er værd at undersøge baggrunden for dette nærmere, da netop ressourcetsvage borgere kan have brug for særlige indsatser, og da der er i udviklingen af konceptet er brugt en del tid på netop at udvikle rammerne for en særlig indsats for denne gruppe borgere.

Rekruttering:

- Samarbejdsparterne har overordnet været tilfredse med den information, de har fået. De understreger vigtigheden af, at informationen er kort og præcis. Samarbejdsparternes behov for information kan dog variere, alt efter hvor de er organisatorisk placeret. Således bør informationen tilpasses modtageren.
- Generelt er det en udfordring at informere og nå ud til alle praktiserende læger i en kommune. Det kunne derfor være en overvejelse at få patientuddannelse indarbejdet i regionens vejledninger samt skrive tilbuddet ind i eksisterende aftaler, vejledninger og procedurer.
- Samarbejdsparterne kan have svært ved at adskille kommunens tilbud fra hinanden. Yderligere står sygehusene med den udfordring, at de skal holde styr på tilbuddene i flere kommuner. Det er derfor en god idé at udarbejde en ensartet og strømlinet henvisningspraksis. De steder, hvor en sådan har eksisteret på forhånd, har samarbejdet fungeret bedst.
- De praktiserende læger vil meget gerne orienteres om, hvad der sker med de borgere, de henviser, fx i form af et kort notat. En sådan feedback kan samtidig fungere som en reminder til lægen om, at tilbuddet eksisterer og bliver brugt.
- Generelt er der lidt usikkerhed blandt flere af samarbejdsparterne om, hvem der egentlig er i målgruppen. Opfattelsen er, at der er nogle borgere, som er for gode, og nogle som er for dårlige. Men rummet for fortolkning er forholdsvis stort inden for disse overordnede kategoriseringer. På trods af ihærdig indsats fra projektgruppens side er det fortsat en udfordring for mange af parterne at nå til en ensartet fortolkning og brug af stratificeringsfirkanten.
- Annoncering i dagspressen har ifølge pilotkommunerne givet de fleste borgerhenvendelser. Det har imidlertid resulteret i et større sorteringsarbejde for koordinatore og undervisere på Vejen videre, da ikke alle disse borgere er en del af målgruppen.

I dette kapitel ser vi på implementeringen og organiseringen af Vejen videre i de fire pilotkommuner. Vi har inddelt den detaljerede analyse i en kort introduktion til de fire pilotkommuner (afsnit 4.1), hvorefter vi ser nærmere på den organisatoriske forankring af Vejen videre og det interne samarbejde i kommunerne (afsnit 4.2). Dernæst går vi i dybden med en analyse af organiseringen og afviklingen af selve kurset (afsnit 4.3). Til sidst analyserer vi kommunernes rekrutteringsindsats (afsnit 4.4).

4.1 De fire pilotkommuner

Der er store forskelle på de fire pilotkommuner, både hvad angår størrelse, demografi og sygdomsmønstre. Det betyder, at såvel organisering, samarbejde og rekrutteringsmuligheder er meget forskellige. I Tabel 4.1 ser vi den store variation i befolkningsgrundlaget⁹. Odense Kommune har den største befolkning og Langeland Kommune den mindste.

Selvom Langeland Kommune har den mindste befolkning, har den til gengæld procentmæssigt flest borgere i alderen 60+ år, mens Odense Kommune her har færrest. Der er ikke nævneværdig forskel på kønsfordelingen i de fire kommuner. Det findes ikke eksakte tal for prævalensen¹⁰ af de tre kroniske sygdomme, som udgør målgruppen for Vejen videre i de fire kommuner, men Tabel 4.1 præsenterer sygdomsrelaterede tal, der giver en indikation af andelen af borgere med de pågældende diagnoser:

I Tabel 4.1 ser vi, at Langeland Kommune har en forholdsvis stor andel af diabetikere – andelen er næsten dobbelt så stor som i Odense og Esbjerg kommuner. Også når det gælder KOL, har Langeland Kommune den største andel af borgere med diagnosen, selvom forskellen er markant mindre. Når vi kigger på prævalensen af hjertesygdom, tegner det samme billede sig. Langeland Kommune har den største andel af hjertesygge, mens Odense har den mindste. En stor del af forklaringen på disse sygdomsforskelle hænger sammen med variationen i alderssammensætning de fire kommuner imellem.

4.2 Lokal organisering og internt samarbejde

I august 2011 foreligger den endelige undervisningsvejledning, Komiteen for Sundhedsoplysning har udarbejdet. Underviserne blev præsenteret for den på det 4-dages kursusforløb, der skulle kvalificere dem til at blive undervisere på Vejen videre. Forinden etableredes i hver af de fire pilotkommuner et organisatorisk set-up, der gjorde dem i stand til at pilotafprøve konceptet. Pilotperioden løb fra september 2011 til medio april 2012. Nedenfor beskriver vi på baggrund af gennemgang af skriftligt materiale, hvordan Vejen videre er organisatorisk forankret i de fire pilotkommuner samt kommunernes tidligere erfaringer med patientuddannelse.

Tabel 4.1: Befolkningsgrundlag, andel 60+-årige og andel med diabetes, kronisk lungesygdom og brugere af medicin mod iskæmisk hjertesygdom i fire pilotkommuner og Region Syddanmark.

Kommune/region	Antal		Andel (%)		
	Befolkning* (4. kvartal 2010)	60 +-årige* (4. kvartal 2010)	Borgere med diagnosticeret diabetes** ¹¹	16+-årige med angivet kronisk lungesygdom α *** ¹²	Brugere af medicin mod iskæmisk hjertesygdom*** ¹³
Esbjerg	115.258	23,2	5,3	4,4	1,2
Varde	50.327	24,5	6,9	4,0	1,2
Langeland	13.384	36,3	9,6	5,4	1,5
Odense	190.147	21,4	5,1	5,0	0,9
Region Syddanmark	1.200.666	24,5	5,8	4,8	1,2

⁹ Andelen er baseret på resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse blandt en stikprøve af de 16+-årige i Region Syddanmark

* Statistikbanken (Statistikbanken 2012)

** Tal på diabetes (Sundhedsstyrelsen 2011b)

*** Region Syddanmarks sundhedsprofil: "Hvordan har du det?" (Christensen et al. 2010)

**** Lægemedelstatistik (Lægemedelstatistik 2012).

⁹ 2010 er valgt, da det er det seneste år, hvor tal for alle tre sygdomskategorier er opgjort. Pilotafprøvningen af Vejen videre er dog først påbegyndt i efteråret 2011.

¹⁰ Prævalensen beskriver antallet af personer med en given sygdom på et givet tidspunkt i en afgrænset befolkning (Nørgaard 2009).

¹¹ Disse tal kommer fra det Nationale Diabetesregister, hvor det ikke er muligt at udtrække data specifikt for type 1- og type-2 diabetes. Diabetesforeningen skønner, at ca. 80 % af diabetikerne har type 2-diabetes (www.diabetes.dk).

¹² Vi har ikke vurderet de eksisterende opgørelser over antallet af borgere med KOL fordelt på kommuneniveau valide. I Region Syddanmarks sundhedsprofil kan man finde selvrapporterede opgørelser over antallet af borgere med kronisk lungesygdom baseret på stikprøver i regionens kommuner. Kronisk lungesygdom dækker her over både KOL, kronisk bronchitis og emfysem (for store lunger). Det er disse tal, vi her har benyttet.

¹³ I forhold til hjertesygdom har vi baseret vores tal på brugen af medicin mod iskæmisk hjertesygdom. Der findes andre hjertesygdomme end iskæmisk hjertesygdom (som fx hjertertymeforstyrrelser, hjerteklapsygdomme mv.), hvorfor tallene giver en konservativ indikation på andelen af borgere med hjertesygdom i de fire pilotkommuner.

Organisatorisk forankring af Vejen videre

Esbjerg: I Esbjerg Kommune er det en driftsenhed kaldet Patientuddannelsesteamet, som står for Vejen videre-kurset. Enheden er forankret i Forvaltningen for Sundhed og Omsorg. Lederen af Patientuddannelsesteamet har fungeret som koordinator for Vejen videre. Som den eneste af de fire pilotkommuner har Esbjerg Kommune afviklet Vejen videre på tre forskellige lokaliteter, nemlig i Esbjerg, Bramming og Ribe. Syv medarbejdere er uddannet til at afvikle Vejen videre (fire sygeplejersker, to fysioterapeuter og en ergoterapeut).

Varde: I Varde Kommune er Vejen videre forankret i Center for Sundhedsfremme under Forvaltningen Social og Sundhed. Centret fungerer som en selvstændig driftsenhed. Forvaltningen Social og Sundhed rummer blandt andet også Jobcenter og Sygeplejen. En sundhedskonsulent fra Center for Sundhedsfremme har fungeret som koordinator. En af underviserne måtte overtage projektkoordinatorrollen, da sundhedskonsulenten gik på barsel. Seks medarbejdere er uddannet til Vejen videre (tre sygeplejersker, hvoraf to er hjemmesygeplejersker, en fysioterapeut, en diætist og en ergoterapeut/leder for træningsområdet). Desuden har en fysioterapeut uden kursus i Vejen videre været koblet til træningsmodulet.

Langeland: I Langeland Kommune er Vejen videre forankret i Forebyggelsescentret, som hører under Socialafdelingen. Socialafdelingen hører under en servicedirektør, som også er direktør for Ældreafdelingen og Børne- og Kulturafdelingen. Under projektperioden blev Forebyggelsescentret flyttet til HR-afdelingen, mens underviserne, der bestod af terapeuter fra Socialafdelingen og hjemmesygeplejerske fra Ældreafdelingen, blev samlet i en ny afdeling for Sundhed og Omsorg. Koordinatoren for Vejen videre i Langeland Kommune er ansat som udviklingskonsulent i Ældreafdelingen, men med opgaver i Forebyggelsescentret. Fem medarbejdere er uddannet til at varetage Vejen videre (to terapeuter og tre hjemmesygeplejersker).

Odense: I Odense Kommune blev Vejen videre forankret i Sundhedsafdelingen under Ældre- og Handicapforvaltningen. Den patientrettede forebyggelse er placeret i Ældre- og Handicapforvaltningen, mens den borgerrettede forebyggelse ligger i Børne- og Ungeforvaltningen. Organiseringen af Ældre- og Handicapforvaltningen blev ændret pr. 1. januar 2012, hvilket betød, at underviserne skiftede leder i projektperioden. Det er værd at nævne, at Odense Kommune på sundhedsområdet har en matrix-organisation på tværs af forvaltningerne med et tværgående sundhedssekretariat og en sundhedskoordinator i hver forvaltning. For at understøtte det tværgående sundhedsarbejde er der etableret en Strategisk Sundhedsgruppe med ledere fra alle forvaltninger. Der er to koordinators for Vejen videre (en af underviserne og en konsulent fra Sundhedsafdelingen). Fire medarbejdere er uddannet i konceptet (to fysioterapeuter, en sygeplejerske og en cand.scient. i klinisk ernæring).

4.2.1 Tidligere erfaringer og øvrige tilbud

Der er stor forskel på pilotkommunernes erfaringer med patientuddannelse:

- Esbjerg Kommune havde før Vejen videre planer om at udvikle et patientuddannelsesstilbud. Kommunen har både før og under Vejen videre også udbudt 'Lær at leve med kronisk sygdom', og diverse forløb på hjerteområdet.
- Varde Kommune var i gang med at udvikle eget patientuddannelsesstilbud med grundmoduler og forskellige tilvalg, før de valgte at indgå i Vejen videre-projektet. Kommunen har tilbudt 'Lær at leve med kronisk sygdom' og hjerterehabiliteringsforløb sideløbende med Vejen videre.
- Langeland Kommune har ikke tidligere haft patientuddannelsesstilbud for borgere med type 2-diabetes, KOL eller hjertesygdom. De havde derfor ikke konkrete erfaringer at trække på i opstarten af Vejen videre.
- Odense Kommune havde før Vejen videre ikke haft tilbud om patientuddannelse. Derfor har kommunen ikke haft en eksisterende organisation til at varetage implementeringen af Vejen videre.

Af vores interview og observationer fremgår det, at tidligere erfaringer med at gennemføre patientuddannelse eller lignende forløb har været en fordel i forbindelse med implementeringen af Vejen videre. Særligt de kommuner, som har afviklet 'Lær at leve med kronisk sygdom', har kunnet trække på erfaringer derfra, fordi begge forløb har strukturelle ligheder.

Implementeringsarbejdet har omvendt været en stor udfordring for de kommuner, som ikke har sådanne erfaringer at trække på. Udfordringen har særligt drejet sig om at finde ud af, hvem der skal undervise, hvor undervisning og træning skal foregå og at skabe kontakt til potentielle rekrutteringskanaler. Samtidig fremhæves Vejen videre som et godt koncept at starte med, hvis man ikke har kørt patientuddannelse før, fordi selve konceptet er så velbeskrevet i sin metode og tilgang. Konceptet giver i sin pilotversion ingen forskrifter på, hvordan implementeringsarbejdet bør gribes an, men på baggrund af erfaringerne med pilotafprøvningen vil man med fordel kunne udarbejde dette, hvis det besluttet at videreføre konceptet.

4.2.2 Undervisere på delt eller fuld tid

I Langeland og Varde kommuner er nogle af underviserne også fungerende hjemmesygeplejersker og har derfor delt ansættelse. Denne løsning giver den fordel, at hjemmesygeplejerskerne kan fungere som ambassadører for uddannelsen både blandt kolleger og borgere. Samtidig kan de følge op på borgere efter endt forløb i Vejen videre, hvis borgeren fortsat er i kontakt med hjemmesygeplejen. Rent logistisk er det dog en udfordring at få undervisningsplanerne til at gå op med hjemmesygeplejerskernes vagtplaner.

Det kan gøre en forskel, om medarbejderne primært arbejder med Vejen videre, eller om de primært har andre opgaver, fx i hjemmesygeplejen. Fordelen ved, at alle kræfter er samlet om ét foretagende, er, at der nemmere opstår et stærkt ejerskab omkring konceptet. En ulempe kan være, at man med

Vejen videre som sit primære arbejdsområde er i mindre kontakt med potentielle samarbejdspartner internt i kommunen – især hvis man er placeret i et selvstændigt hus afsondret fra andre afdelinger i kommunen.

Erfaringer viser, at det er vigtigt at skabe ejerskab og fællesskab om opgaven uden at afkoble underviserne fra de kommunale samarbejdspartnere.

4.2.3 Ledelsesopbakning

Ifølge samtlige koordinatore i de fire pilotkommuner er opbakning fra forvaltnings- eller afdelingsledelsen afgørende for den lokale etablering af et koncept som Vejen videre – særligt i en implementeringsfase. Implementeringen møder færre barrierer internt i organisationen, når direktøren er med på idéen. Ved delt ansættelse af underviserne er det dog ikke nok med ledelsesmæssig opbakning i den afdeling, hvor Vejen videre er forankret; her er der også brug for ledelsesmæssig opbakning fra underviserens anden arbejdsafdeling.

Rekrutteringsindsatsen er en af de opgaver, der kræver særlig ledelsesopbakning på tværs af den kommunale organisation. I de af kommunernes forvaltninger, der anses som potentielle rekrutteringskanaler, er der brug for ledelsesmæssig accept og opbakning til, at medarbejdere bruger tid på dels at blive orienteret og holde sig ajour om tilbuddet, dels at vurdere om de borgere, de er i kontakt med, kunne have gavn af tilbuddet.

Særligt i opstartsfasen er der brug for opbakning fra lederne. Senere er der ikke samme behov for daglig ledertilstedeværelse, men mere overordnet ledelsesopbakning, eksempelvis i forhold til prioritering af rekrutteringsopgaven.

4.2.4 Ejerskab

Udover ledelsesopbakning nævner koordinatore og undervisere fra de fire kommuner vigtigheden af at have indflydelse på og føle ejerskab over konceptet. Muligheden for at deltage i udvikling og pilotafprøvning af Vejen videre er i flere kommuner faldet sammen med en igangværende udviklingsproces, hvor de personer, som blev koordinatore og undervisere på Vejen videre, allerede var i gang med udvikling af et patientuddannelsesstilbud. Det har på den ene side betydet stor interesse, motivation og ejerskab over deltagelsen. På den anden side har nogle koordinatore og undervisere ind imellem haft svært ved at genfinde udviklingsarbejdet i undervisningsvejledningen for Vejen videre, som Komiteen for Sundhedsoplysning leverede umiddelbart før pilotafprøvningen. Baggrunden for de pædagogiske valg har ikke altid været gennemskuelig for koordinatore og undervisere.

Konceptet bygger på en procesorienteret tilgang, hvor rækkefølgen af metoder og emner hænger systematisk sammen, hvorfor det er nødvendigt med en vis tidsstyring af undervisningsmetoder og emner på modulerne. Som vi kommer nærmere ind på i afsnit 5.1.1, har underviserne et stort behov for at kunne gøre Vejen videre til deres eget – både for at kunne optræde som troværdige undervisere, og fordi de som fagpersoner er vant til at arbejde mere udviklingsorienteret og mindre konceptstyret.

4.2.5 Internt samarbejde

I de fire pilotkommuner har underviserne i vid udstrækning arbejdet i teams. Undervisere og koordinator(er) i de individuelle kommuner har med varierende intervaller afholdt møder.

Teamarbejde kan bidrage til følelsen af ejerskab og sammenhæng, men det er bestemt ikke en selvfølge, at undervisere på patientuddannelser, der varetages af sundhedsprofessionelle, fungerer som et team (Grøn m.fl. 2012). Selvom det langt fra er alle undervisere på Vejen videre, der er erfarne, betyder kombinationen af et gennemtænkt koncept og muligheden for at sparre og give hinanden feedback på undervisningen, at kvaliteten kan blive bedre og sammenhængen større.

Der er særlig god mulighed for sparring på grundmodulerne, fordi der i alle fire pilotkommuner har været to undervisere tilknyttet disse, hvilket også anbefales i undervisningsvejledningen (Norborg 2011). Derimod har der primært været én underviser på de valgfrie moduler. At være to på grundmodul beskriver af alle undervisere som en stor fordel og medvirker til at løfte kvaliteten af undervisningen. Det er ifølge underviserne en særlig fordel, hvis man er to forskellige fagligheder, der kan supplere hinanden – eksempelvis en terapeut og en sygeplejerske. Personer med forskellige fagligheder oplever ofte borgerne forskelligt og kan således give hinanden sparring og input til håndtering af undervisningen, holdene og de enkelte deltagere.

En enkelt kommune har prioriteret, at de to undervisere på grundmodul også står for træningen af deltagerne. Denne løsning kan ifølge kommunens undervisere være med til at skabe mere sammenhæng imellem modulerne og kan sikre, at de undervisere, som står for træningen, har et fornødent kendskab til borgerne, deres eventuelle fysiske begrænsninger og aktivitetsniveau.

4.3 Organisering og afvikling af moduler

4.3.1 Antal afviklede moduler og holdstørrelse

Der er store forskelle på antallet af moduler, som de fire pilotkommuner har iværksat. Tabel 4.2 viser, hvilke moduler hver kommune har afholdt. Langeland Kommune har afviklet færrest moduler, men er også den af de fire pilotkommuner med det mindste befolkningsgrundlag. Esbjerg Kommune har afviklet flest moduler – ni grundmoduler og 17 valgfrie moduler. Odense Kommune, hvis befolkningsgrundlag er mere end 1,5 gange større end Esbjerg Kommunes, har afviklet fem grundmoduler og 12 valgfrie moduler. Det skal dog samtidig påpeges, at der er forskel på, hvor store hold pilotkommunerne er startet med på grundmodulerne. Vi ser et spænd på mellem 9 og 17 deltagere. Som det fremgår af tabel 4.3, har Odense Kommune startet de største hold op (15-17 deltagere), mens de øvrige kommuner har kørt med knap så store hold (9-14 deltagere)¹⁴.

Tabel 4.2: Afviklede moduler i de fire pilotkommuner, september 2011-medio april 2012.

Kommune	Grund	Mad	Hjerte	KOL	Diabetes
Esbjerg	9 *	5 **	5 **	4 ***	3 ***
Varde	4	2	1	1	2
Langeland	3	1	2	1	1
Odense	5	3	3	3	3
	21	11	11	9	9

* Afholdt på tre lokationer: 6 Esbjerg, 2 Ribe og 1 Bramming.

** Afholdt på tre lokationer: 3 Esbjerg, 1 Bramming og 1 Ribe.

*** Afholdt på to lokationer: KOL: 2 Esbjerg og 2 Ribe; Diabetes: 2 Esbjerg og 1 Bramming.

Kilde: Indberetninger fra pilotkommuner.

Tabel 4.3: Deltagere på Vejen videre i de fire pilotkommuner og gennemsnitligt antal gennemførende deltagere pr. hold.

Kommune	N	%	Gennemsnitligt antal gennemførende deltagere pr. hold (grundmodul)
Esbjerg	77	42	8,6
Varde	34	18	8,5
Langeland	24	13	8,0
Odense	49	27	9,8
	184	100	8,7

Kilde: Spørgeskema og indberetninger fra pilotkommunerne.

14 Esbjerg Kommune har valgt ikke at begrænse antal deltagere til 12 på grundmodulerne, fordi træningsfaciliteterne ikke tillod større hold.

4.3.2 De valgfrie moduler

Det har været en udfordring for især de mindre pilotkommuner at starte de valgfrie moduler op. Det skyldes primært, at de har færre borgere på grundmodulerne, og dermed har et tilsvarende mindre grundlag at oprette de sygdomsspecifikke moduler ud fra. Denne udfordring er kendt og netop en del af begrundelsen for at udvikle en patientuddannelse på tværs af diagnoser. Et koncept med sygdomsspecifikke moduler vil i sigens natur fortsat have denne udfordring.

De sygdomsspecifikke moduler og madmodulet er valgfri, og derfor kan man ikke forvente, at alle deltagere på grundmodulet tilvælger disse, hvilket også fremgår af Tabel 4.4. De sygdomsspecifikke moduler har opnået en deltagelsesprocent på mellem 59 og 76 blandt borgerne med den relevante diagnose. I gruppen af borgere med flere diagnoser¹⁵ ses en forholdsvis jævn fordeling i andelen af deltagere på de sygdomsspecifikke moduler (42-51 %).

Madmodulet har opnået en deltagelsesprocent på 56. Især deltagere med type 2-diabetes har deltaget i madmodulet (87 %). Den lavere deltagelse blandt andre diagnosegrupper

kan skyldes, at flere deltagere har fået den opfattelse, at madmodulet primært er for diabetikere, eller at sidstnævnte i kraft af deres symptomer har en særlig interesse i sund kost.

4.3.3 Samlet kursustlængde

I tabel 4.5 ser vi variationen i længden på de fire pilotkommuners forløb. Udfordringen med at starte valgfrie moduler op har i flere kommuner medvirket til relativt lange forløb (over 90 dage) for mange af deltagerne.

Der kan være både fordele og ulemper ved at have henholdsvis korte eller lange forløb. En ulempe kan være, at deltagerne glemmer indholdet og mister fokus, når der går lang tid mellem grundmodul og et sygdomsspecifikt modul. På den anden side kan det også være en fordel, at forløbet bliver langstrakt, fordi deltagerne så får bedre mulighed for at arbejde med sig selv undervejs. Blandt deltagerne er der nogle, der gerne vil have et mere langstrakt forløb, og andre som foretrækker et kort forløb. En mulighed, som en kommune nævner, er at fastholde borgere i lange forløb med træning i den mellemliggende periode.

Tabel 4.4: Deltagelse i moduler fordelt på diagnose. Procent.

	Grund	Træning	Mad	Hjerte	KOL	Diabetes
Deltagere med type 2-diabetes (n=31)	100	94	87	19	0	74
Deltagere med KOL (n=62)	100	98	45	13	76	2
Deltagere med hjertesygdom (n=39)	100	100	46	59	5	8
Deltagere med flere diagnoser (n=43)	100	98	58	44	42	51
Alle (n=175)	100	98	56	32	38	28

Kilde: Spørgeskemadata og indberetninger fra pilotkommunerne.

Tabel 4.5: Længden af kursusforløb for deltagere i Vejen videre fordelt på pilotkommuner. Procent.

		Under 60 dage	Mellem 60 og 90 dage	Over 90 dage
Kommune	Esbjerg (N=76)	36	20	45
	Varde (N=34)	35	12	53
	Langeland (N=24)	25	25	50
	Odense (N=49)	49	45	6
	Alle (N=183)	38	26	37

Note: Der er signifikant forskel på kommunernes kursustlængde på 1 % niveau ($p=0,000$). Målt ved chi2-test.

Kilde: Indberetninger fra pilotkommunerne.

15 Af de i alt 184 deltagere på Vejen videre har 24 % – svarende til 44 deltagere – flere samtidige diagnoser. 19 af disse 44 deltagere har diabetes og hjertesygdom samtidig, 11 har KOL og hjertesygdom samtidig, 6 har diabetes og KOL samtidig, og 8 har alle tre diagnoser.

Det er altså ikke entydigt en ulempe, at forløbene i nogle kommuner bliver lange på grund af udfordringen med oprettelse af sygdomsspecifikke moduler. Med lidt ekstra træning er det muligt at fastholde tilknytningen for borgere på lange forløb.

4.3.4 Logistik i afviklingen af moduler

Det kan være en stor logistisk udfordring for kommunerne at planlægge afviklingen af moduler på en måde, der tilgodeser deltagerne bedst muligt. Der er mange hensyn at tage, og de kan let konkurrere med hinanden.

Det er ifølge underviserne et mål, at deltagerne ikke skal afsætte mere end to dage om ugen til deltagelse i Vejen videre. Transport til og fra kurset fylder ofte meget for deltagerne, ligesom mange deltagere har lægetider, andre kurser eller foreningsarbejde at skulle nå i løbet af ugen. Derfor har tre af kommunerne placeret grund- og træningsmodul samme dag. Af deltagerinterviewene fremgår det, at nogle synes, det er svært at komme af sted to gange om ugen, mens andre synes, det er fint¹⁶.

Omvendt kan det være en udfordring for deltagerne at overkomme to moduler samme dag. I både Esbjerg og Varde har man fået positive tilbagemeldinger fra deltagerne, men underviserne fortæller samtidig, at mange fravælger træningen de dage, hvor der er grundmodul, fordi de alligevel ikke kan overskue det. Det er også en mulighed at tilbyde træning to gange om ugen og placere de sygdomsspecifikke moduler og madmodulet i forbindelse med ugens anden træningsgang. Hovedparten af de interviewede deltagere syntes godt om, at grundmodul og træning ligger samme dag.

Det er et krav, at deltagerne har gennemført mindst tre undervisningsgange på grundmodulet, før de kan starte på ét af de valgfrie moduler (Norborg 2011). Deltagerne kan imidlertid vælge både madmodul og et sygdomsspecifikt modul (eventuelt flere hvis de har flere diagnoser), der kører sideløbende. En koordinator nævner, at det kan være problematisk, hvis deltagerne er på for mange af de valgfrie moduler samtidig, fordi de skal lave handleplaner på alle moduler (undtagen træningsmodulet). Omvendt er det også vigtigt at lægge modulerne, så der ikke går for lang tid imellem grundmodulet og afviklingen af de valgfrie moduler. Underviserne i Odense påpeger fordelen i, at deltagerne forud for opstart på grundmodulet har deltaget i træningsmodulet sammen, fordi det betyder, at deltagerne kender hinanden en smule i forvejen og hurtigere åbner op over for hinanden.

Erfaringen fra pilotafprøvningen viser, at det er risikabelt at basere planlægningen af modulerne på deltagernes udmelding ved starten af kurset, da deltagerne kan skifte holdning undervejs. Deltagere kan have et ønske om et bestemt valgfrit modul ved begyndelsen, men fravælge det efter at være startet på grundmodulet – og omvendt kan nogle deltagere, som ikke har ønsket at deltage på de valgfrie moduler, ændre mening, fordi nogle af deres holdkammerater har meldt sig til et modul.

Desuden er der også undervisere, der har gode erfaringer med at benytte grundmodulet til at gøre reklame for de øvrige moduler.

4.3.5 Målgruppen og deltagere med særlige behov

Der er opstillet en række inklusionskriterier for deltagere på Vejen videre. Her er kronikerstratificeringsfirkanten anvendt til at indkredse målgruppen (se Kapitel 2). Der er lagt et stort arbejde i at indkredse målgruppen og rekruttere derefter ved blandt andet at lægge vægt på ensartede procedurer i kommunerne gennem hele pilotfasen. Men koordinatorene og underviserne har alligevel oplevet, at målgruppen kan tolkes meget bredt, hvilket har været en udfordring under pilotafprøvningen. En koordinator forklarer, at det er uklart, om det er diagnose eller egenomsorg, der skal være styrende for, om en borger er i målgruppen eller ej. Henholder man sig til kronikerstratificeringsfirkanten, bør begge dele tages i betragtning.

Genmem hele pilotafprøvningsperioden har de projektsansvarlige gennemført en særlig indsats for at håndtere uklarheder i forhold til fortolkningen af stratificeringsmodellen, blandt andet ved at udvikle fælles procedurer og kriterier for anvendelsen. Alligevel viser evalueringen altså, at der har været en del udfordringer i forhold til brugen af stratificeringsmodellen.

Borgernes egenomsorg har været særligt udfordrende at stratificere ud fra. En koordinator fremhæver, at egenomsorg ikke er en statisk størrelse, men mere et øjebliksbillede. Nogle kan momentant være i gruppe 3 (dvs. ringe egenomsorg og lav sygdomskompleksitet, se kronikerstratificeringsfirkanten i Tabel 2.1), men har bare brug for et lille skub for at rykke op i gruppe 1 (god egenomsorg) – og omvendt kan nogle umiddelbart være godt stillet, hvad angår egenomsorg og sygdomskompleksitet, men senere vise sig at have ringe egenomsorgsevne. Egenomsorg kan således være svært at vurdere på forhånd og på baggrund af en enkelt samtale med borgeren.

Målgruppen for Vejen videre rummer borgere fra forskellige sociale lag, og derfor har evalueringen fokus på, hvordan sociale forskelle blandt deltagerne håndteres, og hvordan borgere med særlige behov understøttes.

Oplevelsen blandt underviserne er, at Vejen videre er for omfattende for de borgere, der efter underviserens vurderinger har særligt få ressourcer, først og fremmest af den grund at man skal møde op hver uge og ofte flere gange om ugen. At have få ressourcer eller at være resourcesvag, som flere af underviserne udtrykker det, defineres af underviserne på to forskellige måder: dels i form af lav egenomsorgsevne og eventuel samtidig høj sygdomskompleksitet, og dels i form af 'lav social klasse', som nogle udtrykker det, under henvisning til at personen fx ikke har så stærke socioøkonomiske ressourcer, dvs. uddannelsesmæssige, jobmæssige eller økonomiske ressourcer. Underviserne understreger, at de to definitioner af 'få ressourcer' hverken udelukker hinanden eller i alle tilfælde er

16 Vi har kigget på, om det fx primært var borgere med KOL, som syntes det var svært at komme af sted to gange om ugen, da de har særlige udfordringer med mobilitet. Men det er ikke tilfældet.

til stede samtidig. Når underviserne omtaler det, de benævner ressourcetsvage borgere eller borgere med få ressourcer, beror deres omtaler i vid udstrækning på deres egne individuelle vurderinger frem for fx på konkrete målninger. Flere undervisere oplever, at borgere som ifølge underviserne er ressourcetsvage borgere (borgere med lav egenomsorg og/eller socio-økonomisk få ressourcer) falder fra undervejs, og undervisere fra alle pilotkommuner understreger vigtigheden af at kunne supplere undervisningen i Vejen videre med individuelle samtaler for at tage hånd om de ressourcetsvage borgere.

I to af kommunerne nævner underviserne desuden, at de savner, at kompetencekurset mere specifikt omhandler håndteringen af 'vanskelige borgere' og 'borgere der fylder meget', som de udtrykker det. De vil gerne klædes på med redskaber til at tackle borgere med særlige behov, og de vil samtidig gerne klædes på til bedre at kunne fastholde borgere, der er ved at miste motivationen undervejs på kurset.

Muligheden for at lave fleksible og differentierede forløb er ifølge underviserne helt central for at kunne fastholde de borgere, som de oplever som ressourcetsvage. Desuden foreslår en underviser, at man kan fastholde deltagere ved at arrangere transport og samkørsel. Flere undervisere peger på, at for borgere med få ressourcer og herunder lav egenomsorg kan forløbet med fordel vare længere og være mindre intensivt.

I tre af pilotkommunerne har man kunnet henvise borgere til forløbskoordination. Dette indebærer, at borgeren får støtte til at håndtere kontakter med andre forvaltninger eller sektorer. Det er dog et fåtal af deltagere på Vejen videre, som har fået forløbskoordination.

4.3.6 Lokale justeringer af konceptet

Adspurgt til, hvilke eventuelle lokale justeringer af konceptet underviserne har foretaget, svares der forskelligt i de fire kommuner. I en kommune nævner underviserne specifikt, at de ved mødegang 3 på grundmodulet har byttet om på rækkefølgen i

forbindelse med undervisningen om træthed på den måde, at underviserne først kommer med pointer omkring træthed, og derpå kommer deltagerne med yderligere forslag. Dette fordi at den omvendte oprindeligt tænkte rækkefølge for underviserne virker som en 'underkendelse' af deltagernes forslag – 'først kommer deltagerne med forslag, og derpå korrigeres disse ved undervisernes pointer'. I en anden kommune har underviserne sprunget visse gentagelser mellem modulerne over, de har anvendt PowerPoints til at præsentere materialet på grundmodulet, og de har skubbet emner til næste gang, hvilket også nævnes af underviserne i nogle af de øvrige kommuner. Blandt flere af underviserne på tværs af kommunerne nævnes det, at man har brugt mere end fx de 15 minutter, der er afsat på et modul til søvn, at man har anvendt eget undervisningsmateriale som supplement på de sygdomsspecifikke moduler, og at man ikke altid er nået igennem alle punkterne hver undervisningsgang.

4.4 Rekruttering af deltagere

Projektgruppen har med afsæt i en interessentanalyse og udkast til kommunikationsplan udarbejdet en overordnet plan for rekruttering. Af planen fremgår det, at alle deltagere i patientuddannelsen ideelt set bør være lægehenvist. Men samtidig anses det for nødvendigt at anlægge en mere offensiv strategi for at rekruttere de 200 borgere, som har været målet for pilotafprøvningen. Projektgruppen har i den forbindelse udpeget en række forskellige rekrutteringskanaler, som fremgår af Tabel 4.6.

Nedenfor beskriver vi de fem vigtigste rekrutteringskanaler, som projektgruppen har udpeget:

- Almen praksis: Den vigtigste rekrutteringskanal til Vejen videre er de praktiserende læger. Det er de praktiserende læger, som oftest ser målgruppen, og som har nemmest ved at spotte de patienter, der kan have gavn af deltagelse. I Es-

Tabel 4.6: Projektgruppens forslag til rekrutteringskanaler for pilotkommunerne.

Rekrutteringskanaler	
Sygehuse	Ambulatorier
	Forløbskoordinatorer på sygehusene
Almen praksis	
Apoteker	
Kommunale kanaler	Praksiskonsulenter
	Den kommunale genoptræning
	Hjemmeplejen
	Jobcenter
Kommunens visitatorer	
Patientforeninger	

bjerg er det som udgangspunkt et krav, at borgeren er henvist af egen læge. De kommunale repræsentanter beskriver alle deres vigtige arbejde med at etablere et godt samarbejde med almen praksis, som skal sikre, at sidstnævnte dels har den nødvendige information om kommunens tilbud, dels har nem adgang til at henvise kursisterne. De kommunale repræsentanter oplever også udfordringer og barrierer i dette samarbejde, som vi kommer nærmere ind på nedenfor.

- Sygehuse: Pilotkommunerne ser sygehuse som deres anden centrale rekrutteringskanal. Sygehuse har dog ofte ikke samme adgang til kernemålgruppen. Desuden har de en større udfordring med at holde styr på kommunernes forskellige tilbud, da de har flere kommuner i deres optageområde.
- Kommunale kanaler: Der har også været en forventning blandt flere af kommunerne om at kunne rekruttere gennem interne kanaler – det være sig kommunale terapeuter, hjemmesygeplejen eller jobcentre. Selvom der er tale om frontpersonale, der har direkte kontakt med potentielle deltagere igennem hjemmebesøg, kan det være en stor udfordring at rekruttere igennem de kommunale kanaler, da der er tale om en meget stor og forskelligartet medarbejdergruppe, der endvidere er præget af stor udskiftning.
- Patientforeninger: En anden samarbejdspartner, som har direkte adgang til potentielle deltagere, er danske patientforeninger. Varde, Langeland og Odense kommuner har derfor informeret de lokale patientforeninger om Vejen videre. Men generelt har de interviewede koordinators og undervisere få overvejelser omkring rekruttering via patientforeningerne. En af de kommunale aktører sætter endvidere spørgsmålstejn ved, om medlemmerne af patientforeningerne typisk er borgere med ringe egenomsorg, som Vejen videre i udgangspunktet henvender sig til.
- Den brede offentlighed: Selvom det ikke var indtænkt som en vigtig rekrutteringskanal, har alle pilotkommuner på et eller andet tidspunkt i pilotafprøvningsfasen haft en annonce eller en artikel om Vejen videre i en lokal avis. Dette er i flere kommuner blevet mødt med skepsis og blev først anvendt, da det viste sig svært at nå rekrutteringsmålsætningen om x antal deltagere pr. hold/år. Det er dog erfaringen fra alle fire pilotkommuner, at annoncering og artikler i lokalaviser har givet mange henvendelser. De mange henvendelser har resulteret i en del sorteringsarbejde for koordinators og undervisere på Vejen videre, da ikke alle henvendelser var relevante. En koordinator overvejer i et interview, om de borgere, der henvender sig på egen hånd – fx på baggrund af en avisannonce – er for gode til at deltage i Vejen videre, da det som regel er dem, der kan selv og tager initiativ. Ønsket er dog fremadrettet, at annoncering accepteres som rekrutteringsmetode. At få en artikel i lokalavisen, som

tager udgangspunkt i deltagernes oplevelse med Vejen videre, er en måde at sprede en god historie om kurset. I tråd hermed fremhæver en kommunal repræsentant, at det kunne være rigtig fint, hvis tidligere deltagere kunne fungere som ambassadører.

I Bilag 9 findes en oversigt over, hvordan de enkelte kommuner har informeret de valgte rekrutteringskanaler om Vejen videre.

I Tabel 4.7 næste side ser vi, hvor de borgere, som har været til indledende samtale, har hørt om muligheden for at deltage i et kursus for mennesker med kronisk sygdom. Vi kan se, at selvom udgangspunktet for konceptet er, at kursisterne skal henvises af enten deres egen læge eller en sygehuslæge, kommer henholdsvis 28 % fra almen praksis og 22 % fra sygehuset. 35 % har angivet 'andet' som kilde til information om Vejen videre, og når vi går bag om dette tal, er det 20 %, som fortæller, at de har hørt om tilbuddet i dagspressen. En del nævner også kommunale aktører (sagsbehandler, terapeut mv.).

Der er ikke signifikant forskel på borgernes angivelse af informationskilde de fire pilotkommuner imellem. Derimod finder vi signifikante forskelle i de angivne informationskilder i forhold til borgernes diagnoser.

Af Tabel 4.7 fremgår det således, at:

- Der er signifikant flere borgere med KOL, der har hørt om kurset fra egen læge (signifikant forskellig ved 1 % niveau).
- Der er signifikant flere borgere med hjertesygdom, der har hørt om kurset fra en kommunal sagsbehandler, terapeut eller lignende (signifikant forskellig ved 5 % niveau).
- Der er signifikant flere borgere med flere diagnoser, der har hørt om kurset fra sygehus/ambulatorium (signifikant forskellig ved 5 % niveau)
- Der er signifikant flere borgere med type 2-diabetes, der har hørt om kurset fra andre kilder (signifikant forskellig ved 5 % niveau).

Tabel 4.7: Kilder til information om muligheden for at deltage i et kursus for mennesker med kronisk sygdom, fordelt på diagnoser (N=279).

	Diagnose	Hørt fra kilden, fordelt på diagnoser (procent)
Patientforening (fx blad, hjemmeside, møde mv.)	Type 2-diabetes (N=46)	13
	KOL (N=96)	5
	Hjertesygdom (N=60)	3
	Flere diagnoser (N=77)	10
	I alt	8
Kommunal sagsbehandler, terapeut eller lignende*	Type 2-diabetes (N=46)	6
	KOL (N=96)	10
	Hjertesygdom (N=60)	30
	Flere diagnoser (N=77)	15
	I alt	15
Min læge**	Type 2-diabetes (N=46)	24
	KOL (N=96)	47
	Hjertesygdom (N=60)	12
	Flere diagnoser (N=77)	21
	I alt	28
Sygehus/ambulatorium*	Type 2-diabetes (N=46)	4
	KOL (N=96)	18
	Hjertesygdom (N=60)	25
	Flere diagnoser (N=77)	35
	I alt	22
Andet*	Type 2-diabetes (N=46)	52
	KOL (N=96)	28
	Hjertesygdom (N=60)	37
	Flere diagnoser (N=77)	32
	I alt	35

* Signifikant forskellig ved 5 %-niveau

** Signifikant forskellig ved 1 %-niveau

Kilde: Skema 1.

I de følgende afsnit vil vi diskutere nogle væsentlige temaer i forhold til samarbejdet imellem Vejen videres aktører om rekruttering.

4.4.1 Information

Holdningen til informationsindsatsen omkring Vejen videre varierer mellem de forskellige samarbejdspartnere, som skal henvisne borgere til Vejen videre.

De praktiserende læger lægger vægt på, at information om kommunale tilbud er klar, enkel og kortfattet. Vi har i forbindelse med denne evaluering talt med fem praktiserende læger, som alle mener, at informationen har været fyldestgørende. Det skal dog understreges, at fire af disse læger har medvirket i projektet i kraft af deres stilling som praksis konsulenter. I Esbjerg roser de praktiserende læger den såkaldt samlede ind-

gang til kommunale tilbud, som kommunen benytter. En enkelt læge mener, at kommunen skal være mere aktiv i at informere de praktiserende læger om tilbuddets eksistens, hvis de vil have flere lægehenviste borgere.

Sygehusrepræsentanterne giver udtryk for, at informationen om Vejen videre har været fyldestgørende. De er blevet orienteret på møder og har fået udleveret pjecer om Vejen videre både til dem selv og til kursisterne. I modsætning til de praktiserende læger er der flere af sygehusrepræsentanterne, som ønsker detaljerede oplysninger om opbygningen af kurset. De mener, dette er en forudsætning for at kunne videreføre kurset til kursisterne. Der er dog også en sygehusrepræsentant, som deler de praktiserende lægers udgangspunkt, nemlig at det er tilstrækkeligt blot at kende til eksistensen af kurset. Hvis en patient vil vide mere, må vedkommende således

selv kontakte kommunen. Indstillingen begrundes med den overvældende mængde af information, som skal gives til kursisterne.

De kommunale repræsentanter vurderer, at informationen om Vejen videre har været god og fyldestgørende. Det drejer sig både om den information, de er blevet præsenteret for på møder, og den information de har fået skriftligt – primært i form af pjecer. Tæt samarbejde med eller deltidsansættelse af nogle af underviserne kan fremme rekrutteringen i de kommunale enheder. Også blandt de kommunale repræsentanter bliver det nævnt, at informationsbehovet ikke kan møttes én gang for alle. Der er behov for løbende at blive mindet om, at Vejen videre findes.

4.4.2 Målgruppe

Der er ikke helt klarhed blandt de henvisende samarbejdspartnere om, hvem der er målgruppen for Vejen videre. De praktiserende læger mener, at målgruppen for Vejen videre er dem, der hverken er for dårlige eller for gode hvad angår levevis og sygdommens sværhedsgrad. De beskriver målgruppen som dem, der 'ligger midt imellem', dvs. niveau 2 og 3 i stratificeringsfirkanten. Sygehusrepræsentanterne vurderer derimod, at patienterne kun kan være for gode til at deltage, men ikke at de kan være for dårlige.

De kommunale repræsentanter oplever, at de har en god forståelse for målgruppen, men også at den generelt ikke er sammenfaldende med de borgere, de er i kontakt med. Hjemmesygeplejerskerne har imidlertid stadig svært ved at vurdere, hvem Vejen videre er relevant for. De giver udtryk for, at de borgere, hjemmesygeplejen er i kontakt med, er for dårlige til at deltage i Vejen videre.

Både sygehusrepræsentanter og praktiserende læger opfatter Vejen videre som et tilbud til borgere, som gerne vil foretage livsstilsændringer, men ikke ved hvordan. Det er typisk borgere, som ikke selv tager initiativ, men som har en erkendelse af at have et problem – og en villighed til at gøre noget ved det. Hvis ikke denne motivation er til stede, vil borgerne ifølge de praktiserende læger ikke få nogen gevinst ved at komme af sted. Omvendt vil også de, der har en god sygdomsindsigt og egenomsorg heller ikke få noget ud af at deltage i Vejen videre, fordi kurset må tilpasses 'laveste fællesnævner' og således appellere til borgere med ringe sygdomsforståelse.

Repræsentanter fra flere jobcentre vurderer, at borgere, der kommer på centrene, generelt ikke er oplagte deltagere i Vejen videre. Selvom de ofte ser borgere med de tre kroniske diagnoser er det sjældent disse diagnoser, som er skyld i deres sygemelding. Desuden er de meget selvhjulpne. De er dog usikre på, om de har tolket målgruppen for snævert.

En af lægerne beretter om et konkret eksempel, hvor hun havde henvist en overvægtig kvinde med graviditetsdiabetes, som ikke kom til sine vægtkontroller. For lægen var det et klart tegn på manglende egenomsorg. Kvinden var i job og

kunne ikke afse kursets seks undervisningsgange, fordi det lå i arbejdstiden. Lægen fik samtidig besked om, at patienten var for god til at deltage i Vejen videre. For lægen var det imidlertid oplagt at henvise kvinden til kommunal patientuddannelse fremfor på sygehuset.

Vi kan således konstatere, at selvom de fleste interviewpersoner giver udtryk for, at de har en god forståelse af målgruppen, er der stadig stor forskel på, hvem de opfatter som egnede og relevante – og går man dem på klingen, bliver der udtrykt tvivl om definitionen af målgruppen.

4.4.3 Henvisningsmetode

Både de praktiserende læger og sygehusrepræsentanterne fortæller, at de benytter de etablerede kanaler til henvisning, hvorimod de kommunale repræsentanter benytter mere ad hoc-prægende metoder.

I tre af kommunerne kan *de praktiserende læger* benytte elektronisk henvisning. To af kommunerne har et decideret henvisningssystem til alle kommunale tilbud, hvilket der er stor tilfredshed med. I den tredje kan lægerne benytte Edifact-systemet¹⁷, eller de kan bede borgeren om selv at henvende sig til kommunen. Alle lægerne mener, det er en god løsning, at kommunen foretager vurderingen af, hvilket konkret tilbud den pågældende borger skal have.

Sygehusene benytter sig af de forskellige eksisterende kommunikationskanaler, som varierer mellem de tre diagnoser. Udover at opfordre en patient til at deltage, nævner repræsentanterne genoptræningsplanerne og muligheden for at sende en avis om de to kanaler, de kan benytte til at orientere kommunen om en potentiel kandidat til deltagelse i Vejen videre. Men flere repræsentanter oplever manglen på etablerede henvisningskanaler som en udfordring.

De kommunale informanter omtaler heller ikke en systematisk henvisningsform. Hvis de selv har en direkte relation til de personer, der står for Vejen videre, kan de tage kontakt til dem og bede dem kontakte borgeren, men ellers består henvisningen blot i at opfordre borgeren til deltagelse.

Generelt viser evalueringen, at det er vigtigt at arbejde på at etablere klare henvisningsveje, og at der, hvor det har fungeret bedst, er, når man har kunnet benytte allerede eksisterende henvisningsmetoder.

4.4.4 Feedback

Flere af de praktiserende læger efterlyser at få et kort notat, når de har henvist en borger, ligesom de får en epikrise fra sygehuset, hvis en patient har været i et sygehusforløb. Lægerne vil gerne vide, hvilket tilbud patienten faktisk fik, og om patienten har takket ja eller nej. Lægerne understreger dog, at det skal være et meget kort notat, så de ikke drukner i information.

17 Edifact er et elektronisk postsystem i sundhedsvæsenet. Med Edifact kan praktiserende læger sende elektroniske recepter, modtage laboratorieresvar samt udskrivningsbreve fra hospitaler, lægevagt, speciallæger mv. De praktiserende læger kan også selv sende elektroniske henvisninger, elektronisk afregning samt besked til en kollega om enkeltpatienter.

Allerede nu sender de fire pilotkommuner en kort status fx som Edifact/advis, når en borger er afsluttet i Vejen videre. En sådan status tjener flere formål: a) Den orienterer lægen om borgerens forløb, b) den minder lægen om, at tilbuddet eksisterer og bliver brugt, og c) den giver lægen feedback på, om han/hun har vurderet målgruppen rigtig.

Det er primært de praktiserende læger, der som patienternes tovholdere efterlyser denne form for feedback fra kommunen. Men også en af sygehusrepræsentanterne understreger, at det måske kan fremme sygehusenes tilbøjelighed til at henvise, hvis de får tilbagemeldinger på, hvordan det går patienterne. Normalt får de kommunale repræsentanter heller ikke en sådan tilbagemelding på, om deres henviste borgere rent faktisk har benyttet sig af tilbuddet.

4.4.5 Barrierer og fremmede faktorer for rekruttering

Når vi ser på tværs af vores analyser af rekrutteringsindsatsen og erfaringerne hermed fra de fire pilotkommuner, tegner der sig en række tendenser i forhold til barrierer og fremmede faktorer. Her vil vi fokusere på de vigtigste.

Praktiserende lægers rutiner: Selvom almen praksis har bedst adgang til målgruppen og ifølge strategien bør stå for henvisningen af patienter, er der også barrierer, der gør det til en udfordring for praktiserende læger at stå for rekrutteringen. Det kræver overskud og særlige rutiner at have fokus på en bestemt patientgruppe og tilbuddene til dem. Flere af lægerne fortæller, at de fortrinsvis er opmærksomme på information om kommunal patientuddannelse, når de sidder over for en ny-diagnosticeret patient. Det kan nemt blive glemt i forhold til patienter, der har haft diagnosen i mange år. Der mangler faste rutiner for, hvornår lægerne bør overveje henvisning til patientuddannelse, hvilket betyder, at det let kan drukne i alle de øvrige opgaver, de praktiserende læger har. En læge fortæller, hvordan de har imødegået denne udfordring ved at fordele diagnosegrupperne imellem sig, så det er en læge og en praksisplejerske, der primært tager sig af henholdsvis diabetes og KOL og derfor har særlig opmærksomhed på dem.

Borgerens eget ansvar og motivation: Flere af de praktiserende læger mener ikke, at initiativet til deltagelse i patientuddannelse skal komme fra dem. Det skal primært være interesse fra borgerens side, der giver anledning til en henvisning. Flere nævner også, at de kan have en tendens til at rubricere nogle borgere i en gruppe, som ikke har interesse i selv at gøre noget, fx patienter som lægen har opgivet på forhånd, og som derfor slet ikke bliver præsenteret for muligheden for at komme på en kommunal patientuddannelse. Det er dog ikke alle læger, der har denne holdning. Eksempelvis betoner en læge, at det er rart at kunne tilbyde de kroniske patienter noget i kommunalt regi om egenomsorg, da det ikke er noget, de selv går så grundigt ind i. En anden læge ser tilbuddet som en vigtig del af de samlede behandlingsforløb og får positive tilbagemeldinger fra patienter, der har været på Vejen videre.

Datafangst og vejledninger kan hjælpe: De praktiserende læger nævner to tiltag, som kan hjælpe dem i forhold til opmærksomheden på kommunale patientuddannelser. Det ene er datafangstmodulet. Her kan lægerne kigge systematisk på populationen af kronikerpatienter, hvilket kunne skærpe opmærksomheden på udvalgte kroniske patienter og de tilbud, der kan understøtte dem i at håndtere egen sygdom. Det andet er vejledningerne fra DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin). Generel patientuddannelse er nævnt i den kliniske vejledning for KOL i almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008), men der refereres kun til 'Lær at leve med kronisk sygdom'. Generel patientuddannelse er derimod ikke nævnt i de kliniske vejledninger, der vedrører type 2-diabetes og iskæmisk hjertekarsygdom (Dansk Selskab for Almen Medicin 2007, Dansk Selskab for Almen Medicin 2004). Den samme pointe bliver også nævnt fra sygehusrepræsentanters side. Det kan måske skærpe sygehusets fokus på at informere patienter om Vejen videre, hvis det bliver skrevet ind i retningslinjer og instrukser.

Overblik og kendskab – en udfordring: Både blandt praktiserende læger, sygehusrepræsentanter og blandt de kommunale medarbejdere er den største udfordring, at det er svært at holde styr på de mange tilbud i de enkelte kommuner og huske det i en travl hverdag. Der skal i forvejen gives meget information til patienterne, og når der er travlt, vil de forskellige aktører naturligt fokusere på den information, de er forpligtet til at videregive.

Borgeren overbebyrdes med information: Den samme udfordring gælder også, når man ser på det fra borgerens synsvinkel. I de møder, som borgere har med frontlinjepersonalet, er der ofte så meget på dagsordenen, at det kan være svært for borgeren at holde styr på al den information, de får. Det kan let blive et svagt led i informationskæden, hvis borgeren selv skal henvende sig til kommunen på opfordring fra de forskellige aktører. Derfor er der god ræson i at etablere direkte henvisningsmuligheder mellem på den ene side de praktiserende læger, sygehuse og kommunale aktører og på den anden side de enheder i kommunerne, som står for visitationen af borgere til uddannelsen. Det kan være i elektroniske henvisningssystemer, rehabiliteringsplaner, adviser med videre.

Manglende kontakt til relevante borgere: I forhold til de kommunale repræsentanter er den største barriere, at frontpersonalet ikke mener, at de er i kontakt med de borgere, som falder inden for målgruppen. Dette gælder særligt jobcentre, men også hjemmesygeplejen. De interviewede kommunale repræsentanter synes dog alle, at Vejen videre er et rigtig godt tilbud, og at kurset har en klar berettigelse.

Spredt information blandt mange medarbejdere: Især blandt de kommunale og sygehusrepræsentanter nævnes det som

en udfordring, at de medarbejdere, som står med rekrutteringsopgaven, er rigtig mange. Den enkelte medarbejder møder sjældent en kandidat til kurset, men hvis alle medarbejdere var opmærksomme på det, kunne det give noget. Specifikt i forhold til hjemmesygeplejen kan det være en fremmede faktor, at nogle af underviserne – som i Langeland og Varde kommuner – er fungerende hjemmesygeplejersker og derfor kan skabe konneks til kollegerne i hjemmesygeplejen. ■

5 Metode og pædagogik

I dette kapitel ser vi på, hvordan underviserne har oplevet at arbejde med et koncept som Vejen videre, og hvorvidt de vurderer, at konceptets metoder har skabt positive forandringsprocesser for deltagerne. Vi ser på undervisernes vurdering af de enkelte moduler samt undervisernes vurdering af udvalgte metoder i undervisningen (afsnit 5.1). På samme vis undersøger vi deltagerne vurdering af underviserne, modulerne og metoderne (afsnit 5.2).

5.1 Underviserne

Dette afsnit beskriver undervisernes erfaringer med at arbejde med Vejen videre. Vi har spurgt til undervisernes egne erfaringer med at arbejde med konceptet, de enkelte moduler og metoder samt undervisernes opfattelser af deltagerne udbytte af at deltage i Vejen videre.

Hovedpointer i undervisernes vurdering af Vejen videre

At undervise ud fra et fast koncept:

- I en opstartsfasen, og særligt som uerfaren underviser, er det en fordel med et udførligt beskrevet koncept. Med tiden kan konceptet dog opleves som begrænsende, blandt andet fordi tidsangivelserne for de enkelte emner ikke giver plads til at lade vigtige diskussioner fylde og dermed tage udgangspunkt i deltagerne behov.
- Underviserne har et ønske om at kunne gøre undervisningsmaterialet til deres eget, dels for at de som undervisere kan virke troværdige, dels for at levere god undervisning i betydningen undervisning, der er anerkendende og inddragende og dermed har den bedste mulige indvirkning på deltagerne. De oplever, at det er vanskeligt at holde deltagerne fangt og engagerede, hvis de ikke kan løsrive sig fra undervisningsvejledningen og er nødsaget til at læse op. De vil derfor gerne have mulighed for at afvige fra konceptet, hvis de vurderer, at deltagerne på et specifikt hold i en given undervisningssituation har brug for det. Underviserne udtrykker et indirekte behov for, eksempelvis på kompetenceudviklingskurset, at blive oplært i, hvordan der kan arbejdes med et generisk koncept som Vejen videre.
- Underviserne har måttet aflære elementer i rollen som sundhedsformidler, da undervisningsmaterialet har fokus på psykosociale aspekter og i mindre grad på formidling af faktuel viden. Udover den specifikke sundhedsfaglige viden kræver typen af undervisning på Vejen videre således også sundhedspædagogisk viden og erfaring. Som en del af konceptet efterlyser underviserne guidelines for eller oplæring i, hvordan undervisning og sundhedspædagogik leveres og praktiseres mest optimalt, dvs. med størst mulig effekt på deltagerne.

Modulerne:

- Underviserne ser det som en stor styrke, at grundmodulet sætter fokus på det hele menneske og ikke blot diagnosen. Modulets fokus på fælles problematikker ved at leve med en kronisk sygdom gør det muligt og meningsfuldt at samle flere diagnosegrupper.
- Underviserne oplever, at også deltagerne skal vænne sig til, at der på grundmodulet er fokus på psykosociale aspekter og erkendelsesprocesser, mens overførsel af teoretisk viden er nedtonet. Det kræver forventningsafstemning både før og i opstarten af et kursus at få deltagerne med på konceptet.
- Underviserne efterspørger en mere udførlig beskrivelse af træningsmodulet i undervisningsvejledningen, herunder en formidling af hvorfor det er vigtigt at træne. Ligeledes finder de det gavnligt med en større sammenhæng/koordinering mellem træningsmodulet og grundmodulet.

Fortsættes næste side...

Hovedpointer i underviserens vurdering af Vejen videre

Modulerne (fortsat):

- Underviserne efterlyser bedre undervisningsmaterialer til de sygdomsspecifikke moduler. Flere har set sig nødsaget til at bruge eget undervisningsmateriale. De oplysninger om medicin og medicinbehandling, der er placeret i grundmodulet, mener underviserne med fordel kan ligge i de sygdomsspecifikke moduler, da diskussioner om medicin ofte bliver meget sygdomsspecifikke.
- Det er en stor fordel, hvis underviserne på madmodulet har en diætist-baggrund, dels for at kunne svare på deltageres spørgsmål, dels for at have troværdighed som underviser. Desuden bør det overvejes, om man kan gøre noget af undervisningen på madmodulet praktisk.

Metoderne:

- Handleplaner: Underviserne ser overordnet handleplaner som en let tilgængelig og meningsfuld metode at arbejde med. De efterlyser dog, at der sættes mål for aktiviteter, deltagerne normalt ikke plejer at udføre. Desuden sætter de spørgsmålstejn ved, om det er nødvendigt at benytte handleplaner helt så slavisk, som man gør i konceptet nu.
- Problemløsning: Underviserne har delte meninger om problemløsning. Metoden kan være med til at eksternalisere et mindre problem for den enkelte, gøre problemet konkret og dermed gøre det nemmere at håndtere og agere. Men problemløsning kan også virke som en kunstig og mekanisk tilgang til deltageres problemer, der ikke egner sig til at løse komplekse og eksistentielle problemer.

Deltagerens udbytte:

- Det er underviserens vurdering, at deltagere med god eller middelgod egenomsorg får udbytte af redskaberne og erfaringsudvekslingen på kurset, mens deltagere med dårlig egenomsorg har brug for et længere forløb og individuelle samtaler.

5.1.1 Konceptet og underviserne

Underviserne giver udtryk for, at der både er fordele og ulemper ved at arbejde med et fast koncept som Vejen videre, hvor tematikker, metoder og tid pr. øvelse hænger systematisk sammen og er udførligt beskrevet. Underviserne har alle lagt et stort arbejde i at afprøve konceptet. Observationsstudier og underviserens egne udtalelser viser, at de i videst muligt omfang følger undervisningsvejledningen til hver undervisningsgang. Både med hensyn til rækkefølge af øvelser, tid pr. øvelse og metodevalg holder underviserne sig overvejende inden for vejledningens anbefalinger. Men der er samtidig også flere eksempler på, at underviserne tilpasser konceptet til de lokale forhold, hvis de eksempelvis oplever, at det giver bedre mening at bytte om på nogle enkelte elementer i undervisningsgangene, hvis der ikke er nok deltagere til at lave gruppearbejde, hvis en øvelse sætter en god dialog i gang på holdet og derfor trækker ud, eller hvis underviserne vurderer, at deltagerne efterspørger en specifik viden, som ikke er skrevet ind i vejledningen, men som de personligt ligger inde med og derfor kan drage ind i undervisningen som et supplement.

Fordele ved et fast koncept: Det udførligt beskrevne koncept fremhæves af flere undervisere som en fordel i opstarten af et patientuddannelsesstilbud. Hver undervisningsgang er godt beskrevet, og undervisningsmaterialet sørger for, at undervisningen tager relevante tematikker op. Det sparer tid og dobbeltarbejde, at hver kommune ikke behøver at udarbejde et patientuddannelseskoncept fra bunden, hvilket netop er en fordel ved et generisk koncept som Vejen videre.

Samtidig er det en støtte for underviserne at have et udførligt beskrevet materiale at arbejde ud fra. Materialet er let tilgængeligt, og man kan følge undervisningsvejledningen fra start til slut, hvilket giver mindre forberedelsestid for underviserne. Som uerfaren underviser kan det være en tryghed at have en vejledning som udgangspunkt.

Flere undervisere peger dog på, at der mangler pædagogiske redskaber (virkemidler såsom PowerPoint, billedmateriale eller andet) i undervisningsmaterialet, der kan anvendes i undervisningen. Underviserne foreslår, at der medfølger et USB-stik med PowerPoint-præsentationer til hver undervisningsgang. Flere har udarbejdet deres egne præsentationer, hvilket

har forlænget forberedelsestiden. Derudover efterspørger flere undervisere en større værktøjskasse med flere undervisningsmaterialer, der kan anvendes til formidling af pointer, til brug i gruppearbejdet eller i aktiveringen af deltagerne. Til gengæld er den medfølgende bog, som deltagerne får, ifølge underviserne god. Bogen tager relevante tematikker op, som kan være svære at tale om i gruppesammenhæng til undervisningen.

Endnu en fordel ved at arbejde ud fra et fast koncept med tidsanvisninger for hver øvelse er muligheden for at anvende dette som et pædagogisk middel. Det kan være vanskeligt at styre gruppen, og snakken kan løbe løbsk og afvige fra øvelsens tematik. Her kan henvisning til dagens program bruges som en forklaring på, hvorfor snakken må afsluttes.

Ulemper ved et fast koncept: Den stramme struktur for undervisningen, som både kan være en støtte og hjælp, kan til tider også blive en spændetrøje, som begrænser underviserne. Det kan virke upassende at måtte afslutte gode diskussioner, hvilket underviserne oplever at være nødsagede til for at overholde programmet. Konceptet lægger op til, at deltagerne inddrages, og at diskussioner på holdet tager udgangspunkt i deltageres erfaringer. Men med et stramt koncept med såvel foreskrevne tidsrammer som forudgivne pointer, der skal formidles, føler flere af underviserne, at der ikke altid er tid til at lade vigtige diskussioner få plads og blive rundet ordentligt af. Flere undervisere pointerer, at programmet ikke må stå i vejen for at kunne stikke en finger i jorden og se, hvem man sidder over for, og hvad der er vigtigt for dem.

Problematikkerne ved at arbejde med et fast koncept handler således om oplevelsen af at være fastlåst af konceptet i et omfang, der ikke giver tilstrækkelig plads til borgernes behov, og samtidig de begrænsede muligheder for at gøre materialet til sit eget og anvende sin professionelle vurdering af, hvad deltagerne har brug for at debattere. Hvis problematikker om træthed opstår på undervisningsgang 2, er det utilfredsstillende som underviser at måtte vente til undervisningsgang 4 med at tale om dette. Det handler om at finde de øjeblikke, hvor deltagerne er parate og motiverede til at tale om de forskellige emner. For at arbejde bedst muligt med konceptet påpeger flere af underviserne, at det kræver, at underviserne formår og har tilladelse til at afvige fra konceptet og tilpasse det deltageres ønsker og behov.

Flere undervisere finder det svært at balancere mellem at læse op fra vejledningen og gøre sig fri af den. For at sikre, at materialets pointer bliver fremført, vælger flere at holde sig tæt til vejledningen og ind imellem at læse op fra den, men det er utilfredsstillende for underviserne at være så fastlåst af materialet. Under vores observationer har vi også bemærket, at underviserne nemt taber deltagerne, når de begynder at læse op fra materialet. Oplæsning skaber en distance imellem underviser og deltager, og materialet bliver mindre levende og nærværende for deltagerne.

Troværdighed og udvikling: Det faste koncept skaber også nogle problematikker i forhold til underviserens troværdighed. Fle-

re undervisere fortæller, at enkelte øvelser er svære at præsentere som underviser. Det kan være ordvalg, tilgange eller rækkefølgen af øvelser, der virker unaturlig. Her nævnes "nedture" som et negativt ladet ord i øvelsen "at tackle nedture", og smerteøvelsen, hvor man skal knibe sig selv i armen, beskrives som akavet. I sådanne tilfælde har underviserne ofte valgt at afvige fra konceptet for at tilpasse materialet til gruppens behov for at bevare troværdigheden som underviser. En underviser pointerer, at hvis deltagerne ikke kan mærke, at man har tilegnet sig materialet som sit eget, så er det svært at holde dem fast.

Flere undervisere peger dog også på, at materialet kan vokse og vinde ved et nærmere bekendtskab, og at man som underviser bør arbejde med det, før man afviser det. De øvelser, der første og anden gang er akavede at arbejde med, kan efter nogle forsøg vise sig at fungere rigtig godt. En underviser fortæller, at hun først var forundret og skeptisk omkring kurssets sammensætning og alt det, man ikke kom ind på, men efter at have arbejdet med det synes hun, det giver god mening.

Samlet set kan vi inddele underviserens reaktioner i to grupper:

- De der ser konceptet som en hjælp i starten af arbejdet med materialet, men som med tiden føler sig fastlåst af konceptets direktiver.
- De der føler sig hæmmet af konceptet i starten, men som efterhånden finder ud af at gøre materialet til deres eget og dermed oplever, at materialet kan mere, end det som udgangspunkt så ud til.

For begge positioner gælder det, at materialet bør tillade en vis grad af justeringer for at imødekomme underviserens behov for at bevare deres faglige og personlige troværdighed. Underviserne ønsker at udvikle sig med konceptet, og de, der allerede har gennemført flere kurser, påpeger, at det med tiden kræver en indsats, hvis underviserne fortsat skal opleve, at det er tilstrækkeligt udfordrende og meningsfuldt at følge konceptet stringent gang efter gang.

Faglighedens betydning: Ifølge underviserne har det stor betydning, at underviserne på Vejen videre har en sundhedsfaglig baggrund. Underviserne oplever, at fagligheden højner kvaliteten af undervisningen og skaber troværdighed i formidlingen af sygdoms- og medicinrelateret viden. En underviser forklarer, at troværdigheden i formidlingen hænger sammen med ens evne til at besvare faglige spørgsmål. Hvis man bliver sat til vægs en enkelt gang, virker man ikke så troværdig. Det har således noget med kvaliteten at gøre. Det er også den sygdomsspecifikke faglighed, der giver overskud til at slippe sig løs fra materialet ind imellem. De mange pointer i undervisningsmaterialet er vanskelige at huske, hvis ikke man har en faglig baggrund, og det kan være nemmere at relatere det sygdomsspecifikke til andre tematikker og problematikker, hvis man som underviser har et bagkatalog at trække på. Omvendt kan den sundhedsfaglige baggrund også være en udfordring, når underviserne som fagpersoner skal følge undervisningsmateri-

alet og konceptets ambition om at fokusere mindre på overlevering af viden, dvs. foredrag. Flere undervisere fortæller, hvordan de har måttet aflære elementer i rollen som sundhedsformidler og holde sig selv fast i ikke at overskride undervisningsmaterialets fokus.

Ud over den faglige sundhedsspecifikke viden kræver det ifølge undviserne en sundhedspædagogisk viden og erfaring at undervise på Vejen videre. En underviser forklarer, hvordan denne type af undervisning netop stiller pædagogiske krav. Hun mener, at det kræver en rygsæk af erfaring og viden samt evne til at skabe relationer og arbejde med sundhedspædagogiske metoder.

Indføring i konceptet: Undviserne på Vejen videre gennemgik et fire dages kompetencekursus umiddelbart før pilotafprøveningen, så de kunne få en indføring i konceptet. Alle undvisere er enige om, at det er nødvendigt at komme på et indledende kompetencekursus for at lære konceptet og materialet at kende.

Undviserne giver overvejende udtryk for, at kompetencekurset giver en god ballast og et godt indblik i, hvordan man skal tænke som underviser på Vejen videre. Det er nyt for flere undvisere at tænke mindre i teoretisk viden og mere i psykosociale aspekter, som Vejen videre lægger op til, og det er derfor nyttigt at blive opmærksom på dette skifte i tilgang og fokus.

Nogle undvisere mener dog, at der bør gøres mere ud af, hvorfor materialet ser ud, som det gør. Det gælder både i forhold til den sundhedspædagogiske tilgang og i forhold til det specifikke materiale. Enkelte undvisere mener, at kompetencekurset lægger for stor vægt på gennemgangen af materialet. De fremhæver, at materialet er så godt beskrevet, at kompetencekurset bør lægge vægten på diskussioner af og guidelines til sundhedspædagogiske problematikker som eksempelvis håndtering af vanskelige deltagere.

5.1.2 Vurdering af modulerne

Grundmodul: Undviserne giver overvejende ros til grundmodulet, dets tilgang og metoder. Et af de elementer, der fremhæves som positivt af undviserne, er modulets fokus på psykosociale aspekter i deltagerens hverdagsliv. Materialet og tilgangene lader deltagerne tænke over tilværelsen og overveje, hvordan de har lyst til at komme videre i livet gennem opnåelsen af mindre hverdagsmål. Grundmodulets psykosociale tilgang er ny for mange af undviserne, og de ser det som en stor styrke, at grundmodulet ikke fokuserer på tal, målinger og tests – som deltagerne er vant til fra lægen og sygehuset – men derimod har fokus på det hele menneske. Det helhedsorienterede fokus gør det samtidig muligt at sætte flere diagnosegrupper sammen, og undviserne opfatter det som en fordel, at der ikke fokuseres på specifikke diagnoser, men netop på fælles problematikker ved at leve med en kronisk sygdom.

Det kræver ikke kun en omvendning af undviserne, men også deltagerne at tænke mindre i teoretisk viden og mere i erkendelsesprocesser, handleplaner og problemløsning. Ifølge undviserne skal deltagerne vænnes til at opfatte undervis-

ning som andet end overførsel af teoretisk viden. Enkelte deltagere falder fra Vejen videre under grundmodulet, fordi kurset ikke lever op til deres forventninger. Undviserne påpeger blandt andet, at formålet med grundmodulet ikke står klart for alle deltagere, og at tilgangene for nogle deltagere kan virke for pædagogiske, mens de for andre deltagere kræver for højt et refleksionsniveau. De understreger derfor, at man inden kursets start bør forklare deltagerne, hvad Vejen videre er for en type patientuddannelsesstilbud, og at undviserne bør afstemme forventninger med deltagerne og sætte mål for deres udbytte ved kursets begyndelse.

Træningsmodulet: Træning indgår som et obligatorisk modul på Vejen videre. Konceptet lægger op til, at deltagerne som minimum følger træningsmodulet 1 time om ugen, og det anbefales, at deltagerne er tilknyttet træningsmodulet i maksimum 12 uger.

Det er undvisernes vurdering, at træningsmodulet er helt afgørende for konceptet, dels fordi træningen skaber et andet forum for at møde deltagerne, dels fordi træningen for mange deltagere er hovedmotivationen for at starte på Vejen videre. Undviserne kritiserer dog træningsmodulets mangelfulde beskrivelse i undervisningsmaterialet. Modsat de andre moduler er indholdet meget løst defineret. Der er opstillet en række læringsmål for, hvad deltagerne skal igennem under træningsforløbet, men det er ikke beskrevet, hvordan de enkelte undervisningsgange skal tilrettelægges, eller hvilke metoder der kan benyttes for at opnå læringsmålene.

Som guide for, hvordan læringsmålene for træningsmodulet opnås, anbefaler vejledningen, at deltagerne bliver præsenteret for forskellige træningsmetoder, herunder blandt andet balancetræning, konditionstræning og styrketræning. Undviserne tilrettelægger ofte træningen, således at der både er fælles opvarmning og/eller udstrækning og tid til at bruge kondicykler og styrketræningsmaskiner. Derudover indfletter undviserne på træningsmodulerne ofte fælles leg og spil, hvor deltagerne får sved på panden og grinet. Deltagerne bliver præsenteret for nye måder at bevæge sig på, eksempelvis via øvelser på store yoga-bolde, og de får prøvet grænser af for smidighed, styrke og balance. Flere hold har været ude og gå stavgang i nærområdet til stor begejstring for flere deltagere. Der har således både været plads til de deltagere, der gerne vil træne hårdt, og deltagere der har brug for mindre udfordringer.

Undviserne har forskellige holdninger til, hvilken rolle teori om træning skal fylde i undervisningen på træningsmodulet. To undvisere fortæller, at der burde være mere formidling om, hvorfor man bør træne, og hvordan man mærker efter, om man træner korrekt. Men der er ikke tid til dette under træningen. Samtidig er det vigtigt, fortæller samtlige undvisere, at deltagerne finder træningen sjov og inspirerende for efterfølgende at træne videre selv. En underviser foreslår at imødekomme problematikken omkring teoretisering over træning ved at inkludere teorien, hvor det giver mening for den enkelte deltager i selve træningssituationen. Andre undvisere foreslår større sammenhæng mellem træningsmodulet og de

øvrige moduler. Eksempelvis kunne temaer om bevægelse og træning med fordel koordineres mellem grund- og træningsmodulet. Ifølge underviserne mangler der information om, hvorfor det er godt at træne, hvilket kunne diskuteres på grundmodulet. Det er indlejret i konceptet, at træning diskuteres på grundmodulet, men ikke desto mindre efterspørger underviserne fokus på dette aspekt i grundmodulet. Herudover kunne afspændingsøvelserne på trænings- og grundmodulet med fordel koordineres, ligesom handleplanerne kunne anvendes mere målrettet i træningen.

Ifølge undervisningsmaterialet er der løbende optag på træningsmodulet, så deltagerne kan starte til træningen umiddelbart efter henvisning til Vejen videre. Fordelene ved løbende optag er, at alle deltagere ikke skal introduceres til træningsredskaberne på samme tid, og at de deltagere, der har trænet et stykke tid, kan lære fra sig til de nye deltagere. I de tilfælde, hvor træningen starter før grundmodulet, er der yderligere den fordel, at deltagerne kender hinanden, inden de starter på grundmodulet og derfor er mere åbne for at tale om de svære problematikker, som grundmodulet beskæftiger sig med. Ulemperne ved løbende optag er derimod, at deltagere med lav egenomsorg kan have brug for mere lukkede forløb og trygge rammer for træningen.

Trods anbefalingerne om løbende optag har kun én kommune reelt haft løbende optag. To kommuner har valgt at lukke holdene på grund af pladsmangel, mens en enkelt kommune har haft delvist løbende optag, idet holdene er blevet lukket ved opstarten af grundmodulet.

Træningssituationen gør det også muligt at lære deltagerne at kende på nye måder end ved den øvrige undervisning. Nogle deltagere kan virke stærke og handlekraftige på grundmodulet, men pludselig vise sig svagere under træning. Træningen kan være med til at give et mere helt syn på deltagerens stærke og svage sider. Desuden giver træningssituationen mulighed for at tage snakke op fra grundmodulet, hvis en deltager har brug for at vende en problematik. Denne vekselvirkning mellem grund- og træningsmodul kræver dog, at underviserne har mulighed for at følge både grundmodul og træningsmodul, hvilket kun en af kommunerne har prioriteret.

Sygdomsspecifikke moduler: De sygdomsspecifikke moduler består af to undervisningsgange og fokuserer på problematikker, der relaterer sig til de enkelte diagnoser. Underviserne mener, det er vigtigt, at Vejen videre tilbyder sygdomsspecifikke moduler. Nogle deltagere mangler helt basal viden om deres sygdom, og her giver de sygdomsspecifikke moduler mulighed for at give konkret viden om de enkelte diagnoser og diskutere særlige udfordringer og opmærksomhedspunkter for hver diagnose. Det er underviserne oplevelse, at deltagerne har mange spørgsmål relateret til de forskellige sygdomme, og at det er vigtigt, at der også er rum til at give svar på disse. Deltagernes spørgsmål er blandt andet relateret til den medicin, de bruger eller ikke bruger.

I forhold til indholdet på de sygdomsspecifikke moduler fortæller flere undervisere, at undervisningsmaterialet ikke er tilstrækkeligt udførligt. De efterlyser blandt andet bedre billedma-

teriale. Desuden er det underviserne vurdering, at al undervisning i oplysninger om medicin og medicin håndtering bør samles på de sygdomsspecifikke moduler. Deltagerne har et stort behov for at tale om medicin, og diskussionerne om medicin bliver ofte meget specifikke om konkrete præparater og bivirkninger, hvilket ikke egner sig til grundmodulet. Det betyder også, at underviserne på de sygdomsspecifikke moduler skal have den konkrete sygdomsspecifikke viden, så de kan svare på specifikke diagnoserelaterede spørgsmål og bedst muligt guide deltagerne.

Madmodul: Madmodulet forløber over tre undervisningsgange og er tiltænkt alle tre diagnoser. Undervisningen består af meget faktuel viden, og der er mange anbefalinger, tekniske forklaringer og begreber i undervisningsmaterialet, der skal formidles. Følgelig er det en stor fordel, hvis underviserne på madmodulet har en diætist-baggrund, dels for at kunne svare på deltagernes spørgsmål, dels for at have troværdighed som underviser. Det forklarer to undervisere, der begge selv er uddannede sygeplejersker. Underviserne tilføjer, at de mange pointer i undervisningsmaterialet kan være vanskelige at huske, hvis ikke man har en faglig baggrund som diætist, ligesom det kan være svært at skabe dynamik i undervisningen uden en faglig baggrund at læne sig op ad.

En underviser peger på, at det er ærgerligt, at praktisk madlavning ikke indgår i modulet. Hun mener også, at der mangler dialog om sociale og følelsesmæssige aspekter omkring mad og madvaner. Modulet bør handle om mere end det, man ikke må. Der skal fokus på de psykologiske mekanismer og det udfordrende i at ændre madvaner, understreger underviseren. Opfattelsen bakkes op af andre undervisere. Blandt andet kobler en underviser manglen på fokus på de psykologiske mekanismer med de anvendte metoder, idet hun understreger, at det er godt at anvende kort til at illustrere kostsammensætning, men der mangler noget efterfølgende dialog og fokus på, hvordan kost kan fastholdes eller ændres på.

5.1.3 Vurdering af metoderne

Vi ser nu på underviserne vurderinger af de forskellige metoder, der indgår i materialet til Vejen videre. Vi vil også se på gruppedynamik og erfaringsudveksling som et metodisk redskab i gruppebaseret uddannelse.

Handleplan: Underviserne fortæller, at handleplanerne er en let metode at arbejde med som underviser. Det er tydeligt beskrevet, hvordan metoden skal gribes an, og de oplever generelt, at det giver mening for deltagerne at arbejde med handleplanerne. Underviserne vurderer, at det giver deltagerne tilfredsstillende at udrette de planlagte aktiviteter, og at det skaber fastholdelse at fortælle om sine planer.

Handleplan som metode

Handleplanerne er en gennemgående metode på såvel grundmodulet som på de sygdomsspecifikke moduler og madmodulet. Ifølge konceptet er formålet med handleplanerne at opbygge deltagernes self efficacy. Ideen er, at "ved på ugentlig basis at opstille mål for sig selv og få erfaringer med at nå dem øges deltagernes tro på egne evner til at foretage ændringer i livsstil" (Norborg 2011).

Hver undervisningsgang indledes med en gennemgang af alle deltagers handleplaner fra den foregående uge, ligesom hver undervisningsgang afslutter med, at alle deltagere på skift fremfører deres handleplan for den kommende uge. Ud fra en skala fra 1 til 10 skal hver deltager vurdere, hvor realistisk, de mener, det er at gennemføre handleplanen.

Der er dog visse forbehold og variationer i forhold til brugen af handleplaner. Mens nogle deltagere foretager store forandringer, mener andre deltagere ikke, at de har behov for at ændre noget i hverdagen. Flere undervisere mener, at det bør være et krav, at de mål, deltagerne sætter, skal omfatte aktiviteter, de ikke normalt plejer at gøre. Hvis deltagernes handleplan blot indeholder aktiviteter, de har gjort i lang tid, eller de sætter sig de samme mål uge efter uge, så giver det en oplevelse af, at de blot udarbejder dem for at tilfredsstille underviserne. En underviser vurderer, at der blandt nogle deltagere ikke er en klar forståelse af formålet med at udarbejde handleplaner.

Flere undervisere vurderer, at det er en udfordring at benytte den numeriske vurdering af realismen i handleplanen. Det kan være svært og uvant for mange deltagere at sætte tal på aktiviteter. Nogle deltagere vurderer konsekvent deres plan til enten 1 eller 10. Denne kvantificering af realismen kan udvikle sig til en form for spil, som deltagerne lærer at spille. Efter at være korrigeret eller hørt andre blive korrigeret for at have for høje eller lave forventninger til gennemførelsen af handleplanerne har deltagerne forstået, hvor det rette niveau for vurderingen af handleplanerne ligger. I stedet for at anvende skalaen fra 1 til 10 til at vurdere realismen i sin handleplan bedømmer deltagerne pr. automatik handleplanen med de tal, de oplever ikke fører til diskussion. En underviser fortæller om en oplevelse, hvor deltagerne opfordrede hinanden til at sige otte, fordi 'ellers skal vi bare begynde at snakke om det'. På den måde bliver brugen af handleplaner til en rutine – et spil, der kan opleves som lidt afkoblet fra deltagernes reelle overvejelser. Derfor sætter flere undervisere også spørgsmålstejn ved, om handleplanerne er et redskab, deltagerne kan eller har lyst til at benytte efter kurset.

Problemløsning og brainstorm: Underviserne har delte meninger om problemløsning som metode. I de positive kommenta-

rer påpeger underviserne metodens evne til at eksternalisere problemet fra den enkelte deltager og den konstruktive tilgang til problemet. De kritiske kommentarer går på, at metoden let bliver kunstig og lidt for teoretisk. Desuden kan den være svær at bruge til eksistentielle og komplekse problemstillinger.

Problemløsning og brainstorm som metode

Problemløsning er en gennemgående metode, der blandt andet anvendes i tilbagemeldingen på handleplanerne, hvis gennemførelsen af en deltagers plan ikke er lykkedes, og som led i øvelser som fx "at tackle nedture". Med afsæt i en identificering af en deltagers problem foretager gruppen en brainstorming over løsninger på problemet. Formålet med problemløsningsmetoden er, "at deltagerne oparbejder færdigheder til at løse de problemstillinger, de kan opleve i deres hverdag" (Norborg 2011).

Problemløsning kan bidrage til at konkretisere og italesætte problematikker. Mange af deltagernes problemer er forbundne og derfor svære at adskille og adressere, men problemløsningsmetoden afkræver netop en konkretisering af specifikke problematikker, der gør det nemmere at håndtere og agere på problemerne.

Brainstorm er en anerkendende tilgang, der aktiverer deltagerne, og som giver plads til deltagernes egne ord i beskrivelsen af problematikker og løsninger. Brainstorm indgår som en del af problemløsningsmetoden, men kan også anvendes alene. Deltagerne udvælger selv, hvilke problematikker de ønsker at tage fat på, og der er ikke et facit for problemløsningen. Metoden kan dermed tvinge underviserne til at finde ud af, hvor deltagerne er, og det kan ofte være overraskende, hvad der er vigtigt for dem.

Der er dog også elementer i problemløsningen, som møder kritik af flere undervisere. Metoden kan blive et kunstigt greb om problemstillinger og en mekanisk tilgang til deltagernes problemer. Ved mindre problemstillinger, eksempelvis hvis det ikke er lykkedes at gennemføre en handleplan, kan det virke forceret at skulle en længere procedure igennem for at identificere årsager til den manglende gennemførelse og komme med løsninger til, hvordan handleplanen kunne gennemføres.

Modsat kan mere komplekse og eksistentielle problematikker være svære at håndtere inden for problemløsningsmodellen. En underviser beskriver det etiske dilemma i at smide en svær og personlig problemstilling op på en tavle og pille den fra hinanden. Der kan være en fare for, at problemet ikke eksternaliseres ordentligt, og personen med problemet dermed bliver udleveret foran gruppen. Det bevirker ofte, at man vælger noget ufarligt, men så er det ikke de rigtige løsninger, der kommer op.

Gruppen: Vejen videre er et gruppebaseret tilbud, der anvender gruppedynamikker og erfaringsudveksling blandt deltagerne som en del af programmets virkningsmekanismer. Gruppearbejde indgår som en fast del af undervisningen, og ofte kommer der flere emner og overvejelser med i plenumøvelser, når gruppen først har siddet i mindre grupper og diskuteret.

Underviserne mener, at det fungerer fint at undervise på tværs af diagnoser. Deltagerne har mange af de samme problematikker. Det kan dog være en udfordring, hvis en af diagnosegrupperne dominerer. Så kan snakken på holdet let kom til at handle om sygdomsspecifikke problematikker. Men generelt er det ikke underviserens oplevelse, at forskelle i diagnoser leder til store forskelle i motivation og egenomsorg i gruppen.

Når der er forskel i motivation og egenomsorg, kan det være svært at sammensætte grupper til gruppeøvelser. Her kan det på den ene side være en fordel at sætte stærke og svage sammen, så de ressourcerstærke (ifølge underviserne er her tale om borgere med god egenomsorg og/eller socioøkonomisk stærke ressourcer) kan inspirere de ressourcesvage (herunder borgere med lav egenomsorg og/eller socioøkonomisk få ressourcer ifølge underviserne). På den anden side kan det også være ufordelagtigt og blive svært at skabe dialog. Hvis der ifølge underviserne er for mange ressourcesvage på et hold, kan det blive for tungt, og der kommer let til at mangle dynamik. Sundhedspædagogisk er det ifølge underviserne en stor opgave at have borgere, som de oplever som ressourcesvage, på holdene, og underviserne efterlyser, at undervisningsvejledningen også adresserer håndteringen af sådanne situationer.

I forhold til gruppedynamikken ligger udfordringen som underviser i at planlægge gruppearbejde og differentiere undervisningen ud fra gruppens forskellige forudsætninger og forventninger. Flere undervisere fortæller, at de har iværksat individuel forløbskoordination for de svageste deltagere.

5.1.4 Vurdering af deltagerens udbytte

Hovedparten af underviserne vurderer, at deltagere får udbytte af kurset og specifikt af den fysiske træning. De vurderer også, at deltagerne får udbytte af oplevelsen af ikke at stå alene med deres sygdom og følelser. Som en underviser forklarer, går stort set alle deltagerne fra kurset med en erkendelse af, at de ikke står alene. Enkelte undervisere mener dog ikke, at deltagerne får stort udbytte af deltagelse i Vejen videre, hvilket de begrundes med, at vidensniveauet er for lavt, og at deltagerne ikke udfordres tilstrækkeligt.

Underviserne påpeger alle, at det er vanskeligt at tale om deltagerne som en samlet gruppe, og at det derfor også er svært at sige entydigt, hvad de får af udbytte af kurset. På baggrund af deres udsagn har vi inddelt deltagerne i tre typer af deltagere med forskelligt potentiale for udbytte:

- Deltagere med god egenomsorg kan være svære at tilbyde tilstrækkeligt nyt. De har ofte selv søgt informationer på internettet og er dygtige til at håndtere hverdagen med sygdom.
- Deltagere med middelgod egenomsorg eller kun kortvarig dårlig egenomsorg får størst udbytte inden for den forholdsvis korte tid, kurset varer. Disse deltagere har ofte ressourcer til at tage de nye redskaber til sig og kan overskue at foretage de nødvendige forandringer i hverdagen.
- Deltagere med dårlig egenomsorg har ifølge underviserne brug for en længerevarende intervention. Underviserne fortæller, at disse deltagere har fået lidt viden om sygdommen og kroppen, men at forandringer i hverdagen kræver en længerevarende proces. Desuden mangler disse deltagere individuelle samtaler, hvor underviserne kan hjælpe dem med at inkorporere redskaberne fra Vejen videre i hverdagen og få talt om, hvordan man fokuserer på at træffe de rette valg, og hvordan der også kan være 'bump på vejen', som man må forholde sig til og komme over. For denne gruppe er øvelserne ofte for teoretiske og svære at implementere i hverdagen.

5.2 Deltagerne

I dette afsnit ser vi på deltagerens erfaringer med at deltage i Vejen videre. Vi har spurgt til deltagerens oplevelse af de anvendte metoder, mødet med underviserne og de andre deltagere. Deltagerne i fokusgruppeinterviewene har alle afsluttet Vejen videre, da de blev interviewet¹⁸.

18 Deltagerne i enkeltinterviewene har været i afslutningen af forløbet, da de blev interviewet. Dette betyder, at ikke alle deltagere har nået at afslutte enten de sygdomsspecifikke moduler eller madmodul på interviewtidspunktet. Datamaterialet for disse moduler er derfor begrænset.

Hovedpointer i deltageres vurdering af Vejen videre

- Deltagerne ser en stor værdi i, at underviserne har en sundhedsfaglig baggrund. Det er vigtigt, at underviserne er gode til at skabe sammenhold og inddrage deltagere. Endelig lægger de vægt på, at underviserne tager udgangspunkt i deltagerne, og at de kan løsrive sig fra undervisningsvejledningen.
- Størstedelen af deltagerne er glade for grundmodulet og finder tematikker i modulet relevante og genkendelige. Enkelte deltagere mener dog, at grundmodulet enten undervurderer deltagerne eller omvendt er for højtragende og hægter folk af.
- Træningsmodulet er én af hovedårsagerne til, at Vejen videre får mange deltagere. De oplever træningen som noget af det mest udbytterige og finder stor værdi i at træne sammen med ligesindede. Mange vil gerne fortsætte efter kurset, men er tvivlende over for, om det vil lykkes. De efterlyser derfor mulighed for at få stillet træningslokaler til rådighed, hvor de kan fortsætte med at mødes og træne.
- Hovedparten af de interviewede deltagere finder det relevant at deltage i de sygdomsspecifikke moduler. Udover at den sygdomsspecifikke viden giver dem forklaringer på symptomer og problematikker, de oplever på egen krop, gør viden om egen sygdom deltagere bedre i stand til at tale med sundhedsprofessionelle.
- Flere af deltagerne har fået den opfattelse, at madmodulet kun er for diabetikere. De, der deltager, beskriver indkøbsguiden som særlig nyttig.
- Selvom flertallet er overvejende positive over for brugen af handleplaner, er der også en del deltagere, som bliver trætte af metoden over tid eller ikke bryder sig om den. Handleplaner er et godt redskab til at gøre ønsker overskuelige og opnå de ting, man sætter sig for. Men enkelte deltagere har svært ved at forstå arbejdet med handleplaner og finder det vanskeligt at omsætte ønsker og aktiviteter til en plan. En del deltagere har vanskeligt ved at sætte tal på realisme i en handleplan.
- Deltagerne sætter stor pris på sammenholdet og erfaringsudvekslingen i gruppen. Udover udveksling af tips bruger gruppen også hinanden til at tale om svære følelser, som følger med en kronisk sygdom.
- Flere deltagere i Vejen videre har flere samtidige diagnoser. Kursets fokus på problematikker på tværs af diagnoser giver disse deltagere en opmærksomhed på, at de skal tage vare på alle deres sygdomme. Flere af deltagerne er desuden i risiko for at udvikle én af de andre sygdomme og finder det givtigt at få indsigt i, hvad det vil betyde for deres liv.
- Deltagerne fremhæver, at en vis homogenitet i gruppen er vigtig for, at erfaringsudvekslingen kan fungere. I forhold til alder, motivation og egenomsorg har deltagerne på enkelte hold fordelt sig så bredt, at de har haft svært ved at spejle sig i hinanden.

5.2.1 Vurdering af underviserne

Deltagerne tillægger det stor værdi, at underviserne på Vejen videre har en sundhedsfaglig baggrund. Mange af deltageres spørgsmål handler om medicin og sygdomsspecifikke problematikker, og troværdigheden som underviser hænger derfor sammen med faglighed og undervisernes evne til at svare på spørgsmål.

Deltagerne lægger også vægt på undervisernes evne til at skabe sammenhold i gruppen. Eftersom mange af kursets øvelser baserer sig på gruppearbejde og erfaringsudveksling samt handler om følsomme emner, er det essentielt, at underviserne formår at skabe et afslappet og fortroligt rum. En delta-

ger roser underviserne for at kunne fange bemærkninger – også de meget små, som kommer. Det bevirker, at deltagerne selv får øjnene op for deres egne udtryk, og hvad der ligger til grund for dem.

At tage udgangspunkt i deltageres beretninger betyder, at underviserne må løsrive sig fra vejledningen for at kunne være nærværende og gribe fat i deltageres input. Deltagerne bemærker derfor også, når underviserne ind imellem følger undervisningsvejledningen meget tæt. Det giver anledning til kommentarer om, at underviserne 'hænger sig lidt i den bog, de skal følge', eller at 'man har på fornemmelsen, at de ikke rigtig ved, hvordan de skal udfylde tiden'. Når underviserne

udelukkende følger vejledningen og læser op deraf, føles tiden lang, og der kommer ikke en meningsfuld dialog i gang, hvor deltagerne er centrum for snakken.

5.2.2 Vurdering af modulerne

Grundmodul: Størstedelen af deltagerne er glade for grundmodulet. De finder tematikkerne på modulet relevante og kan genkende sig selv i mange af emnerne. Generelt omtaler deltagerne modulets anvendelse af gruppearbejde og erfaringsudveksling positivt. Deltagerne lægger vægt på, at der er tid og rum til at tale med de andre deltagere.

Der er dog enkelte deltagere, som kritiserer grundmodulet. Nogle finder modulet for højtragende, mens andre mener, at modulet undervurderer deltagerne. Deltagere med begge holdninger har svært ved at forstå meningen med øvelserne og mener ikke, at de får udbytte af dem. Kommentarerne peger på, at nogle af øvelserne på grundmodulet kræver et højt refleksionsniveau af deltagerne og en evne til at sætte ord på følelser, ønsker og oplevelser.

Grundmodulets vægtning af erfaringsudvekslingen mellem deltagerne stiller høje krav til, at underviserne sørger for, at dialogen mellem deltagerne ikke løber løbsk og kommer til at overskride fokus for snakken. Ifølge de få deltagere, der finder grundmodulet højtragende og kedeligt, er der for meget snak, som de ikke finder relevant at deltage i.

Træning: Alle deltagere er glade for træningsmodulet. Mange beskriver træningen som noget af det mest udbytterige på Vejen videre, og flere fortæller ligeledes, at træningen var blandt en af hovedårsagerne til, at de fandt interesse for Vejen videre. Deltagerne beretter enstemmigt positivt om træningen, og flere beskriver, hvordan det har givet dem mere overskud i hverdagen og humøret er blevet bedre. Den øgede aktivitet bliver dermed udgangspunkt for positive forandringer. Størstedelen af deltagerne har ikke trænet i mange år, men er igen blevet bevidste om – og har mærket i kroppen – at fysisk aktivitet har flere gevinster.

Et andet element, flere deltagere vægter højt i træningen, er muligheden for at træne sammen med ligesindede, der også har fysiske udfordringer. Det kan være svært at tage sig sammen til at træne i et almindeligt fitnesscenter, hvis man føler, at man skiller sig meget ud. Til træningen på Vejen videre kender deltagerne til hinandens problematikker.

En af anbefalingerne i materialet til træningsmodulet er at præsentere deltagerne for øvelser, der kan tages med hjem og fortsættes efter kurset (Norborg 2011:86). Ifølge enkelte deltagere er der blevet talt lidt om hjemmetræning. Nogle beretter, at de har fået gummibånd med hjem. Desværre bliver træningen ikke til så meget uden for træningslokalet, indrømmer størstedelen af deltagerne. En enkelt kommune har ladet en af to ugentlige træningsgange være en dag ud af huset, hvor deltagerne er blevet præsenteret for alternative trænings-

faciliteter, de kan opsøge efter kursets afslutning. Mulighederne kan være svære at finde selv, forklarer et par deltagere, der derfor har været glade for at blive præsenteret for potentielle steder at træne efterfølgende.

Gennemgående fortæller deltagerne, at de ønsker at fortsætte med at træne efter Vejen videres afslutning. Dog er de nervøse for, at det bliver svært at få organiseret uden for kursets regi. Derfor er det et udtrykt ønske blandt flere deltagere at kunne fortsætte træning efter kursets afslutning, hvis blot lokalerne kunne stå til rådighed.

For at fortsætte træningen er flere deltagere gået sammen to og to for i fællesskab at træne i det lokale ældre- eller fitnesscenter. Deltagernes motivation for at fortsætte træningen vidner om, at fysisk aktivitet kan være en vigtig faktor, hvad angår fastholdelse af gode vaner og efterfølgende sammenhold mellem deltagere i Vejen videre.

Sygdomsspecifikke moduler: De fleste deltagere vælger at følge de sygdomsspecifikke moduler, også selvom enkelte har været på diagnosespecifikke kurser på sygehuset¹⁹. De begrundet det med, at det er godt at få viden repeteret. Deltagerne beskriver blandt andet, hvordan viden om sygdommen kan gøre det lettere at tale med de sundhedsprofessionelle. Undervisningen på de sygdomsspecifikke moduler kan samtidig give deltagerne nogle forklaringer på symptomer eller andre problematikker i forbindelse med sygdommen. De kan få bedre forståelse for, hvad der sker i kroppen.

Deltagerne kan genkende sig selv i diskussionerne af de specifikke problematikker relateret til deres diagnose, og enkelte deltagere fortæller derfor også, at det ind imellem kan være nemmere at erfaringsudveksle med deltagere med samme sygdom. Som en deltager forklarer det, kender lægen til teknikaliteter om sygdommen, men på de sygdomsspecifikke moduler møder deltagerne andre, der mærker de samme symptomer på kroppen.

Madmodul: Ikke alle deltagere har valgt at følge madmodulet – af de 46 interviewede deltagere har 30 tilmeldt sig madmodulet. Flere forklarer fejlagtigt, at madmodulet kun er for diabetikere, mens andre fortæller, at de godt kan finde ud af at lave mad, eller at det alligevel ikke er dem, der står for maden derhjemme. Disse meldinger kunne tyde på, at det ikke er alle deltagere, der har forstået formålet med madmodulet.

De, der har deltaget, giver udtryk for tilfredshed med modulet, og flere fortæller, at de nu har forsøgt at indføre flere grøntsager og fisk i ugens madplaner. Deltagere får udleveret og bliver instrueret i at bruge en indkøbsguide med anbefalinger for mængden af eksempelvis fedt og kostfibre i fødevarer. Guiden nævnes af flere som et nyttigt redskab og guideline for, hvilke fødevarer der er gode at gå efter, og flere fortæller, at de bruger guiden, når der skal gøres indkøb. Erfaringsudvekslingen mellem deltagerne kan give nye opskrif-

19 38 af de i alt 46 interviewede deltagere har valgt at følge et eller flere af de sygdomsspecifikke moduler.

ter og inspiration. På et hold kastede nogle af mændene sig for første gang ud i hjemmebagt rugbrød og fedtfattige klejner til stor beundring fra resten af gruppen.

5.2.3 Vurdering af metoderne

Handleplan: Deltagerne fortæller overvejende positivt om handleplanerne. Handleplanen kan være et redskab til at overskueliggøre og konkretisere sine ønsker og samtidig til at acceptere, at man ikke kan det samme som tidligere. Oplevelsen af at udføre sin handleplan skaber stolthed og sætter fokus på succeser, fortæller nogle af deltagerne.

Deltagerne sætter meget forskellige typer mål for deres handleplaner, men flere lader sig også inspirere af hinanden. Flere deltagere har svært ved at finde på nye handleplaner hver uge, og undervisernes handleplaner kan i disse tilfælde fungere som inspiration til potentielle mål og samtidig sætte niveauet for, hvad en handleplan kan være.

Deltagerne beskriver, hvordan det at udarbejde en handleplan og præsentere den over for en gruppe af mennesker skaber en positiv forpligtelse til at udføre planen. Deltagerne føler sig forpligtede over for gruppen, hvilket skaber en art positivt gruppepres.

En del af metoden er, at deltagerne skal ringe til hinanden i løbet af ugen for at følge op på handleplanen. Kun få har dog fastholdt at ringe til hinanden efter de første par undervisningsgange. Selvom nogen deltagere omtaler opringningen positivt, virker det for de fleste overflødig og kunstigt.

Enkelte deltagere indtager en ironisk distance til handleplanerne. De fortæller, hvordan man bare kan lyve om, hvorvidt man har udført sin handleplan og påpeger, at målene for handleplanerne ofte blot er hverdagsgøremål. Enkelte deltagere har svært ved at forstå arbejdet med handleplanerne. Det kan være vanskeligt at omsætte ønsker og aktiviteter til en plan, og nogle virker forvirrede over, hvad målene for handleplanerne skal være.

Ofte er der deltagere, som ikke har haft lyst til at lave handleplaner, og som 'får lov til' at springe over. På et enkelt sygdomsspecifikt modul nægtede hele holdet at fortsætte med at lave handleplaner. De mente, at efter seks ugers arbejde med handleplaner på grundmodulet var det ikke længere nødvendigt at fortsætte med at udtænke og vurdere mål på den måde.

Der er stor forskel på, om deltagerne ønsker at fortsætte med at benytte handleplaner efter kursets afslutning. Nogle deltagere vil fortsætte med at udarbejde nye handleplaner for sig selv, mens andre vil fortsætte med de gode vaner, som de har fået oparbejdet i løbet af Vejen videre. Flere deltagere har dog erfaret, at det er svært at fortsætte med handleplanerne, når de ikke længere har gruppen at være forpligtet over for.

Problemløsning og brainstorm: De fleste af de interviewede deltagere har svært ved at identificere problemløsningen som en anvendt metode og mener ikke at have foretaget problemløsning. Dette desuagtet, at der under interviewene bliver givet eksempler på problemløsning. Kun et fåtal af deltagerne for-

tæller om problemløsningen som en god måde at betragte sine problemer på.

Styrken ved problemløsning er metodens måde at flytte fokus fra den enkelte deltager og gøre problemet generelt relevant. En deltager fortæller, at det kan være en fordel at skifte fokus fra person til problemstilling. Pludselig er det ikke 'Pedersen, det handler om', men det problem som er kommet op på tavlen.

Gruppe: Størstedelen af deltagerne oplever det som positivt at deltage i en gruppe. De deltagere, der siger, de har været i en velfungerende gruppe, giver udtryk for et nært tilhørsforhold til gruppen. Flere deltagere nævner dog vigtigheden af, at kurset anlægger nogle retningslinjer for fortrolighed og omgangstone. Deltagerne giver også udtryk for, at det fungerer godt at arbejde i små grupper to og to eller tre og tre, som Vejen videre ofte lægger op til.

Tilgangen til gruppebaseret undervisning i Vejen videre er baseret på principper fra teorien om self-efficacy: tilegnelse af færdigheder, genfortolkning af symptomer, gruppedynamik og 'modellering', som kan anvendes som pædagogisk strategi. Under interviewene med deltagerne kom principperne til udtryk på følgende måde:

- **Rollemodeller:** Deltagerne bruger hinanden som rollemodeller. Nogle er gode til at finde på fedtfattige opskrifter og deler gerne ud af tips til bagning mv. Andre er ivrige med motionen, og nogle håndterer og accepterer sygdommen forbilligt. Deltagerne spejler sig i hinanden, og dermed kan andre deltagers sygdomsforløb illustrere egen potentielle udvikling. En deltager beskriver, hvordan en fortælling om utilstrækkelig håndtering af sygdommen og medfølgende indlæggelser har fungeret som øjenåbner for, hvordan manglende anerkendelse af sygdommen og dårlig sundhedsadfærd kan have negative konsekvenser. Deltagerne bruger altså både negative og positive erfaringer fra andre.
- **Ros og anerkendelse:** Ros og anerkendelse både fra undervisere og andre deltagere udgør et vigtigt element i undervisningen. Når handleplaner er veludførte, eller når en deltager har taget en vigtig snak med lægen, roser gruppen hinanden.
- **Erfaringsudveksling:** Den erfaringsudveksling, der sker på kurset, nævnes af de fleste deltagere som et af de vigtigste elementer på kurset. Deltagerne giver udtryk for, at oplevelsen af at være i samme båd, giver en tryghed og fortrolighed i gruppen. Udover udveksling af tips bruger gruppen ligeledes hinanden til at tale om nogle af de svære følelser, som følger med det at få en kronisk sygdom. Mange har en oplevelse af at være alene om de svære følelser til daglig, hvad enten det er fordi, de ikke vil belemre deres familie eller ikke kender andre, der er syge. Oplevelsen af at møde andre, der kender til de samme problematikker, beskriver deltagerne som givende.

- På tværs af diagnoser: Vejen videre fokuserer på problematikker, der går på tværs af diagnoser, og det skaber et positivt rum for deltagere med flere diagnoser, der ellers tit har det svært på sygdomsspecifikke tilbud (Lorig et al. 1999). En deltager med både diabetes og hjerteproblemer fortæller, hvordan hun tidligere har negligeret sin diabetes, fordi hjerteproblemerne fylder mest i hendes hverdag, men at deltagelsen i Vejen videre har gjort hende opmærksom på, at hun bør tage vare på begge sygdomme. Der er også flere af deltagerne, der er i risiko for at udvikle en af de andre sygdomme og derfor har godt af at høre lidt om dem og møde andre med disse diagnoser. At have flere diagnoser samlet skaber mulighed for at se problematikker fra flere sider. Desuden kan deltagelsen aflive nogle fordomme om andre diagnosegrupper. Nogle deltagere lægger vægt på erfaringsudvekslingen med personer med samme diagnose. Det gælder særligt KOL-borgere. Men de fleste af disse borgere giver udtryk for, at de får dækket dette behov på de sygdomsspecifikke moduler.
- Homogenitet: Et vigtigt element for, at erfaringsudvekslingen kan fungere, er en vis homogenitet i gruppen. Det er tankevækkende, at de deltagere, der mener, at grupperne potentielt godt kan rumme stor diversitet i alder og sygdomsbillede, selv har været i forholdsvis homogene grupper, mens de deltagere, der mener, at grupperne potentielt fungerer bedst, hvis deltagerne ligner hinanden, har været i uhomogene grupper. I relation til alder, motivation og egenomsorg har deltagerne på enkelte hold fordelt sig så bredt, at de har haft svært ved at spejle sig i hinanden. ■

6 Oplevet udbytte og selvrapporteret effekt

Dette kapitel præsenterer evalueringens statistiske analyser af, om Vejen videre har den ønskede positive selvrapporterede effekt på deltagerne, og om deltagerne oplever et positivt udbytte af kurset. På baggrund af den spørgeskemabaserede del af evalueringen kan vi vurdere, om der er sket en udvikling fra før til efter, og fra før til tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Vi har målt på følgende parametre:

- selvrapporteret sundhedsadfærd

- selvrapporteret self-efficacy
- selvrapporteret helbredstilstand
- selvrapporteret livskvalitet
- oplevet udbytte af kurset.

Der henvises til metodekapitlet for nærmere begrebsafklaring af selvrapporteret sundhedsadfærd, self-efficacy, helbredsstatus og livskvalitet.

Kapitlets hovedpointer

- *Sundhedsadfærd*: Der er sket en statistisk signifikant positiv udvikling i forhold til deltagernes udøvelse af anstrengende fysisk aktivitet fra før til umiddelbart efter og tre måneder efter deltagelse. Vi kan ikke se den samme signifikante udvikling i forhold til rygning, alkoholindtag og madvaner, men der er dog tegn på positive udviklingstendenser.
- *Self-efficacy*: Vi kan se en positiv udvikling i deltagernes self efficacy fra før til umiddelbart efter deltagelse på tre ud af seks elementer i skalaen (at håndtere træthed, at håndtere symptomer og at gøre noget for at begrænse sygdommens påvirkning i dagligdagen). Tre måneder efter deltagelse er scoren faldet en anelse tilbage, hvilket betyder, at der ikke er sket signifikante ændringer fra før til tre måneder efter deltagelse. Der er ikke sket signifikante ændringer på det samlede self-efficacy mål, hverken fra før til efter eller før til tre måneder efter.
- *Helbredsstatus*: Deltagerne har samlet set rapporteret en lille, men signifikant udvikling i BMI fra før til efter og tre måneder efter kurset. Endvidere vurderer deltagerne deres fysiske form signifikant bedre i begge eftermålinger. Endelig viser analyserne en selvrapporteret effekt i intensiteten af oplevede smerter. Graden af oplevede smerter er faldende fra før til efter Vejen videre, men stiger derefter en anelse igen ved målingen tre måneder senere. Vi har ikke set en signifikant udvikling i forhold til hyppigheden af smerter eller i forhold til psykiske tilstande som tristhed, træthed m.fl.
- *Livskvalitet*: Hvad angår deltagernes livskvalitet, viser analyserne, at det samlede mål på skalaen EQ-5D-5L har rykket sig positivt, mens de enkelte forhold, som indgår i skalaen (bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depression), ikke hver især har ændret sig fra før til efter Vejen videre-kurset.
- *Oplevet udbytte*: Deltagerne vurderer gennemgående Vejen videre positivt – både i spørgeskemaundersøgelsen og i den kvalitative interviewundersøgelse. Under 5 % i spørgeskemaundersøgelsen vurderer et eller flere af kursets moduler negativt. Kun på spørgsmålene om 'mængden af information', 'at have noget til fælles med de andre kursister' og 'muligheden for at tale med de andre kursister' er der over 25 %, som svarer mindre positivt. De kvalitative interview viser ligeledes gennemgående positive oplevelser. Deltagerne beretter blandet andet om at have opnået større selverkendelse, bedre tiltro til egne evner og en større forståelse for at indarbejde fysisk aktivitet og god sundhedsadfærd i deres hverdag.

Fortsættes næste side

Kapitlets hovedpointer (fortsat)

Vi har gennemført analyser, der skal vise, om specifikke grupper af deltagere profiterer bedre af Vejen videre end andre. I forhold til dette spørgsmål har analyserne vist følgende:

- Der er forskel på udgangsniveauet i sundhedsadfærd, helbredsstatus, self-efficacy og livskvalitet for visse grupper. Fysisk inaktivitet samt usunde madvaner er mere udbredt blandt deltagere, der bor alene. Oplevelsen af smerter er forskellig blandt deltagere med forskellige diagnoser, og mandlige deltagere og deltagere, der bor sammen med en ægtefælle/samlever, vurderer egen fysiske form mere positivt end andre deltagere.
- Når vi ser på udviklingen – og ikke udgangsniveauet – i sundhedsadfærd, er der kun meget få forskelle mellem forskellige grupper af deltagere. Påvirkningen af deltagerne er altså stort set den samme uanset deres baggrund. Der er dog få undtagelser: Deltagere med ekstremt højt BMI har rykket sig mere på deres BMI end gennemsnittet; kvindelige deltagere oplever i højere grad end mænd en positiv udvikling på deres samlede livskvalitetsmål, og deltagere, som har haft deres diagnose(r) mellem 3 og 10 år, har størst sandsynlighed for at blive bedre til at håndtere træthed.
- Vi ser flere forskelle mellem forskellige grupper, når det gælder det oplevede udbytte af deltagelse. Der er signifikant forskel på deltageres oplevelse af kurset som helhed og kursets grundmodul mere specifikt, alt efter hvilken kommune deltagerne kommer fra, og alt efter om deltagerne har en uddannelse eller ej. Træningsmodulet opleves desuden forskelligt alt efter deltagerens alder, hvor længe de har haft deres diagnose(r), og hvor langt deres kursusforløb har været.

6.1 Datagrundlaget

I alt 300 borgere er blevet rekrutteret som potentielle deltagere til Vejen videre fra fire pilotkommuner (Esbjerg, Langeland, Odense og Varde). Disse potentielle deltagere i Vejen videre-kurset er blevet bedt om at udfylde et spørgeskema, som udgør en førmåling. Borgerne er efterfølgende blevet bedt om at deltage i en indledende samtale, hvor det er blevet vurderet, om de skulle på Vejen videre-kurset eller have et andet tilbud. Spørgeskemaet til førmålingen er blevet udfyldt forud for den indledende samtale med borgerne for ikke at påvirke borgernes besvarelser.

I alt 254 borgere har udfyldt spørgeskemaet til førmålingen, og i alt 190 borgere har gennemført kurset ud fra den definition, at minimum ét modul skal være gennemført. Det vil sige, at 75 % af de 254 borgere, som har udfyldt første skema, har gennemført kurset. Præcist hvor stor en andel af de 25 %,

som blev henvist til kurset i første omgang, men som ikke har gennemført kurset, der er henholdsvis faldet fra undervejs og faldet fra forud for kurset på baggrund af den indledende samtale, er det ikke muligt at præcisere nærmere.

Figur 6.1 næste side illustrerer antallet af deltagere i Vejen videre fra de fire pilotkommuner, som har besvaret et spørgeskema henholdsvis før (skema 1), efter (skema 2) og tre måneder efter (skema 3) Vejen videre. I figuren betegnes disse kursusdeltagere, som har besvaret spørgeskemaer, for respondenter. Som det fremgår, har der været flest besvarelser ved skema 1, dvs. før deltagelse i Vejen videre, hvor der i alt var 246 besvarelser, mens antallet af besvarelser ved skema 3 tre måneder efter deltagelse i Vejen videre var 190. I alt har 184 deltagere besvaret alle tre spørgeskemaer i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 97 blandt deltagere, der har gennemført, og på 72 blandt deltagere der startede på kurset.

20 For at have fuldført et modul skal man have været til stede to tredjedele af tiden (for grundmodulet fire ud af seks gange, for madmodulet to ud af tre gange og for de sygdomsspecifikke moduler en ud af to gange). Ud af de 184 deltagere har 98 % gennemført grundmodulet, mens de sidste 2 % har deltaget i tre ud af seks gange på grundmodulet, men til gengæld fuldført træningsmodulet. 94 % af de 184 deltagere, som har besvaret spørgeskemaet alle tre gange, har samtidig deltaget i mindst fire træningsgange. 75 % af de 184 deltagere, fra hvem vi har besvarelser på alle tre spørgeskemaer, har samtidig deltaget i mindst ét sygdomsspecifikt modul.

Figur 6.1: Deltagerne i Vejen videre fra hver af de fire pilotkommuner samt respondenter i spørgeskemaundersøgelsen henholdsvis før, efter og tre måneder efter Vejen videre kurset.

	Esbjerg 101 deltager i Vejen videre	Odense 78 deltager i Vejen videre	Langeland 36 deltager i Vejen videre	Varde 39 deltager i Vejen videre
	↓	↓	↓	↓
Respondenter før	99	75	34	38
Respondenter efter	85	55	27	35
Respondenter 3 måneder efter	79	53	24	34
	↓	↓	↓	↓
	Respondenter både før, efter og 3 mdr. efter: 184			
	↓			
	Samlet svarprocent blandt gennemførte kursister: 97			

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Den samlede svarprocent på 97, som har besvaret spørgeskemaet både før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre, er yderst tilfredsstillende. Spørgeskemaundersøgelser har igennem de seneste årtier haft faldende deltagelsesprocenter (Lidegaard, Hammerum 2002, Lidegaard 2002, Kristensen et al. 2009), og det kan hævdes, at spørgeskemaundersøgelser, der forløber over flere omgange med samme respondentgrundlag, må forventes at medføre et vist frafald over indsamlingsrunderne. Yderligere har der i dette tilfælde været tale om forholdsvis lange spørgeskemaer uddelt til borgere med en eller flere kroniske sygdomme, hvilket kan udfordre en høj svarprocent. Den høje svarprocent vidner om en stor indsats fra både kommuner og deltagerne i forhold til at bakke op om undersøgelsen.

6.2 Deltagernes baggrundsprofiler

Baggrundsprofilerne dækker i dette tilfælde både over socio-demografiske forhold (køn, alder, kommune, uddannelse, stilling, civilstatus og boligstatus) og sygdomsspecifikke forhold (diagnose, antal år med kronisk sygdom, ægtefælles eventuelle kroniske sygdom og deltagelse i Vejen videre).

Tabel 6.1 næste side illustrerer fordelingen på sociodemografiske forhold blandt de deltagere i Vejen videre, som også samtidig har besvaret den spørgeskemabaserede evaluering både før, efter og tre måneder efter kurset.

Tabel 6.1: Deltagernes baggrundsprofiler. N=184. Procent.

Baggrundsprofiler		Respondenter	
		Procent	N
Køn	Kvinde	52	96
	Mand	48	88
Kommune	Esbjerg	42	77
	Langeland	13	24
	Odense	27	49
	Varde	18	34
Alder	Under 65 år	30	56
	Mellem 65 og 69 år	30	55
	Over 69 år	40	73
Uddannelse	Ingen	28	52
	Faglært	36	67
	Videregående kort	14	25
	Videregående mellemlang	14	25
	Videregående lang	4	7
	Ubesvaret	4	8
Stilling	I arbejde	4	7
	Arbejdsløs, kontanthjælp, revalidering, langtidssyg	5	9
	Førtidspension	19	34
	Alderspension eller efterløn	71	131
	Ubesvaret	1	3
Civilstatus	Gift/samboende	66	122
	Single	31	57
	Ubesvaret	3	5
Boligstatus	Bor ikke alene	69	127
	Bor alene	26	48
	Ubesvaret	5	9

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Som det fremgår af Tabel 6.1, har stort set lige mange kvinder og mænd deltaget i Vejen videre og samtidig besvaret alle tre spørgeskemaer (52 % kvinder og 48 % mænd). Størstedelen af deltagerne er fra Esbjerg Kommune (42 %), knap en tredjedel er fra Odense Kommune (27 %), mens Langeland og Varde kommuner har haft henholdsvis 13 og 18 % af deltagerne igennem Vejen videre. Langt de fleste deltagere er alderspensionister (61 %) eller efterlønsmodtagere (10 %), mens en relativt lille gruppe af deltagerne er i arbejde (4 %). To tredjedele af deltagerne er gift eller samboende (66 %). En nogenlunde tilsvarende andel svarer følgelig, at de bor sammen med nogen (69 %).

Der er statistisk signifikant forskel på aldersfordelingen blandt deltagerne i de fire kommuner. Eksempelvis er 63 % af deltagerne fra Langeland 70 år eller derover, mens det samme gælder for henholdsvis 27 og 29 % af deltagerne fra Odense og Varde. Endvidere er der statistisk signifikant forskel på den måde, mænd og kvinder har besvaret spørgsmålet om uddannelse – uanset kontrol for alder og kommune. Således har 41 % af kvinderne ingen uddannelse, mens det gælder for 18 % af mændene. Mens 53 % af mændene er faglærte, gælder dette kun for 24 % af kvinderne, og endelig har 35 % af kvinderne en videregående uddannelse, mens det samme gælder for 29 % af mændene. Aldersforskellen på deltagerne fra de

fire kommuner samt forskellen på mænd og kvinders uddannelsesniveau betyder, at det er vigtigt at kontrollere for baggrundsforholdene i analyserne, da forskellene kan tænkes at indvirke på besvarelsene (jf. også overvejelser i metodekapitlets præsentation af analysetilgang).

For at få nogle indikationer på hvorvidt de aldersmæssige forskelle imellem kommunerne og de uddannelsesmæssige forskelle blandt kønnene er noget særegent ved deltagerne i Vejen videre, har vi – i det omfang det er muligt – sammenlignet med tal fra Statistikbanken (Danmarks Statistik). På denne baggrund kan det konstateres, at den skæve aldersfordeling blandt kommunerne og den skæve kønsfordeling på uddannelseskategorierne (for borgere på 65 år og opefter) går igen i hele regionen. Det skal understreges, at uddannelseskategorier ikke er defineret fuldkommen ens i denne undersøgelse og i Statistikbankens data, og at sammenligningen alene er foretaget med henblik på i grove træk at kunne perspektivere denne undersøgelses population. Sammenligningen indikerer, at vores datagrundlag har en vis form for repræsentativitet, hvad angår alder og uddannelse i forhold til de kommuner, som indgår i undersøgelsen. Senere i denne gennemgang i afsnit 6.4 skal vi se nærmere på repræsentativitet og frafald.

Deltagerne er endvidere blevet spurgt, hvilken eller eventuelt hvilke kronisk(e) sygdom(me) de har, hvor længe de har haft deres kronisk(e) sygdom(me), om eventuel ægtefælle/samlever har en kronisk sygdom, og om de tidligere har deltaget i patientuddannelse. Tallene fremgår af Tabel 6.2.

Godt en tredjedel af deltagerne har diagnosen KOL (35 %), og knap en fjerdedel (24 %) har mindst to af diagnoserne type 2-diabetes, KOL eller hjertesygdom. Blandt respondenter med flere samtidige diagnoser har næsten halvdelen type 2-diabetes og hjertesygdom samtidig, mens en fjerdedel har KOL og hjertesygdom samtidig. I alt otte deltagere, svarende til 18 % af deltagerne som har flere samtidige diagnoser, har alle de tre nævnte diagnoser.

Køn og sygdom hænger sammen på den måde, at den hyppigste diagnose blandt kvinder er KOL (gælder for 49 % af kvinderne og 22 % af mændene), mens den hyppigste diagnose blandt mænd er hjertesygdom (35 % af mændene mod 11 % af kvinderne). De mandlige deltagere har desuden hyppigere flere diagnoser samtidig (gælder for 30 % af mændene mod 19 % af kvinderne). Sammenhængen er stærkest blandt de ældste deltagere.

Tabel 6.2: Deltagernes sygdomsprofiler. N=184. Procent.

Sygdomsprofiler		Respondenter	
		Procent	N
Diagnose	Type 2-diabetes	17	32
	KOL	35	65
	Hjertesygdom	22	40
	Flere samtidige diagnoser	24	44
	Ubesvaret	2	3
Periode med først diagnosticerede kroniske sygdom	Under 1 år	11	20
	1-2 år	12	22
	3-5 år	18	34
	6-10 år	16	30
	Over 10 år	39	72
	Ubesvaret	3	6
Ægtefælles diagnose	Ægtefælle har kronisk sygdom	29	53
	Ægtefælle har ikke kronisk sygdom	40	73
	Har ikke en ægtefælle	26	47
	Ubesvaret	6	11
Pårørendes deltagelse	Pårørende deltog ikke	80	148
	Pårørende deltog	13	23
	Ubesvaret	7	13

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Besvarelsene vedrørende diagnose er sandsynligvis behæftet med nogen grad af usikkerhed, da ikke alle deltagere er bevidste om, hvorvidt de har en reel diagnose inden for den pågældende sygdom eller blot oplever sygdommens symptomer. Det skal imidlertid understreges, at kommunerne har sikret sig, at alle deltagere har mindst en af de pågældende kroniske diagnoser. Interviewene med deltagerne har vist en usikkerhed om diagnoser, og ligeledes har vi erfaringer fra andre undersøgelser af mennesker med kronisk sygdom (herunder med hjerte-, diabetes- og KOL-diagnoser), at borgerne kan have vanskeligt ved at gennemskue, hvornår der er tale om en egentlig diagnose (Johansen, Rasmussen & Christiansen 2012).

Knap 40 % af deltagerne har haft deres diagnoser (eller en af disse) igennem mere end 10 år. Blandt hjertediagnoserne er der relativt set mange 'nye diagnoser' (28 % har haft diagnosen under et år, hvilket gælder for mindre end 10 % blandt de øvrige diagnoser), mens der blandt deltagere med flere kroniske diagnoser er flest, som har haft én af disse diagnoser i mere end 10 år (det gælder for 53 % mod 31-35 % blandt dem med kun en diagnose). Desuden hænger alder og sygdomstid ikke overraskende sammen på den måde, at jo ældre deltagerne er, desto længere tid har de kendt til deres sygdom. Således har fx 21 % af deltagerne under 65 år været syge i mindre end et år, mens det samme gælder for 6 % af deltagerne på 70 år eller derover. Sammenhængen er uafhængig af diagnose og køn. Man kan forestille sig, at der vil være en sammenhæng mellem tid med diagnose og modtagelighed over for at ændre på sin relation til sygdommen, hvorfor det er værd at bemærke, at næsten 40 % af deltagerne har haft deres diagnose(r) i mindst 10 år. Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse påpeger blandt andet, at patientuddannelse optimalt set skal times individuelt og tilrettes efter, hvor i sygdomserkendelsesprocessen deltagerne befinder sig, hvorfor det kan være en udfordring med stor spredning i forhold til, hvor lang tid deltagerne har haft deres diagnose(r).

For de deltagere, der har en ægtefælle/samlever, gælder det i de fleste tilfælde, at denne ikke har en kronisk sygdom (58 %). Følgelig har de fleste deltagere heller ikke haft en pårørende, ofte en ægtefælle eller samlever, med på Vejen videre-kurset (kun 13 % har svaret, at deres pårørende deltog).

6.3 Repræsentativitet og frafald

Repræsentativitet og frafald omhandler, hvorvidt kursusedtagere, der har besvaret spørgeskemaet alle tre gange (før, efter og tre måneder efter Vejen videre), er sammenlignelige med de kursusedtagere, der ikke har besvaret spørgeskemaet alle tre gange. I dette tilfælde har 184 ud af 190 gennemførte kursister besvaret spørgeskemaet alle tre gange, hvorfor det er rimeligt at antage fuldkommen repræsentativitet. Hvad angår frafaldet, dvs. hvem der har gennemført kurset, og hvem der er sorteret fra forud for kurset eller faldet fra undervejs i kursusforløbet, så kan vi ikke med sikkerhed fastslå dette antal. Monitoreringerne på dette punkt er for usikre. I alt 254 borgere har besvaret før-skemaet, og blandt disse borgere har 75 % gennemført kurset. Hvad angår de 25 %, som har udfyldt et indledende skema, men ikke gennemført kurset, er det ikke muligt nærmere at bestemme, om der har været tale om frafald forud for kurset, i forbindelse med den indledende samtale eller undervejs i kursusforløbet.

Det er blevet analyseret, om der er signifikante forskelle på baggrunds- og sygdomsprofiler (køn, alder, kommune, stilling, uddannelse, bo-status, civilstatus, diagnose, tid med diagnose og ægtefælles diagnose) blandt de borgere, der har gennemført kurset, og de borgere der er blevet visiteret indledningsvist (har udfyldt et skema 1), men ikke gennemført kurset enten på grund af frafald forud for eller under kurset.

Tabel 6.3: Signifikante forskelle blandt deltagere i Vejen videre, som har gennemført kurset og svaret på alle tre spørgeskemaer (N=184), og deltagere som er sorteret fra eller faldet fra kurset (N=62¹) og ikke indgår i analyserne. Procent.

Deltagere		Gennemført, procent	Frafald, procent	Signifikant forskel
Stilling	I arbejde	4	9	*
	Arbejdsløs, kontanthjælp, revalidering, langtidssyg	5	17	**
	Førtidspension	19	22	
	Alderspension eller efterløn	71	50	*
	Ubesvaret	1	3	
	I alt	100	100	
Alder	Op til og med 64 år	30	61	**
	65-69 år	30	4	**
	70 år eller over	40	31	**
	Ubesvaret	0	4	
Samlivsstatus	Bor alene	26	40	**
	Bor ikke alene	69	52	**
	Ubesvaret	5	8	

¹ Som tidligere anført er der faktisk 70 personer, som har deltaget i Vejen videre, men som ikke har besvaret alle tre spørgeskemaer. Vi har dog kun oplysninger om 62 af disse deltagere, som ikke indgår i det samlede datagrundlag på 184 besvarelser, fordi de resterende 8 deltagere ikke har besvaret et eneste af spørgeskemaerne.

* Signifikant forskel på 5 % niveau

** Signifikant forskel på 1 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Tabel 6.3 illustrerer de forhold, der har vist sig at være signifikant *forskellige* blandt de to grupper.

Tabellen viser, at det samlede respondentgrundlag, som har gennemført Vejen videre, aldersmæssigt er ældre end dem, som kun har udfyldt skema 1 og derefter er sorteret fra eller faldet fra. Gennemsnitligt er de, der har gennemført og samtidig besvaret alle tre skemaer, 68 år, mens de, der kun har udfyldt skema 1 og ikke har gennemført, gennemsnitligt er 65 år. Følgelig er der også signifikante forskelle hvad angår stilling, da den mest hyppige stillingskategori er alderspension og således går hånd i hånd med alder. Mens respondentgrundlaget for de videre analyser er baseret på besvarelser fra blot 4 %, som er i arbejde, er der i gruppen, som kun har udfyldt skema 1, godt og vel dobbelt så mange, nemlig 9 %, som er arbejdende. Endelig viser tabellen, at også samlivsstatus er forskelligt repræ-

senteret grupperne imellem, idet respondentgrundlaget primært er afgivet af deltagere, som bor sammen med nogen, mens det for den øvrige gruppe gælder, at der er en næsten lige stor andel af deltagere, som bor henholdsvis alene og sammen med nogen.

Hvad angår køn, kommune, uddannelse, diagnose, længde af sygdom og ægtefælles sygdom er der ikke signifikante forskelle på deltagere og de borgere, der kun har udfyldt skema 1, men ikke gennemført kurset.

I afsnit 6.4 præsenteres analysen af, hvorvidt der kan spores en mulig udvikling i den selvrapporterede sundhedsadfærd. Efterfølgende vil afsnit 6.5, 6.6 og 6.7 præsentere analysen vedrørende henholdsvis self-efficacy, helbredsstatus og livskvalitet hos deltagerne i Vejen videre. Afsnit 6.8 omhandler deltagerne oplevede udbytte af Vejen videre.

6.4 Sundhedsadfærd

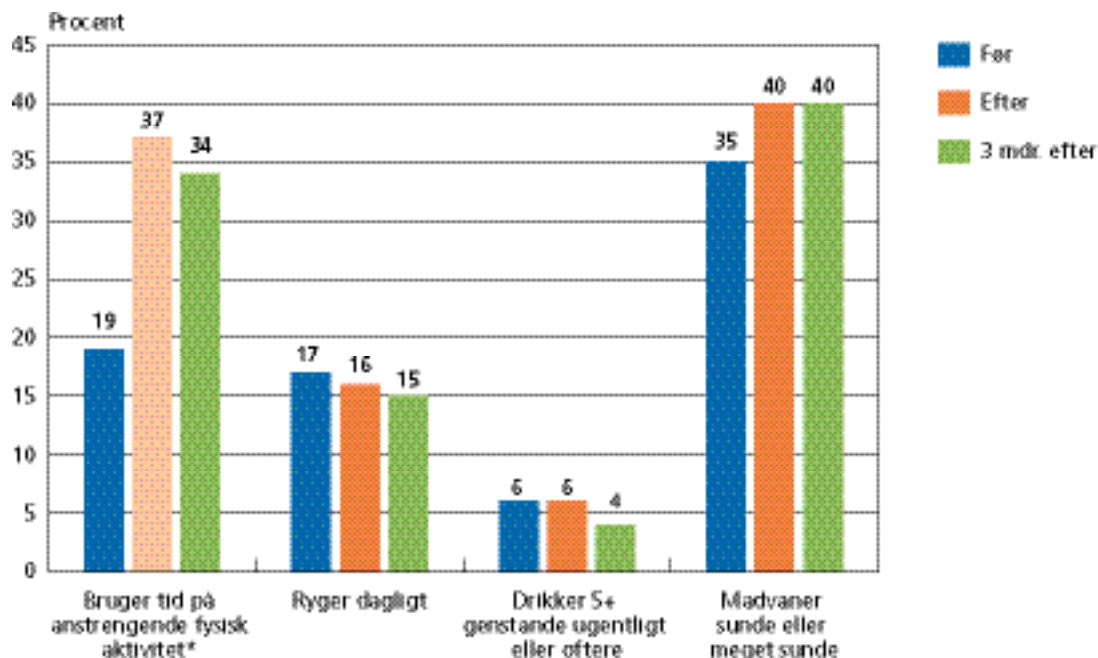
En måde at fremme sundhed er gennem adfærdsændringer. Adfærdsændringer kan forbedre sundheden igennem forbedrede kost- og motionsvaner og ved at arbejde med ryge- og alkoholvaner. Rygestop indgår ikke som en del af konceptet i Vejen videre, men hvis den enkelte kommune har et rygestop-kursus, har de kunnet tilbyde det som en del af borgernes forløb. Deltagerne er både forud for Vejen videre-kurset, umiddelbart efter kurset og igen tre måneder efter kurset blevet bedt om at angive, hvor meget tid de bruger på fysisk aktivitet, om de drikker alkohol og i givet fald hvor hyppigt/hvor meget alkohol, om de ryger, og i givet fald hvor hyppigt/hvor meget de ryger, og hvorvidt deres madvaner efter egen vurdering er sunde. Figur 6.2 nedenfor illustrerer deltagernes besvarelser vedrørende sundhedsadfærd²¹.

Figuren viser, at 19 % af deltagerne før kurset har angivet at bruge tid på anstrengende fysisk aktivitet, mens det samme gælder for 37 % umiddelbart efter kurset og for 34 % tre måneder senere. Den positive stigning i selvrapporteret anstrengende fysisk aktivitet er statistisk signifikant. Anstren-

de fysisk aktivitet er i denne undersøgelse defineret som 'anstrengende sport og motion som fx løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende', som er den definition, deltagerne er præsenteret for i spørgeskemaerne. At 'bruge tid' dækker her bredt over at have angivet 'mindre end 30 minutter om dagen' til 'mere end 3 timer om ugen'.

Resultatet er positivt, ikke mindst fordi træning er et obligatorisk element (ligesom grundmodulet), som dermed fylder meget i Vejen videre (179 ud af de 184, som har besvaret alle tre skemaer, deltog ifølge underviserne i træningsmodulet). I en rapport af Motions- og Ernæringsrådet (Kiens et al. 2007) omtales fysisk aktivitet som hvis ikke den vigtigste faktor i forbindelse med udfordringen med det stigende antal mennesker med kronisk sygdom i Danmark så i hvert fald som et af de vigtigste midler til at mindske symptomer hos mennesker med kronisk sygdom og forebygge nye tilfælde af kronisk sygdom. Det er en udbredt opfattelse, at fysisk aktivitet er et yderst vigtigt element i forhold til rehabilitering og patientuddannelse, hvilket styrker det positive resultat af Vejen videre.

Figur 6.2: Deltagernes besvarelser før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre på spørgsmål om fysisk aktivitet (N=160), rygning (N=167), alkoholindtag (N=116) og madvaner (N=181). Figuren angiver andelen af deltagere, der har tilkendegivet de pågældende udsagn. Procent.



* Signifikant udvikling i spørgsmålet om fysisk aktivitet på 5 % niveau.

Grundet usikkerheder i skema 2 om spørgsmålet om anstrengende fysisk aktivitet er resultatet herfra fremhævet. Der henvises til rapportens metodekapitel samt Bilag 10.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

21 Grundet usikkerheder omkring den måde spørgsmålet om tid brugt på fysisk aktivitet blev stillet i skema 2 (umiddelbart efter deltagelse i Vejen videre), er resultaterne herfra illustreret som en lysere rød søjle i figuren end de øvrige resultater fra umiddelbart efter Vejen videre-kurset. Usikkerheden skyldes en fejlformulering i den ene ud af fem mulige svarkategorier i spørgeskema 2, hvilket også står beskrevet i rapportens metodekapitel samt i Bilag 10.

I forhold til rygning, alkoholforbrug og madvaner er der ikke tilsvarende sket en statistisk signifikant positiv udvikling. Men som det fremgår af figuren, kan der dog spores en svag positiv udviklingstendens. 17 % af deltagerne angav før kurset, at de ryger hver dag, hvilket gælder for henholdsvis 16 og 15 % af de samme deltagere umiddelbart efter og tre måneder efter kurset. Blandt de respondenter, der ryger og samtidig har besvaret alle tre skemaer, er der 26 %, som før kurset røg minimum tyve cigaretter dagligt, hvilket gør sig gældende for 22 % af deltagerne både umiddelbart efter endt kursusgang og tre måneder senere^{22, 23}.

Andelen af deltagere, der har et risikobetonet alkoholforbrug henholdsvis før og efter deltagelse i Vejen videre, er tilsvarende svagt faldende fra 6 til 4 %, men udviklingen er ikke signifikant. Og andelen, der vurderer egne madvaner som sunde eller meget sunde, er steget fra 35 % før deltagelse i Vejen videre til 40 % umiddelbart efter og tre måneder efter deltagelse i kurset. Igen indikerer det en svagt positivt stigende tendens, som imidlertid ikke er statistisk signifikant. Der er ikke forskel på respondenternes vurderinger af egne madvaner eller på udviklingen i deres tilkendegivne madvaner set i forhold til, om man har deltaget i madmodulet eller ej (104 ud af 184 deltog ifølge underviserne i madmodulet).

Forskelle blandt deltagere

Deltagernes sundhedsadfærd er blevet analyseret i forhold til deres baggrunds- og sygdomsprofiler, og følgende forskelle viser sig:

- Mænd indtager signifikant oftere end kvinder 5+ genstande ved alle tre måleperioder, uanset alder, diagnose, civilstatus, uddannelse mv. Køn viser ingen yderligere statistisk signifikante sammenhænge med deltagerens selvrapporterede sundhedsadfærd.
- Deltagere med diagnosen KOL ryger signifikant oftere dagligt (det gælder for 30 % af deltagerne mod henholdsvis 6 og 5 % af deltagerne med type 2-diabetes og hjertekarsygdom før deltagelse i Vejen videre). Resultatet er ikke overraskende, da KOL blandt andet er en følgesygdom af rygning.
- Samtidig er deltagere med diagnosen KOL den gruppe, der rapporterer mindst tid anvendt på anstrengende fysisk aktivitet uanset køn og alder. Men sammenhængen med diagnose er akkurat ikke statistisk signifikant.
- Endelig gælder det for deltagere, der bor alene, at de hyppigere end andre deltagere rapporterer usunde madvaner (det gælder for 14 % af deltagerne, der bor alene, mens det samme gør sig gældende for 4 % af de øvrige deltagere ved første måling).

Fysisk aktivitet er det eneste sundhedsadfærdsmål, som har rykket sig signifikant positivt i perioden fra før til efter og tre måneder efter Vejen videre-kurset. Ved simple og multiple regressionsanalyser er det undersøgt, om deltagere med bestemte karakteristika (køn, alder, diagnose mv.) er mere tilbøjelige end øvrige grupper af deltagere til at angive selvrapporteret effekt på fysisk aktivitet.

Tabel 6.4 næste side viser dels ujusterede og dels justerede Odds Ratio i forhold til anstrengende fysisk aktivitet. Det vil sige, at tabellen viser sandsynligheden for at have opnået et positivt selvrapporteret udbytte hvad angår anstrengende fysisk aktivitet givet en række baggrundsforhold hos deltagere.

Tabellen viser, at der umiddelbart forekommer forskelle blandt dem, der opnår selvrapporterede effekter i forhold til at praktisere anstrengende fysisk aktivitet, og dem, der ikke gør, hvad angår alder. Således viser de simple logistiske regressioner, at deltagere i aldersgruppen 65-69 år mere end dobbelt så sandsynligt som andre deltagere vil angive selvrapporteret effekt i forhold til anstrengende fysisk aktivitet tre måneder efter Vejen videre. Men når analyserne kontrollerer for baggrundsforholdene samlet set, forsvinder sammenhængene, og det kan således ikke konkluderes, at særlige grupper af deltagere rykker sig markant mere eller mindre end andre.

Der er dermed ikke fundet nævneværdige signifikante sammenhænge, og analyserne peger ikke på, at eksempelvis køn eller uddannelse har betydning for, om deltagere opnår selvrapporteret effekt i forhold til anstrengende fysisk aktivitet. Dog skal det nævnes, at deltagerens alder er afgørende for, hvordan de svarer på spørgsmål vedrørende forventninger til Vejen videre i henhold til sundhedsadfærd på den måde, at yngre respondenter i højere grad end ældre respondenter i udgangspunktet ønsker at opnå sunde madvaner, vægttab og forbedret fysisk form uanset deres køn, madvaner og vægt.

Afrundende om sundhedsadfærd kan det nævnes, at Sundhedsstyrelsens MTV fra 2009 om patientuddannelse konkluderer, at der ofte ses en tendens til, at effekter af patientuddannelse aftager eller forsvinder helt over tid, men at vi faktisk ikke kender effekten over tid. En sådan faldende tendens ses ikke i denne evaluering af Vejen videre, hvad angår deltagerens selvrapporterede fysiske aktivitet. Men det skal understreges, at den seneste eftermåling i denne evaluering er foretaget tre måneder efter endt kursusgang og ikke seks eller 12 måneder senere, som det ofte ses ved evalueringer af patientuddannelser. Med forbehold for de beskrevne usikkerheder om besvarelsenerne fra skema 2 på spørgsmål om fysisk aktivitet er udbyttet (vedrørende fysisk aktivitet) af Vejen videre rimeligt stabilt tre måneder efter kurset. Samme tendens gør sig gældende for de øvrige mål for sundhedsadfærd.

22 Da meget få har angivet at ryge andet end cigaretter, har vi valgt at lægge dem, der ryger fx cerutter eller cigarer, sammen med dem, som ryger cigaretter. Således vil en respondent, der ryger en cerut om dagen, i denne sammenhæng blive opgjort til at ryge en cigaret om dagen.

23 Det skal bemærkes, at kun hver fjerde af de respondenter, som ryger forud for Vejen videre, og som har besvaret alle tre skemaer, angiver at have deltaget i rygestopkursus. I alt har kun 11 personer blandt de 184, fra hvem vi har besvarelsener fra alle tre skemaer, deltaget i rygestopkursus, hvorfor der muligvis kunne være potentiale i at få flere af rygerne til at deltage i et rygestopkursus.

Tabel 6.4: Ujusterede og justerede Odds Ratio. Sandsynligheden for positiv selvrapporteret effekt på anstrengende fysisk aktivitet set i forhold til deltagerens baggrundsprofiler. Baseret på forskellen i besvarelser fra skema 1 og skema 3. N=160. Odds Ratio (OR) og konfidensinterval (CL 95%).

Sandsynlighed for positiv selvrapporteret effekt i forhold til at praktisere anstrengende fysisk aktivitet i sin fritid (≥ 30 minutter om ugen til ≤3 timer om ugen)		Ujusteret OR	CL 95 %	Justeret OR	CL 95 %
Køn	Kvinde	1	ref.	1	ref.
	Mand	0,983	0,503-1,984	1,163	0,479-2,821
Alder	Op til 64 år	1	ref.	1	ref.
	65-69 år	2,129*	0,894-5,072	1,1916	0,749-4,904
	70 år eller derover	0,759	0,311-1,828	0,828	0,307-2,239
Kommune	Esbjerg	1	ref.	1	ref.
	Langeland	0,722	0,213-2,446	0,775	0,202-2,970
	Odense	1,379	0,596-3,192	1,029	0,378-2,799
	Varde	1,548	0,605-3,956	1,497	0,524-4,273
Boligsituation	Bor ikke alene	1	ref.	1	ref.
	Bor alene	0,916	0,403-2,083	0,971	0,384-2,458
Uddannelse	Ingen uddannelse	1	ref.	1	ref.
	Faglært	0,908	0,385-2,144	0,654	0,233-1,537
	Videregående	1,339	0,563-3,189	1,051	0,379-2,915
Diagnose	Type 2-diabetes	1	ref.	1	ref.
	KOL	0,651	0,247-1,717	0,824	0,273-2,484
	Hjertesygdom	0,571	0,192-1,704	0,711	0,204-2,475
	Flere af diagnoserne	0,71	0,255-1,977	0,658	0,194-2,229
Tid med diagnose	Op til 2 år	1	ref.	1	ref.
	Mellem 3 og 10 år	0,727	0,294-1,727	0,659	0,243-1,782
	Over 10 år	0,59	0,241-1,444	0,699	0,250-1,954

* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

6.5 Self-efficacy

I forbindelse med evalueringen af Vejen videre er deltagerne blevet stillet seks spørgsmål, der tilsammen belyser deres self-efficacy. Spørgsmålene er en dansk oversættelse af den korte version af Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy questionnaire (RASE), som Patientuddannelsescenteret ved Stanford University opererer med (se blandt andet Primdahl 2011, Stanford Patient Education Research Center [U.å.], Lorig et al. 2001). Med denne korte version er det muligt at spore en eventuel udvikling i besvarelserne og dermed konkludere, om Vejen videre har haft betydning for borgernes self-efficacy.

Tabel 6.5 næste side illustrerer besvarelserne fra henholdsvis før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre på hvert af de seks spørgsmål og på self-efficacy som samlet mål (se Bilag 10 for beregning af samlet score)²⁴.

Tabellen viser, at deltagerne i Vejen videre har rykket sig marginalt på den samlede self-efficacy score fra 6,49 før deltagelse i Vejen videre til 6,93 umiddelbart efter og 6,68 tre måneder senere. Ændringen i den samlede self-efficacy score er ikke statistisk signifikant hverken fra før til umiddelbart efter eller fra før til tre måneder efter, men tenderer dog mod at udvikle sig positivt. På de enkelte items er der tillige ingen statistisk

24 Scoren for at 'håndtere smerte' før deltagelse i Vejen videre er en kunstigt fremstillet score. Det vil sige, at den er beregnet statistisk ud fra deltagerens øvrige besvarelser på self-efficacy spørgsmålene i alle tre skemaer på grund af manglende svar fra skema 1 på netop dette ene spørgsmål. Se også metodekapitlet samt Bilag 10, hvor problemet med det manglende spørgsmål beskrives. Ligeledes er den samlede score for skema 1-besvarelserne før deltagelse i Vejen videre baseret på den statistisk beregnede score på spørgsmålet om at håndtere smerte i samspil med de øvrige fem self-efficacy scorere.

Tabel 6.5: Deltagernes samlede score på hvert af de seks self efficacy-spørgsmål og deltagernes samlede self-efficacy score henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre. Det mulige interval for self-efficacy score er 1-10²⁵. N=167.

	Før		Efter		3 måneder efter	
	Score	Std.afv.	Score	Std.afv.	Score	Std.afv.
Hvor sikker er du på, at du kan...						
...håndtere fysisk ubehag/smerte	6.32	-	6.68	2.03	6.48	2.12
...håndtere din træthed	6.13	2.05	6.66*	2.16	6.38	2.19
...håndtere følelser som tristhed/vrede	6.74	2.05	7.06	2.09	6.83	2.29
...håndtere andre symptomer	6.16	2.08	6.84*	2.06	6.56	2.14
...tage hånd om helbred, så du får mindre behov for at opsøge læge	6.85	2.01	7.14	1.96	6.88	2.13
...gøre noget for at begrænse, hvor meget din sygdom påvirker din dagligdag	6.71	2.37	7.18*	2.12	6.93	2.31
Samlet self efficacy-score	6.49	-	6.93	2.07	6.68	2.20

Scoren for at håndtere smerte i Skema 1 og den samlede score i Skema 1 er baseret på statistiske beregninger på grund af manglende spørgeskemabesvarelser.

¹ Principielt kan scoren falde under 1, såfremt der er ubesvarede spørgsmål (som således vil tælle for 0). Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 1-10. Jf. forskrifterne for anvendelse af skalaen er det muligt at inddrage besvarelser, hvor max to ud af skalaens seks spørgsmål er ubesvarede, og i dette tilfælde vil den samlede score teoretisk set kunne falde under 1.

* Signifikant udvikling i spørgsmålet 5 % niveau fra før til umiddelbart efter deltagelse i Vejen videre. Udviklingen er ikke signifikant fra før til 3 måneder efter.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

signifikant udvikling fra før til tre måneder efter deltagelse i Vejen videre, men alt andet lige er der tale om positive udviklingstendenser på alle spørgsmål også over tid – dvs. ved målingen tre måneder efter Vejen videre kurset. Tre af elementerne af self-efficacy skalaen har rykket sig statistisk signifikant fra før til umiddelbart efter hos deltagerne, hvilket også er illustreret i tabellen. Det drejer sig om at:

- håndtere træthed
- håndtere andre symptomer
- begrænse påvirkning i dagligdagen.

Som vi allerede har været inde på, er det en velkendt problematik, at effekten af patientuddannelse aftager over tid (Sundhedsstyrelsen 2009), dvs. over seks eller 12 måneder. I denne evaluering af Vejen videre er den seneste eftermåling foretaget allerede tre måneder efter endt kursusgang, og her ses en faldende tendens i forhold til deltagernes self-efficacy scorere. Hvorvidt den faldende tendens ville være fortsat efter fx seks eller 12 måneder, eller omvendt ville være positivt stigende igen, kan vi ikke vurdere med nærværende evaluering.

Det skal bemærkes, at deltagerne i Vejen videre ligger forholdsvis højt på self-efficacy skalaen både før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre, når der sammenlig-

nes med resultaterne af en undersøgelse gennemført af Stanfords forskningscenter for patientuddannelse (Stanford Patient Education Research Center [U.å.]). Her scorede 605 personer med kronisk sygdom i gennemsnit 5,17 på den korte 6-items self-efficacy-skala (med en standardafvigelse på 2,2), mod 6,49/6,93/6,68 alt afhængig af måleperiode blandt Vejen videre-deltagerne. Det er imidlertid uvist, i hvilken grad respondenterne i Stanfords undersøgelse og nærværende undersøgelse er sammenlignelige på baggrundsprofiler og sygdomsforhold andet end at have en kronisk diagnose.

Forskelle blandt deltagerne

Der er foretaget regressionsanalyser i forhold til hvert af seks self-efficacy spørgsmål og for den samlede self-efficacy score henholdsvis før, efter og tre måneder efter Vejen videre. De tager højde for baggrundsfaktorer og sygdomsforhold, men der viser sig ingen markante sammenhænge.

Der er en tendens til, at mandlige deltagere scorer højere på spørgsmålet om at kunne tage hånd om eget helbred både før og umiddelbart efter deltagelse i Vejen videre samt på spørgsmålene om dels at kunne håndtere følelser og på den samlede self-efficacy score. Der er samtidig en tendens til, at deltagere med hjertesygdom gennemsnitligt scorer hø-

25 Principielt kan scoren falde under 1, såfremt der er ubesvarede spørgsmål (som således vil tælle for 0). Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 1-10. Jf. forskrifterne for anvendelse af skalaen er det muligt at inddrage besvarelser, hvor max to ud af skalaens seks spørgsmål er ubesvarede, og i dette tilfælde vil den samlede score teoretisk set kunne falde under 1.

jere end andre deltagere, og endelig at deltagere, som har haft deres diagnose i mere end 10 år, samlet set scorer lavere end gennemsnittet på self-efficacy-skalaen.

Sammenhængene mellem besvarelser på self-efficacy spørgsmålene og baggrundsforholdene forsvinder, når der kontrolleres for andre samtidige baggrundsforhold, hvormed der ikke kan siges at være egentlige signifikante forskelle på besvarelserne. Der er således ikke signifikante sammenhænge mellem self-efficacy score og baggrundsvariable, der indgår i undersøgelsen, når der kontrolleres for forholdene samtidig (ved multiple regressioner). Dette betyder, at deltagerne uanset baggrunds- og sygdomsprofiler statistisk set scorer ens på self-efficacy skalaens samlede mål.

Ligeledes er der foretaget multiple regressionsanalyser i forhold til udviklingen i self-efficacy scoren fra før til efter og fra før til tre måneder efter Vejen videre-kurset. Det vil sige, om der er signifikant forskel på, hvilke deltagere der angiver en positiv selvrapporteret effekt i forhold til self-efficacy, og hvilke deltagere der ikke gør. I forhold til spørgsmålet om at kunne håndtere træthed finder vi, at:

- deltagere, som har haft deres (længste) diagnose i mellem tre og 10 år, har størst sandsynlighed for at rykke sig positivt i relation til at håndtere træthed.

Derudover findes der ingen signifikante forskelle, hvilket betyder, at der ikke er systematiske sammenhænge i forhold til, hvem der opnår positiv selvrapporteret effekt, og hvem der ikke gør, hvad angår deltageres self-efficacy.

6.6 Helbredsstatus

Helbredsstatus dækker over flere forskellige forhold, blandt andet om deltageren oplever sygdomssymptomer til daglig eller oplever decideret fysisk eller psykisk smerte, samt om deltageren er normalvægtig, og hvordan deltageren i det hele taget selv oplever eget helbred. Et ønske om at tilbyde borgere med kronisk sygdom kurser og uddannelse i egen sygdom er netop at hjælpe dem til at rykke positivt på deres oplevede symptomer, herunder vægtforhold og at modvirke fysiske samt psykiske gener.

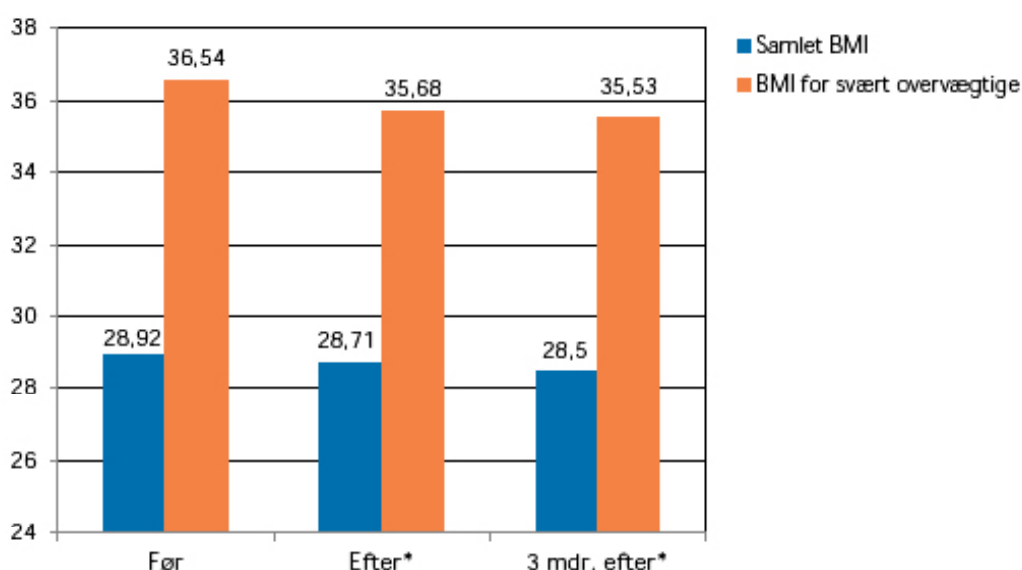
6.6.1 Vægt og fysisk form

Indledningsvis skal vi kigge på deltageres helbredsstatus i relation til vægt. Som anført i metodekapitlet er deltageres vægtforhold omregnet til BMI-mål og derefter kategoriseret efter gældende standarder.

Deltagerne i Vejen videre placerer sig før Vejen videre således, at 3 % er undervægtige, 30 % er normalvægtige, 35 % er marginalt overvægtige eller overvægtige, og 32 % er svært overvægtige. Kategoriseringen ændrer sig kun marginalt i løbet af de tre måleperioder (før, efter og tre måneder efter Vejen videre) på den måde, at lidt færre er svært overvægtige (andelen af svært overvægtige er faldet med 3 %).

Figur 6.3. nedenfor illustrerer udviklingen i deltageres gennemsnitlige BMI henholdsvis før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Figuren viser dels gennemsnittet for alle deltagere og dels gennemsnittet for de svært overvægtige isoleret set.

Figur 6.3: Deltageres beregnede gennemsnitlige BMI henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre. N=182 (alle), N=57 (svært overvægtige). BMI-mål.



* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

For alle deltagere gælder det, at der er sket en signifikant positiv udvikling²⁶ fra før til efter og fra før til tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Udviklingen er ikke særlig stor vurderet i absolutte ændringer, men ikke desto mindre er udviklingen statistisk signifikant. Blandt alle deltagere er det gennemsnitlige BMI faldet fra 28,92 til 28,50; i dette gennemsnitlige BMI indgår også normalvægtige, som ikke nødvendigvis har tilstræbt vægttab, ligesom svært overvægtige med stort potentiale for vægttab indgår. Behandles de mest ekstreme tilfælde blandt de svært overvægtige som 'outliers' i analysen (det drejer sig om 14 deltagere i fedmeklasse III, dvs. BMI \geq 40), er udviklingen i BMI fortsat signifikant blandt de resterende deltagere (fra 28,10 før kurset til 27,82 efter og 27,51 tre måneder efter). Således kan udviklingen ikke alene tilskrives de svært overvægtige eller nogle få ekstremer, da udviklingen fortsat er til stede, når ekstreme tilfælde udskilles fra analyserne.

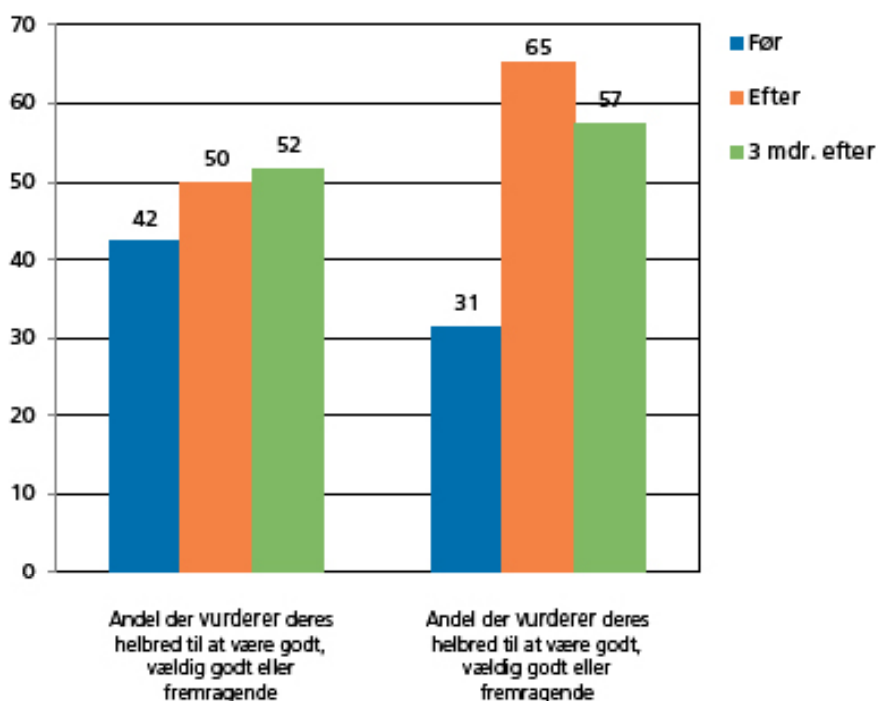
For de svært overvægtige isoleret set er udviklingen en anelse mere tydelig, idet BMI er faldet fra 36,54 til 35,54, jf. Figur 6.3. Enkelte af de svært overvægtige taber en del vægt fra før til efter kurset. Eksempelvis er det højeste BMI blandt kvinder faldet fra 49,2 til 41,9 umiddelbart efter kurset. Det skal understreges, at evalueringen ikke har spurgt til, om delta-

gerne har foretaget eksempelvis fedmeoperationer eller øvrige alternative indgreb over for overvægten, end den træning og undervisning som Vejen videre tilbyder.

Det skal bemærkes, at BMI-målene for alle deltagere såvel som for de svært overvægtige deltagere særskilt lader til at fortsætte med at bevæge sig i positiv retning tre måneder efter endt kursusgang. For svært overvægtige deltagere er kurven støt faldende, mens det for deltagerne samlet set gælder, at faldet mindskes procentmæssigt fra endt kursusgang til tre måneder senere sammenlignet med faldet fra før kursusgang til umiddelbart efter kurset.

Deltagerne er samtidig blevet bedt om at vurdere, hvad de selv synes om egen vægt. Her har 37 % før deltagelse i Vejen videre tilkendegivet, at deres vægt er alt for høj, mens det samme gør sig gældende for 29 % ved begge eftermålinger. Deltagerenes vurderinger er således mere positive efter deltagelse i Vejen videre, hvilket stemmer overens med deres udvikling i BMI. Dog kan deltagerenes egne vurderinger proportionelt set i forhold til deres vægttab synes overvældende (BMI er kun faldet en smule – om end signifikant). En mulig forklaring kan være, at deltagerne har fået et mere positivt syn på og forhold til egen krop, eller at de spejler sig i de øvrige deltagere

Figur 6.4: Deltagernes besvarelser før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre på spørgsmålet vedrørende selvvurderet helbred (N=182) og selvvurderet fysisk form (N=181). Procent.



* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

26 Ændringen er signifikant på 5 % niveau for alle deltagere både fra skema 1 til skema 2 og fra skema 1 til skema 3. For deltagere med svær overvægt er udviklingen til begge eftermålinger signifikant på 1 % niveau. Der er benyttet t-tests.

og derfor ikke vurderer omfanget af deres vægtproblem som nær så stort som før deltagelsen på Vejen videre. Udviklingen i deltageres syn på egen vægt kan således være et positivt udtryk for igangværende vægttab, men samtidig et punkt som er vigtigt at bide mærke i, såfremt det skyldes bagatellisering eller ændring af syn på et muligt problem ('der er andre, som har værre vægtproblemer end jeg selv, så min vægt er relativt set acceptabel').

I det følgende skal vi se nærmere på deltageres selvrapporterede helbred og fysiske form.

Deltagerne er dels blevet bedt om at vurdere eget helbred og dels egen fysiske form, hvilket figur 6.4 illustrerer resultatet af. Mens andelen, der vurderer deres helbred til at være godt eller vældig godt, statistisk set er uændret, gælder det anderledes, hvad angår vurderingen af fysisk form. Her er andelen, der vurderer egen fysisk form positivt, steget markant fra før til efter og tre måneder efter kurset. Resultatet stemmer overens med deltageres positive udvikling, hvad angår anstrengende fysisk aktivitet, som blev præsenteret i afsnit 6.4 Sundhedsadfærd. Figuren viser, at andelen, der vurderer egen fysisk form positivt, er godt og vel fordoblet fra 31 % før Vejen videre kurset til 65 % umiddelbart efter og 57 % tre måneder efter.

Forskelle blandt deltagerne

BMI: Analyser af sammenhænge mellem udvikling i BMI og baggrundsforhold viser, at:

- kvinders BMI falder signifikant mere end mændenes BMI fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter Vejen videre kurset
- yngre (under 65 år) deltageres BMI falder mere end ældre (over 65 år) deltageres BMI

- især deltagere med diagnosen type 2-diabetes opnår et lavere BMI i forbindelse med Vejen videre-kurset, hvilket samtidig er den deltagergruppe, som har det største vægttabsbehov forud for Vejen videre.

Selvvurderet helbred og selvvurderet fysisk form: Kontrolleret for sammenhænge med baggrundsvariable og sygdomsforhold viser det sig, at:

- deltagere, som bor alene, er mere tilbøjelige til at vurdere egen fysisk form som dårlig sammenlignet med deltagere, der bor sammen med nogen. Forskellen er stabil ved kontrol for køn, alder og diagnose
- mænd umiddelbart er mere tilbøjelige til at vurdere egen fysisk form positivt sammenlignet med kvinder; ved kontrol for diagnose udlignes noget af forskellen. Der er ingen signifikant forskel på kønnenes selvrapporterede effekt (hvor meget eller lidt besvarelsene rykker sig) hvad angår vurderingen af egen fysiske form og ej heller i forhold til eget helbred.

Tabel 6.6 nedenfor illustrerer besvarelsene vedrørende selvvurderet fysisk form delt op på køn og diagnose.

Forskellen på udviklingen i kønnenes selvrapporterede effekt, hvad angår vurderingen af egen fysiske form, er ikke signifikant. Ikke desto mindre afspejler Tabel 6.6 en tendens til, at kvinder rykker sig en anelse mere end mændene fra før til efter og fra før til tre måneder efter. Kvinders besvarelser rykker sig fra 28 % til henholdsvis 64 og 65 % efter, som vurderer egen fysisk form positivt, mens de samme tal for mændene er 36 % før Vejen videre og henholdsvis 66 og 68 % efter.

Som et andet punkt under nærværende afsnit om 'helbredsstatus' skal vi nu vende blikket mod deltageres besvarelser vedrørende smerter.

Tabel 6.6: Andel der vurderer egen fysisk form til at være nogenlunde, god eller virkelig god henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre. N=178. Procent.

		Før	Efter	3 måneder efter
Mænd	Type 2-diabetes	25	67	73
	KOL	37	58	50
	Hjertesygdom	47	70	73
	2 eller flere diagnoser	27	65	54
	Samlet (mænd)	36	66	68
Kvinder	Type 2-diabetes	30	60	50
	KOL	26	70	51
	Hjertesygdom	60	90	80
	2 eller flere diagnoser	11	50	39
	Samlet (kvinder)	28	64	65

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

6.6.2 Smerter

Et andet aspekt af helbredsstatus omfatter symptomer og oplevelsen af smerter/ubehag eller gener i øvrigt ved diagnosen. Deltagerne er blevet spurgt til dels intensiteten af eventuelle smerter, dels til hyppigheden, dvs. hvor ofte eventuelle smerter/ubehag forekommer.

Figur 6.5 illustrerer udviklingen i deltagernes besvarelser fra henholdsvis før til efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre på spørgsmålet om oplevelsen af intensiteten af fysiske smerter/ubehag.

Figuren viser, at der er sket en positiv udvikling i deltagernes besvarelser, idet en fjerdedel af deltagerne (24 %) før Vejen videre oplevede meget stærke eller stærke smerter, mens det samme gør sig gældende for henholdsvis 13 og 10 % af deltagerne umiddelbart efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Analyser viser, at udviklingen er statistisk signifikant både fra før til umiddelbart efter og fra før til tre måneder efter. Det betyder, at ændringen er vedvarende over tid (tre måneder). Der er en svag tendens til, at den positive selvrapporterede effekt aftager en smule med tiden, men her er ikke tale om en statistisk signifikant ændring fra efter til tre måneder efter.

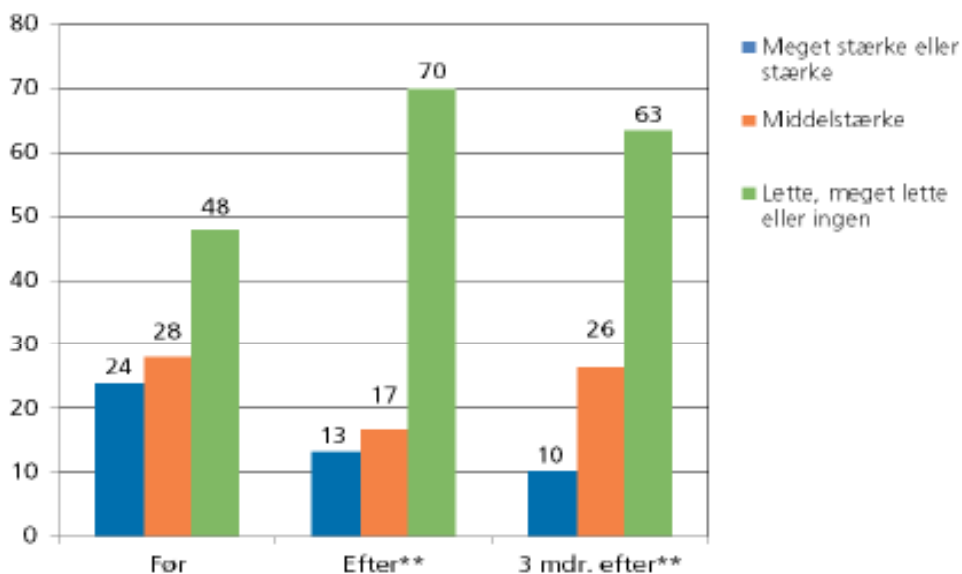
Hvad angår hyppigheden af forekomsten af smerter, er der ikke på samme måde sket en statistisk signifikant udvikling

i besvarelserne hverken fra før til efter eller fra før til tre måneder efter. Ikke desto mindre er der en tendens til positiv udvikling. Figur 6.6 næste side illustrerer besvarelserne hvad angår hyppighed af oplevet smerte/ubehag.

Mens 38 % af deltagerne før Vejen videre hele tiden eller det meste af tiden oplever smerter eller ubehag, gælder dette for henholdsvis 28 % og 30 % af deltagerne efter og tre måneder efter Vejen videre-kurset. Tilsvarende er der en positiv tendens til, at flere kun lidt af tiden eller noget af tiden oplever smerter eller ubehag efter deltagelse i Vejen videre (41 % er før kurset mindst belastet hvad angår hyppighed af smerter, hvilket gælder for 52 % og 47 % efter og tre måneder efter kurset). Ændringen i deltagernes besvarelser vedrørende hyppighed af oplevet smerte/ubehag er statistisk set ikke signifikant.

Deltagerne er desuden blevet spurgt til åndedrætsbesvær henholdsvis før, efter og tre måneder efter Vejen videre, men heller ikke dette forhold har ændret sig signifikant. Således har 31 % før kurset angivet at have åndedrætsbesvær en del af tiden, det meste af tiden eller hele tiden, mens dette tal er faldet til henholdsvis 25 % og 27 % umiddelbart efter og tre måneder efter.

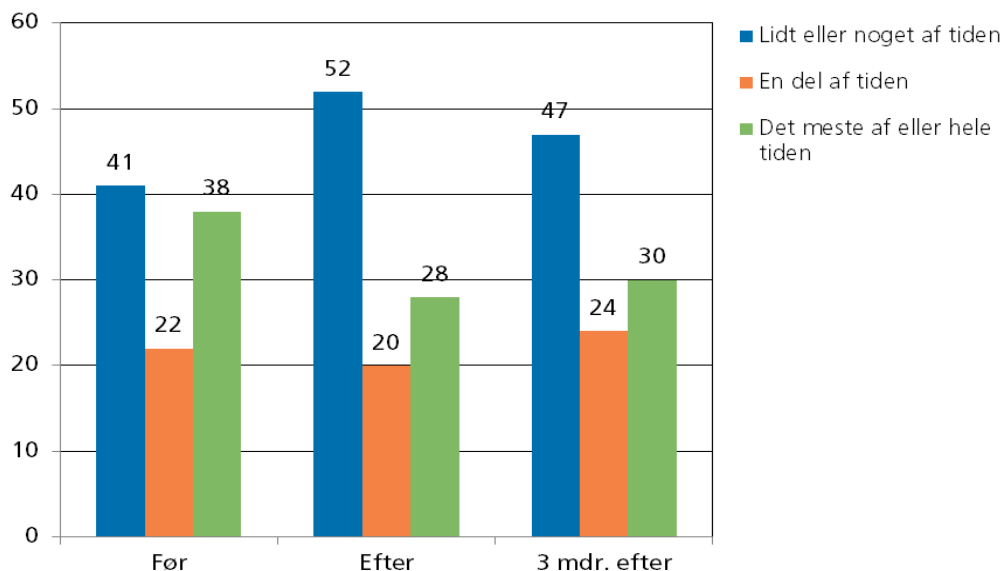
Figur 6.5: Deltagernes besvarelser henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre på spørgsmålet om intensiteten af oplevet fysiske smerter/ubehag i de seneste fire uger. N=167. Procent.



* Signifikant forskellig sandsynlighed på 1 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Figur 6.6: Deltagernes besvarelser henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre på spørgsmålet om hyppigheden af oplevede fysiske smerter/ubehag i de seneste fire uger. N=101. Procent.



Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Forskelle blandt deltagerne

Besvarelserne vedrørende smerter (både intensitet og hyppighed) og åndedrætsbesvær er alle kontrolleret for eventuelle forskelle på tværs af køn, aldersgrupper, diagnoser, tid med diagnoser, uddannelsesmæssig baggrund og kommune. Analyserne viser, at:

- der er statistisk signifikant forskel på oplevelsen af smerter hos henholdsvis deltagere med type 2-diabetes, KOL og hjertesygdomme på spørgsmålet om intensitet af smerter og åndedrætsbesvær.

Tabel 6.7 næste side illustrerer besvarelserne vedrørende intensitet i smerte samt åndedrætsbesvær fordelt på diagnose. Tid med (hyppighed af) smerte er ikke illustreret i tabellen, da relativt få deltagere har svaret på spørgsmålet ved alle tre måleperioder (det drejer sig om 101 deltagere), hvorfor procentsatserne bliver for usikre, hvis besvarelserne skal fordeles på diagnoser.

Tabellen viser, at flere deltagere med type 2-diabetes sammenlignet med deltagere med hjertesygdom eller KOL oplever stærke smerter. Således har knap en fjerdedel (24 %) af deltagerne

med type 2-diabetes oplevet stærke eller meget stærke smerter inden for de sidste fire uger, og omkring 70 % af deltagere med type 2-diabetes har oplevet smerter eller ubehag hele eller det meste af tiden. Flere deltagere med mindst to af diagnoserne, sammenlignet med de øvrige deltagere, oplever stærke smerter både før, efter og tre måneder efter Vejen videre. I forhold til hyppighed af smerter, som ikke er illustreret i Tabel 6.7, peger disse i retning af, at deltagere med flere diagnoser samtidig har hyppige smerter, idet halvdelen svarer 'hele eller det meste af tiden' på spørgsmålet om hyppighed af oplevet smerte/ubehag²⁷.

På spørgsmålet om åndedrætsbesvær er det ikke overraskende deltagerne med KOL, der er mest belastede. Blandt deltagere med KOL oplever knap halvdelen (49 %) åndedrætsbesvær hele eller det meste af tiden, mens det samme gælder for langt færre i de øvrige diagnosegrupper (eksempelvis oplever kun 5 % af deltagere med type 2-diabetes hyppigt åndedrætsbesvær både før og efter deltagelse i Vejen videre). Igen lader gruppen af deltagere med flere diagnoser til at være relativt belastede, da en tredjedel af denne gruppe angiver at have åndedrætsbesvær hele eller det meste af tiden.

²⁷ Deltagere med type 2-diabetes er desuden den gruppe, der tilsyneladende oplever størst hyppighed af smerter, men der skal tages forbehold for det beskedne datagrundlag i denne sammenhæng. Kun 15 deltagere med type 2-diabetes og 18 deltagere med KOL har svaret på spørgsmålet om hyppighed af smerter ved alle tre spørgeskemarunder. Sammenhængen mellem diagnose og intensitet i oplevet smerte er stærkest for mænd, mens kvinder er mere tilbøjelige til at svare ens uanset diagnose.

Tabel 6.7: Deltagernes selvrapporterede smerter/ubehag (N=165) og åndedrætsbesvær (N=138) fordelt på diagnoser, fra henholdsvis før, efter og 3 måneder efter Vejen videre-kurset. Procent.

Andel der har haft meget stærke eller stærke smerter/ ubehag inden for de seneste 4 uger		Før	Efter	3 måneder efter
Diagnose	Type-2 diabetes	24	21	17
	KOL	20	2	4
	Hjertesygdom	11	11	0
	Mindst to diagnoser	36	25	23
	I alt*	23	13	10

Andel der en hel del af tiden, det meste af tiden eller hele tiden har haft åndedrætsbesvær inden for de seneste 4 uger		Før	Efter	3 måneder efter
Diagnose	Type-2 diabetes	5	5	6
	KOL	49	39	36
	Hjertesygdom	16	6	8
	Mindst to diagnoser	33	31	31
	I alt*	31	25	27

* Signifikant forskellig sandsynlighed på 1 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Tabel 6.8: Deltagernes selvrapporterede psykiske tilstand henholdsvis før, efter og 3 måneder efter Vejen videre-kurset. N=129, N=120, N=144. Procent.

Andel, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig...	Før	Efter	3 måneder efter
...rolig og afslappet	49	59	61
...fuld af energi	19	28	27
...træt	32	26	31

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

6.6.3 Fysisk formåen og psykisk tilstand

Foruden fysiske smerter kan sygdomssymptomer også vise sig i form af træthed, manglende energi eller uro i kroppen, hvorfor deltagerne også er blevet spurgt til denne form for symptomer. Analyserne har vist, at deltagerne ikke har svaret signifikant forskelligt på disse spørgsmål henholdsvis før og efter deltagelse i Vejen videre, om end der er en svag tendens til forbedring i besvarelserne.

Tabel 6.8 ovenfor viser fordelingen på spørgsmålene vedrørende psykisk tilstand.

Som det fremgår af tabellen, har andelen, der har svaret, at de hele eller det meste af tiden i de sidste fire uger har følt sig rolige og afslappede, ændret sig fra knap halvdelen (49 %) før deltagelse i Vejen videre til 61 % tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Ligeledes er der positive udviklingstendenser på spørgsmålet om energi (19 % ved skema 1 har hele tiden eller det meste af tiden været fulde af energi, mens det samme gælder 27 % af besvarelserne fra skema 3). Besvarelserne på spørgsmålet om træthed har ikke har ændret sig næv-

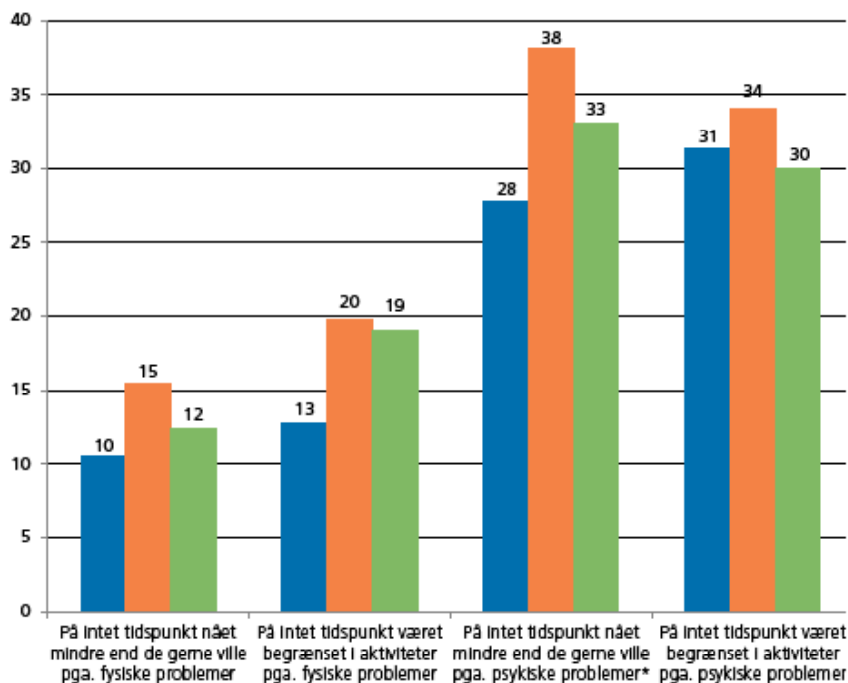
neværdigt. Ændringerne i deltagerne besvarelser er imidlertid ikke statistisk signifikante.

At opleve smerter og ubehag fysisk såvel som psykisk kan medføre begrænsninger i hverdagen for borgere med kronisk sygdom. For at afdække omfanget af oplevede begrænsninger, og ikke mindst om de oplevede begrænsninger mindskes efter kurset, er deltagerne blevet spurgt om disse forhold.

Figur 6.7 næste side viser fordelingen på oplevede begrænsninger på grund af henholdsvis fysiske og psykiske sygdomssymptomer i hverdagen, og hvorvidt der er sket en udvikling fra henholdsvis før til efter deltagelse i Vejen videre.

Besvarelserne på spørgsmålet om begrænsninger på grund af fysiske problemer har rykket sig en anelse i positiv retning efter Vejen videre, men udviklingen i besvarelserne er ikke statistisk signifikante. 10 % af deltagerne har før kurset angivet, at de på intet tidspunkt inden for de seneste fire uger har oplevet, at fysiske problemer forhindrede dem i at nå det, de gerne ville, mens dette gælder for henholdsvis 15 og 12 % af de samme deltagere efter og tre måneder efter kurset.

Figur 6.7: Deltagernes besvarelser før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre på spørgsmålet vedrørende oplevede begrænsninger på grund af fysisk og psykisk helbred. N=162, N=155. Procent.



* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Hvad angår psykiske problemer er der derimod tale om statistisk signifikant udvikling, idet flere deltagere efter kurset har angivet, at psykiske problemer på intet tidspunkt har betydet, at de har nået mindre, end de gerne ville. Andelen har rykket sig positivt fra 28 % før Vejen videre til henholdsvis 38 og 33 % umiddelbart efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Der er således tale om en moderat positiv udvikling, som aftager noget over tidsperioden på tre måneder mellem de to eftermålinger.

Foruden de i Figur 6.7 præsenterede spørgsmål om begrænsninger grundet helbredsmæssige forhold er deltagerne blevet spurgt om begrænsninger i forhold til konkrete hverdagsaktiviteter som 'at gå flere etager op ad trapper', 'gå i bad eller tage tøj på' osv. På disse spørgsmål har deltagerne ikke rykket sig nævneværdigt (hverken i positiv eller negativ retning) andet end på et enkelt spørgsmål vedrørende 'krævende aktivitet som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport'. På dette spørgsmål har deltagerne flyttet sig signifikant i positiv retning, fra at 74 % før Vejen videre angav at være meget begrænset til, at henholdsvis 59 % og 62 % efter og tre måneder efter Vejen videre angav det samme.

Forskelle blandt deltagerne

Der er fundet signifikante forskelle på besvarelserne blandt deltagerne, idet at:

- mænd, uanset diagnose, alder, uddannelse og bo-forhold svarer en anelse mere positivt end kvinder på spørgsmålet om at føle sig rolig og afslappet. Sammenhængen mellem køn og selvrapporteret psykisk tilstand går igen både før, efter og tre måneder efter Vejen videre-kurset. Hvad angår udviklingen i besvarelserne er der dog ingen signifikante forskelle blandt kønnene.

Spørgsmålene vedrørende begrænsninger af forskellig karakter er blevet kontrolleret for sammenhænge med baggrundsprofiler og sygdomsforhold. Analyserne viser, at:

- de ældste deltagere oplever en (naturlig) begrænsning, hvad angår deres aktiviteter i dagligdagen.

Derudover er der ingen stærke sammenhænge i forhold til spørgsmålene om begrænsninger. Køn har en anelse betydning for måden, deltagerne svarer på spørgsmålene om begrænsninger (af fysiske såvel som psykiske årsager) i forhold til aktiviteter, idet kvinder føler sig en anelse hyppigere begrænset. Men forskellen kan i vid udstrækning forklares ved kønnenes forskellige diagnoser og baggrundsforhold i øvrigt.

I det følgende skal vi se nærmere på deltagerne selvrapporterede livskvalitet, og hvorvidt der er sket en positiv udvikling i besvarelserne i forbindelse med deltagelse i Vejen videre.

Tabel 6.9: Deltagernes samlede score mellem 0 og 1* samt standardafvigelse på EQ-5D-5L skalaen, som måler livskvalitet henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre. N=165.

	Før	Efter	3 måneder efter
Samlet score for livskvalitet	0,711	0,733**	0,729**
Standardafvigelse	0,012	0,012	0,012

* I realiteten kan den samlede score risikere at falde under 0 (dvs. være i minus – fx -0,62). Der henvises til "EQ-5D-5L Crosswalk Index Value Calculator", som kan downloades fra EuropQoL's hjemmeside.

** Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

6.7 Livskvalitet

Besvarelserne fra deltagerne i Vejen videre er blevet vægtet og beregnet ud fra de givne standarder for hver af de tre spørgeskemarunder. Analyserne viser, at der er sket en positiv udvikling i deltagernes livskvalitet efter Vejen videre, hvilket fremgår af Tabel 6.9 ovenfor.

Deltagernes selvrapporterede livskvalitet er steget signifikant fra før til umiddelbart efter deltagelse i Vejen videre og fra før til tre måneder efter deltagelse i Vejen videre (i begge tilfælde på 5 % niveau). Som det fremgår af tabellen, er den samlede livskvalitet faldet en anelse i tidsrummet mellem de to eftermålinger, men ændringen er ikke signifikant, og der er fortsat tale om en statistisk signifikant stigning i selvrapporteret livskvalitet fra før Vejen videre kurset.

Forskelle blandt deltagerne

Resultatet er blevet undersøgt i forhold til, om der er forskelle på den måde, som specifikke grupper af deltagere oplever deres livskvalitet, og om nogle grupper af deltagere oplever en signifikant større forbedring i deres livskvalitetsmål frem for andre grupper af deltagere.

Analyserne viser, at der er signifikante forskelle på den måde, hvorpå deltagere med forskellige diagnoser har besvaret livskvalitetsspørgsmålene, men at grupperne rykker sig relativt set lige meget over de tre måleperioder (fra før til efter og tre måneder efter). Forskellen mellem diagnosegruppernes placeringer på livskvalitetsindekset forsvinder stort set, når der kontrolleres for andre samtidige baggrundsforhold (køn, alder, kommune, tid med diagnose). Samtidig viser analyserne, at mænd har en tendens til at rapportere bedre livskvalitet end kvinder, men sammenhængen er ikke statistisk signifikant. Endvidere viser analyserne, at udviklingen i det samlede livskvalitetsmål primært er signifikant for kvinder, mens udviklingen akkurat ikke er statistisk signifikant for mænd isoleret set.

Sørensen m.fl. (2009) har i et studie af EQ-5D for den danske befolkning generelt tilsvarende fundet, at mænd scorer en anelse højere end kvinder. I studiet gøres der i øvrigt

opmærksom på, at alder er en afgørende faktor i forhold til scoren på livskvalitetsskalaen, således at yngre danskere generelt scorer højere end ældre danskere. Fundene i artiklen er baseret på et tilfældigt udsnit af 15.700 danskere i alderen 20-79 år, og gennemsnitligt scorer deltagerne i denne undersøgelse lidt højere end deltagerne i nærværende undersøgelse. Dette er ikke overraskende, når man tager deltagerne forskellige udgangspunkter i betragtning (i denne undersøgelse er der tale om mennesker med kronisk sygdom, som alle har et rehabiliteringsbehov og aldersmæssigt ligger i den højere ende).

6.7.1 Udvikling i de enkelte dimensioner

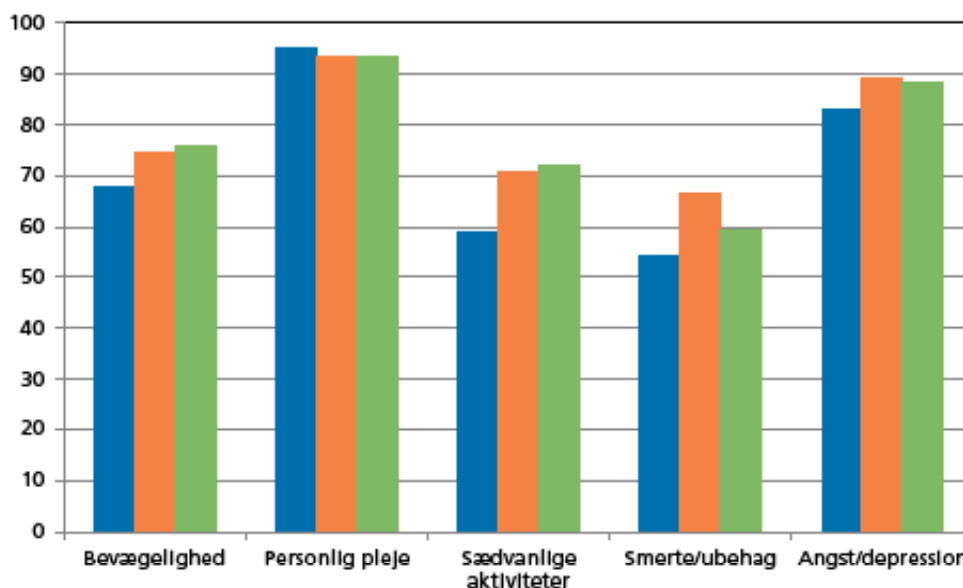
I forhold til EQ-5D-5L skalaen er det også muligt at rapportere resultaterne af skalamålingen for hver af de fem dimensioner, som indgår i den samlede livskvalitetsskala.

Figur 6.8 næste side illustrerer resultaterne for hver af de fem dimensioner henholdsvis før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre. Figuren illustrerer andelen, der rapporterer at have lidt eller ingen problemer ved de enkelte helbredsdimensioner.

Som det fremgår af figuren, er andelen, der rapporterer lidt eller ingen problemer ved de enkelte helbredsdimensioner, steget en anelse fra før til efter deltagelse i Vejen videre med undtagelse af personlig pleje, hvor andelen faldt en anelse. Det skal dog understreges, at ingen af ændringerne var statistisk signifikante, når der måles på de enkelte dimensioner i skalaen.

Det er således kun det samlede livskvalitetsmål, der udvikler sig signifikant, hvormed udviklingen ikke kan forklares ved, at et enkelt område har rykket sig markant. Tværtimod er der tale om, at alle fem dimensioner udvikles en smule i positiv retning (med undtagelse af personlig pleje), hvorved det samlede livskvalitetsmål ændres statistisk set signifikant i positiv retning. Resultatet er naturligvis positivt og bemærkelsesværdigt, da livskvalitet kan være svært at ændre positivt over tid.

Figur 6.8: Deltagernes besvarelser på hver af de fem dimensioner i EQ-5D-5L skalaen henholdsvis før, efter og 3 måneder efter deltagelse i Vejen videre. Figuren viser andelen af deltagere som har svaret lidt eller ingen problemer. N=165. Procent.



Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

6.8 Udbytte og tilfredshed

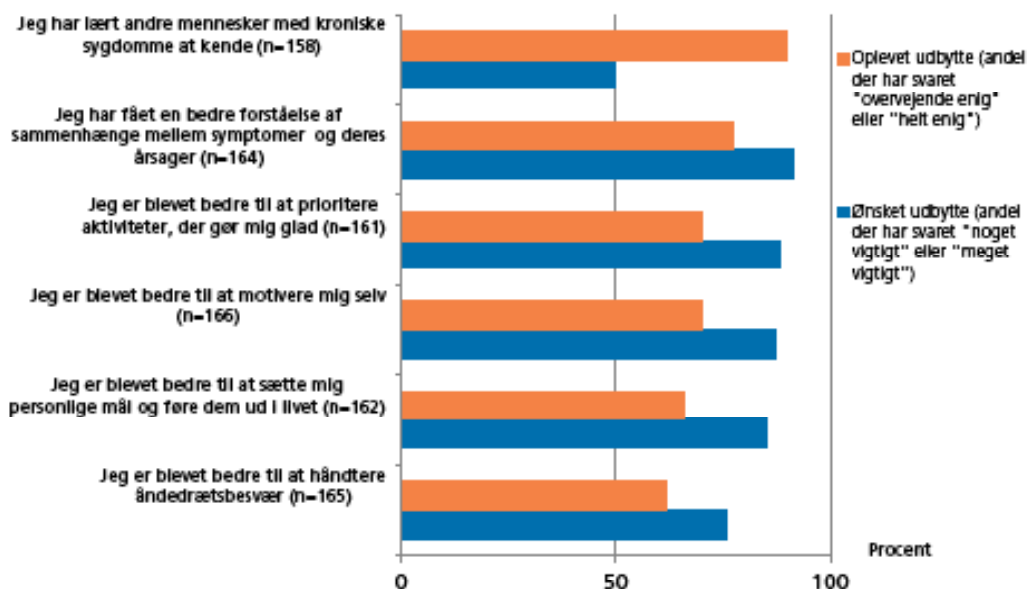
Patientuddannelse har ikke alene til formål at ændre positivt på selvrapporteret sundhedsadfærd, self-efficacy, helbredsstatus og livskvalitet, men skal samtidig gerne leve op til at være en positiv oplevelse for deltagerne. Jo større tilfredshed blandt kursusdeltagerne, desto bedre er chancerne for, at kursisterne dels gennemfører kurset, dels fastholder anvendelsen af nogle af de redskaber og metodikker, som deltagerne præsenteres for under kurset. Endvidere vil tilfredse kursister være mere tilbøjelige til at anbefale kurset til andre med behov og dermed blive en succes.

Som et sidste led i denne evaluering skal vi i dette afsnit se nærmere på deltageres oplevede udbytte og tilfredshed. Gennemgangen vil indledningsvist præsentere de spørgeskemabaserede besvarelser. Derefter præsenteres fundene fra interview med deltagere i Vejen videre om deres oplevede udbytte.

6.8.1 Spørgeskemabesvarelser om oplevet udbytte

Deltagerne i Vejen videre er blevet spurgt om deres forventninger til kurset i skema 1 forud for Vejen videre kurset og i skema 2 efter endt kursusgang til deres oplevelser og indfrielse af forventninger (eller manglen på samme). Figur 6.9 næste side illustrerer dels forventninger, dels oplevelser med Vejen videre. Deltagerne er blevet bedt om at afkrydse, hvorvidt de er helt enige, overvejende enige, overvejende uenige eller helt uenige i en række opstillede udsagn om henholdsvis forventninger (skema 1) og oplevet udbytte (skema 2). Udsagnene i Figur 6.9 er anvendt i forbindelse med skema 2 (oplevet udbytte) og har været formuleret tilsvarende i skema 1, blot indledt med 'hvor vigtigt er følgende udsagn for dine forventninger til kurset: at lære andre mennesker med kronisk sygdom at kende, at få en bedre forståelse af sammenhængen mellem symptomer og deres årsager' osv.

Figur 6.9: Deltagernes besvarelser på en række udsagn vedrørende deres oplevede udbytte og ønskede udbytte i forbindelse med deltagelse i Vejen videre. Besvaret henholdsvis før (ønsket udbytte) og umiddelbart efter (oplevet udbytte) Vejen videre kurset. N=158-166. Procent.



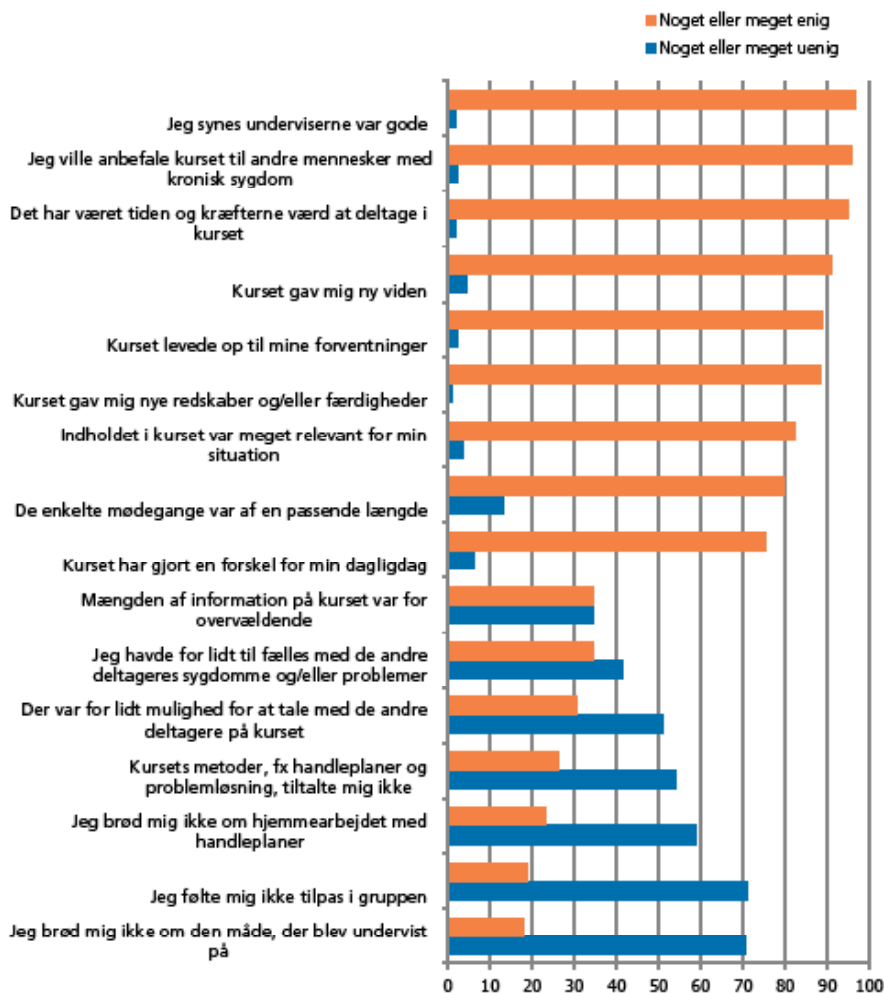
Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Figuren viser, at deltagerne i højere grad end forventet/ønsket har lært andre mennesker med kroniske sygdomme at kende, idet 90 % har oplevet dette udbytte, og kun halvdelen af deltagerne havde angivet, at dette var 'noget eller meget vigtigt'. Knap 80 % af deltagerne har fået bedre forståelse for symptomer og deres årsag, hvilket godt 90 % samtidig havde angivet som et ønske med deltagelse på Vejen videre kurset. En lige stor andel, nemlig 70 %, har angivet at være blevet bedre til at motivere sig selv og til at sætte sig personlige mål og føre dem ud i livet. Begge udsagn var ønskværdige inden kursusstart hos et sted mellem 85 og 90 % af deltagerne. Blandt 75 % af deltagerne var det forud for kurset et ønske at blive bedre til at håndtere åndedrætsbesvær, hvilket godt 60 % efterfølgende (efter endt kursusgang) udtrykker at have oplevet som et udbytte²⁸.

Figur 6.10 næste side præsenterer deltagerne besvarelser på en række øvrige udsagn vedrørende deres oplevelse af kurset. Også denne figur illustrerer yderst positive oplevelser blandt deltagerne. Deltagerne besvarelser er præsenteret som henholdsvis positive og negative tilkendegivelser på udsagnene. Langt de fleste af de positive tilkendegivelser har været 'meget enig', og færre har været 'noget enig', hvilket gør sig gældende for langt de fleste af udsagnene.

²⁸ Godt og vel 70 % af deltagerne har angivet i øvrigt at være blevet bedre til at anvende fx åndedræsteknikker, afspænding og positiv tænkning til at dæmpe ubehag, åndedrætsbesvær og smerter. Udsagnet er imidlertid ikke medtaget i figuren, da det ikke var en svarmulighed under ønsket udbytte (det ville ikke give mening at spørge forud for kurset til metoder, som deltagerne endnu ikke var præsenteret for).

Figur 6.10: Deltagernes besvarelser på en række udsagn vedrørende deres oplevede udbytte i forbindelse med deltagelse i Vejen videre. Besvaret før og umiddelbart efter Vejen videre. N=161-176. Procent.



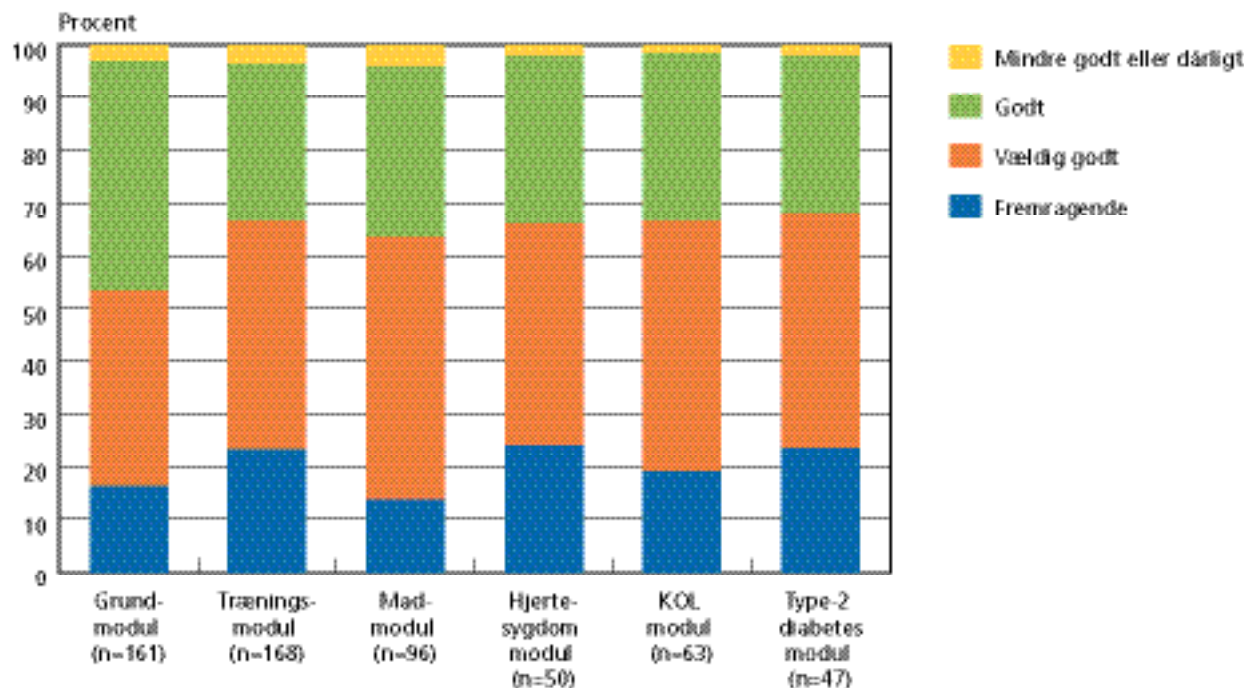
Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Som det fremgår af Figur 6.10, tilkendegiver deltagerne stort set enstemmigt at være enige i udsagnene om, at underviserne var gode (det gælder 97 %), at de ville anbefale kurset til andre (gælder 96 %), at det har været tiden og kræfterne værd (gælder 95 %), og at kurset gav ny viden (gælder 91 %). Det skal bemærkes, at udsagnene er formuleret positivt, hvilket kan betyde tilsvarende positive besvarelser. Med andre ord er det en velkendt udfordring i forbindelse med spørgeskemaundersøgelser, at 'man får svar, som man spørger'. Det vil sige, at svarene vil være overvejende positive, når spørgsmålene er formuleret positivt, og tilsvarende vil negativt formulerede udsagn give flere negative besvarelser. Figuren viser da også, at flere af deltagerne i Vejen videre har svaret lidt mindre positivt på de negativt formulerede udsagn end på de positivt formulerede

udsagn. Eksempelvis tilkendegiver 35 %, at mængden af information på kurset var for overvældende, 34 % tilkendegiver, at de havde for lidt til fælles med de øvrige deltagere, 31 % tilkendegiver, at der var for lidt mulighed for at tale med de øvrige deltagere, og godt en fjerdedel (26 %) tilkendegiver, at kursets metoder ikke tiltalte dem. De områder, som vurderes mindre positivt af et udsnit af deltagere, kan eventuelt danne grobund for det videre arbejde med at udvikle Vejen videre. Men overordnet skal det bemærkes, at deltagerne vurderinger samlet set er positive.

Deltagerne er desuden blevet bedt om at vurdere de enkelte moduler i Vejen videre, og resultaterne af deres vurderinger fremgår af Figur 6.11 næste side.

Figur 6.11: Deltagernes vurderinger af de enkelte moduler i Vejen videre angivet umiddelbart efter endt kursusgang. N er anført i tabellen. Procent.



Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Deltagerne har gennemgående vurderet de enkelte moduler og kurset samlet set meget positivt. Alt i alt vurderer 19 % af deltagerne således, at kurset var fremragende for dem at deltage i, mens knap halvdelen (48 %) vurderer, at kurset var vældig godt for dem at deltage i. Knap en tredjedel (32 %) vurderer, at kurset var godt for dem at deltage i, mens kun 1 % vurderer, at kurset var mindre godt at deltage i. Der er ingen, som har vurderet, at kurset var dårligt for dem at deltage i, og kun 1 % – svarende til to personer – har vurderet træningsmodulet som dårligt.

Forskelle blandt deltagerne

Ved hjælp af simpel og multipel regression er det undersøgt, om der er forskelle på den måde, som kurset og de enkelte moduler vurderes set i forhold til deltagerens baggrunds- og sygdomsprofiler. Tanken med sådanne analyser er at få en indikation af, hvorvidt kurset særligt appellerer til specifikke grupper af borgere, og om der således er grund til at være opmærksom på den anderledes måde, hvorpå forskellige borgere måtte opleve kurset.

Tabel 6.10 næste side præsenterer resultaterne af simpel og multipel regression i forhold til spørgsmålet om kurset samlet set.

Af både de ujusterede og justerede odds ratio fremgår det, at der er signifikant forskel på sandsynligheden for at have vurderet Vejen videre samlet set positivt alt efter hvilken kommune, deltagerne kommer fra, og alt efter om deltagerne har en uddannelse eller ej. Således er deltagerne fra Langeland mindre tilbøjelige til at vurdere Vejen videre positivt, og ligeledes lader deltagerne med en uddannelse til at profitere en anelse mindre af kurset end deltagerne uden uddannelse. Det skal dog påpeges, at der er tale om meget lave procentgrundlag, hvilket bør tages som et forbehold i forhold til analyseresultaterne²⁹. I øvrigt er det værd at bemærke tendensen til, at deltagerne under 70 år er mere tilbøjelige til at vurdere kurset positivt samlet set. Det samme gælder for deltagerne, som har haft deres diagnoser i mellem tre og 10 år, samt deltagerne der har haft et kursusforløb på mellem 60 og 90 dage. Men her er kun tale om tendenser og altså ikke statistisk signifikante resultater.

29 Således drejer det sig kun om henholdsvis 24, 57 og 67 deltagere i de respektive grupper (deltagerne fra Langeland, deltagere som er faglærte, og deltagere med en form for videregående uddannelse), som viser signifikante forskelle i deres vurderinger.

Table 6.10: Ujusterede og justerede Odds Ratio i forhold til vurdering af kurset som helhed og deltagernes baggrundsp profiler. Baseret på besvarelser fra skema 1 (baggrundsp profiler) og skema 2 (kursusvurdering). N=157. Odds Ratio (OR) og konfidensinterval (CL 95%).

Sandsynlighed for, at vurdere kurset som helhed som fremragende eller vældig godt		Ujusteret OR	CL 95 %	Justeret OR	CL 95 %
Køn	Kvinde	1	ref.	1	ref.
	Mand	0,91	0,47-1,76	1,03	0,45-2,39
Alder	Op til 64 år	1	ref.	1	ref.
	65-69 år	1,01	0,43-2,40	1,15	0,44-3,02
	70 år eller derover	0,50	0,23-1,12	0,59	0,23-1,51
Kommune	Esbjerg	1	ref.	1	ref.
	Langeland	0,22*	0,08-0,64	0,15*	0,04-0,52
	Odense	0,92	0,40-2,11	0,61	0,21-1,75
	Varde	1,51	0,56-4,12	1,46	0,48-4,48
Boligsituation	Bor ikke alene	1	ref.	1	ref.
	Bor alene	0,63	0,30-1,31	0,51	0,21-1,22
Uddannelse	Ingen uddannelse	1	ref.	1	ref.
	Faglært	0,47	0,19-1,12	0,34*	0,12-0,96
	Videregående	0,38*	0,16-0,92	0,34*	0,12-0,97
Diagnose	Type 2-diabetes	1	ref.	1	ref.
	KOL	0,62	0,22-1,70	0,45	0,14-1,41
	Hjertesygdom	0,57	0,19-1,71	0,72	0,20-2,58
	Mindst to af de tre diagnoser	0,67	0,23-2,00	0,46	0,13-1,63
Tid med sygdom	Op til 2 år	1	ref.	1	ref.
	Mellem 3 og 10 år	2,30	0,98-5,38	2,25	0,85-5,91
	Over 10 år	1,34	0,59-3,04	1,70	0,63-4,64
Tid på kursus	Under 60 dage	1	ref.	1	ref.
	Mellem 60 og 90 dage	1,89	0,78-4,61	2,64	0,95-7,33
	Over 90 dage	1,00	0,47-2,12	0,86	0,34-2,19

* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Table 6.11 viser resultater af tilsvarende simpel og multipel regressionsanalyse, i dette tilfælde i forhold til oplevelsen af grundmodulet. Det, der undersøges, er således sandsynligheden for, at deltagerne vurderer grundmodulet positivt.

Også i forhold til vurderingen af grundmodulet viser det sig, at deltagere fra Langeland er mindre tilbøjelige til at vurdere det positivt, og at resultatet gør sig gældende, uanset om der kontrolleres for andre samtidige baggrundsforhold eller ej. Igen skal det lave antal deltagere fra Langeland under-

streges som et forbehold i forhold til resultaterne (24 deltagere fra Langeland indgår i analysen). I vurderingen af grundmodulet viser der sig ikke – som i vurderingen af kurset som helhed – en sammenhæng med uddannelse. Derimod er der statistisk set forskel på den måde, grundmodulet vurderes på set i forhold til, hvor længe deltagerne har haft deres pågældende diagnose (den af diagnoserne de har haft længst). Jo længere tid deltagerne har haft deres diagnoser, desto mere sandsynligt er det, at de vurderer grundmodulet positivt.

Tabel 6.11: Ujusterede og justerede Odds Ratio i forhold til vurdering af grundmodulet og deltageres baggrundsprofiler. Baseret på besvarelser fra skema 1 (baggrundsprofiler) og skema 2 (vurdering af grundmodulet). N=148. Odds Ratio (OR) og konfidensinterval (CL 95%).

Sandsynlighed for at vurdere grundmodulet fremragende eller vældig godt		Ujusteret OR	CL 95 %	Justeret OR	CL 95 %
Køn	Kvinde	1	ref.	1	ref.
	Mand	1,46	0,77-2,80	1,72	0,75-3,95
Alder	Op til 64 år	1	ref.	1	ref.
	65-69 år	0,74	0,33-1,68	0,60	0,24-1,48
	70 år eller derover	0,66	0,30-1,45	0,57	0,23-1,47
Kommune	Esbjerg	1	ref.	1	ref.
	Langeland	0,22*	0,07-0,70	0,18*	0,05-0,64
	Odense	0,73	0,33-1,65	0,96	0,36-2,59
	Varde	0,71	0,29-1,73	0,72	0,26-1,96
Boligsituation	Bor ikke alene	1	ref.	1	ref.
	Bor alene	0,65	0,31-1,37	0,61	0,26-1,44
Uddannelse	Ingen uddannelse	1	ref.	1	ref.
	Faglært	0,74	0,34-1,64	0,59	0,23-1,52
	Videregående	0,83	0,37-1,88	0,92	0,36-2,36
Diagnose	Type 2-diabetes	1	ref.	1	ref.
	KOL	1,63	0,64-4,16	1,44	0,49-4,19
	Hjertesygdom	1,45	0,52-4,09	1,46	0,44-4,88
	Mindst to af de tre diagnoser	2,04	0,74-5,61	1,51	0,47-4,83
Tid med sygdom	Op til 2 år	1	ref.	1	ref.
	Mellem 3 og 10 år	2,48*	1,06-5,85	3,11*	1,19-8,09
	Over 10 år	2,68*	1,13-6,31	4,27*	1,53-11,95
Tid på kursus	Under 60 dage	1	ref.	1	ref.
	Mellem 60 og 90 dage	1,11	0,49-2,51	0,99	0,39-2,50
	Over 90 dage	1,08	0,51-2,29	1,00	0,42-2,43

* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

Den følgende Tabel 6.12 præsenterer de ujusterede og justerede odds ratio i forhold til vurderingen af træningsmodulet. Som det fremgår, er der her – som vi så i analysen af grundmodulet og kurset i sin helhed – ikke tale om, at Langeland skiller sig ud. Derimod er der tale om, at deltagerne fra Odense og Varde kommuner signifikant sjældnere end deltagerne fra de øvrige to kommuner er tilbøjelige til at vurdere modulet positivt. Samtidig er sandsynligheden for at vurdere træningsmodulet positivt mindst for den ældste deltagergruppe, dvs. deltagerne på 70 år eller derover. Igen ser vi, som det også var

tilfældet i forhold til vurderingen af kurset i sin helhed, en tilbøjelighed til, at deltagere, som enten er faglærte eller har en videregående uddannelse, er mindre tilbøjelige til at vurdere modulet positivt end deltagere uden uddannelse. Samtidig viser analysen i forhold til træningsmodulet også, at deltagere, som har haft deres sygdom i længere tid, vurderer træningsmodulet bedre end andre, og deltagere, som har haft et længere kursusforløb, er mindre tilbøjelige til at vurdere modulet positivt.

Tabel 6.12: Ujusterede og justerede Odds Ratio i forhold til vurdering af træningsmodulet og deltagernes baggrundsprofiler. Baseret på besvarelser fra skema 1 (baggrundsprofiler) og skema 2 (vurdering af træningsmodulet). N=140. Odds Ratio (OR) og konfidensinterval (CL 95%).

Sandsynligheden for at vurdere træningsmodulet fremragende eller vældig godt		Ujusteret OR	CL 95 %	Justeret OR	CL 95 %
Køn	Kvinde	1	ref.	1	ref.
	Mand	1,08	0,55-2,15	1,61	0,62-4,18
Alder	Op til 64 år	1	ref.	1	ref.
	65-69 år	1,32	0,54-3,23	1,56	0,55-4,41
	70 år eller derover	0,60	0,27-1,37	0,28*	0,09-0,83
Kommune	Esbjerg	1	ref.	1	ref.
	Langeland	0,55	0,18-1,64	0,69	0,18-2,59
	Odense	0,38*	0,16-0,91	0,22*	0,07-0,73
	Varde	0,26*	0,09-0,69	0,18*	0,05-0,59
Boligsituation	Bor ikke alene	1	ref.	1	ref.
	Bor alene	0,62	0,29-1,31	0,62	0,25-1,54
Uddannelse	Ingen uddannelse	1	ref.	1	ref.
	Faglært	0,32*	0,13-0,83	0,25*	0,08-0,78
	Videregående	0,37*	0,14-0,97	0,29*	0,09-0,93
Diagnose	Type 2-diabetes	1	ref.	1	ref.
	KOL	2,10	0,78-5,62	1,52	0,47-4,89
	Hjertesygdom	1,69	0,58-4,94	1,41	0,39-5,18
	Mindst to af de tre diagnoser	1,15	0,41-3,22	0,95	0,26-3,40
Tid med sygdom	Op til 2 år	1	ref.	1	ref.
	Mellem 3 og 10 år	2,28	0,95-5,45	2,93*	1,05-8,19
	Over 10 år	1,88	0,81-4,37	3,45*	1,17-10,18
Tid på kursus	Under 60 dage	1	ref.	1	ref.
	Mellem 60 og 90 dage	1,01	0,41-2,47	0,81	0,28-2,39
	Over 90 dage	0,72	0,32-1,60	0,32*	0,11-0,92

* Signifikant forskellig sandsynlighed på 5 % niveau.

Kilde: Spørgeskemadata fra evaluering af Vejen videre, KORA 2012.

I forhold til de øvrige moduler på kurset (madmodulet og de sygdomsspecifikke moduler) har der ikke været deltagere nok til at muliggøre en regressionsanalyse.

I det følgende skal vi se nærmere på deltagernes kvalitative besvarelser på spørgsmålet om oplevet udbytte af Vejen videre.

6.8.2 Interviewbesvarelser om oplevet udbytte

46 af deltagerne er blevet interviewet, enten lige efter de har afsluttet forløbet, eller mens de stadig har deltaget i kurset.

De interviewede deltagere angiver samlet set at have fået konkret udbytte gennem praktiske redskaber og tips, der har forandret elementer i hverdagen. Samtidig har deltagerne fået et mere abstrakt udbytte af Vejen videre i form af ændrede

holdninger til eller erkendelse af livet med kronisk sygdom. Undervisere og deltagere identificerer dog også visse forudsætninger for opnåelsen af udbytte af Vejen videre, hvilket kan være med til at forklare, hvorfor enkelte deltagere afslutter Vejen videre med et mindre udbytte end andre.

Forandringer og ny viden: Flere deltagere beskriver, hvordan de har fået en bred indsigt i og bevidsthed om kost og motion. De har blandt andet lært at presse sig selv under den fysiske træning og lært deres grænser at kende, ligesom de har rettet opmærksomhed mod kosten i et større omfang end tidligere. Mens nogle deltagere fortæller, hvordan de har indført flere grøntsager til aftensmaden, er andre begyndt at gå en tur. Derudover fortæller enkelte deltagere, hvordan de har fået viden

om fx potentielle bivirkninger ved deres sygdom og hensigtsmæssig medicinbehandling, som lægen ikke havde informeret dem om.

Særligt træningsmodulet fortæller deltagerne særskilt om. Træningen har eksempelvis forbedret en kvindes blodsukker til det bedst målte i mange år, mens en anden deltager fortæller, hvordan træningen har givet hende overskud og gjort hende mere aktiv i hverdagen.

Flere deltagere fortæller desuden, at de er motiverede for at træne videre, efter de har oplevet effekten i kroppen og erfaret, at kroppen kan tåle at blive udfordret. Samtidig har enkelte fundet sammen i grupper eller to og to og sammen fundet nye muligheder for at træne efter kursets afslutning.

Af de spørgeskemabaserede resultater fremgår det, at deltagerne positive udvikling hvad angår anstrengende fysisk aktivitet var vedvarende efter tre måneder, og at deres BMI-tal var svagt faldende i positiv retning også tre måneder efter kurset. Dette indikerer, at interviewpersonerne også reelt har fortsat med at træne, som de angiver at have lyst til.

I gruppen og på kurset lærer deltagerne at lytte til hinanden og fortælle om deres erfaringer. De udveksler tips og erfaringer med hinanden om hverdagsgener som mundtørhed, vejtrækningsproblemer, eller hvordan man holder fast i den gode rutine i hverdagen. Øvelsen i at udveksle erfaringer samt øvelsen om kommunikation har ifølge deltagerne betydet, at de er blevet bedre til at lytte og til at fortælle andre om deres sygdom. En deltager fortæller om at være blevet bedre til at tale med sin familie, mens en anden stolt fortæller, at hun for første gang har stillet krav til sin læge og ikke fundet sig i at blive affejet.

Således fortæller flere deltagere, at de har igangsat konkrete tiltag og fået udbytte af kurset, hvad enten det er gennem anskaffelsen af en stepmaskine, en indmelding i det lokale træningscenter, en nyvunden evne til kun at købe rugbrød og ikke kager ved bageren eller udvise større åbenhed.

Holdningsændring og større erkendelse: En stor del af deltagerne udbytte består i ændrede holdninger og større erkendelse af sygdommen. Flere deltagere fortæller blandt andet, hvordan de er blevet bedre til at acceptere deres sygdom og til at forholde sig aktivt til sygdommen i stedet for at tænke, at 'det går nok af sig selv alt sammen'.

Endnu et element, som en stor del af deltagerne nævner omkring udbyttet af Vejen videre, er mere overskud og glæde i hverdagen. En deltager fortæller, at hans børn har bemærket, at han er blevet generelt mere positiv. En anden deltager forklarer, hvordan denne positivitet er noget, man må arbejde med, når de tunge tanker vinder indpas. En tredje deltager fortæller,

at han efter kurset har flyttet fokus fra at tænke på sygdommen til at tænke på muligheden for at blive bedre.

Det mere positive syn på egen situation udspringer fra en erkendelse af for det første ikke at være alene om at have en kronisk sygdom, og for det andet at nogle mennesker har mere komplicerede sygdomme og stadig formår at have en god hverdag. En deltager forklarer, hvordan mødet med andre syge har givet ham et nyt perspektiv på sin egen situation. Fra at have haft ondt af sig selv og være handlingslammet, fortæller deltagerne om en erkendelse af, at man ikke er alene om at være syg, og at man selv kan gøre noget.

Oplevelsen af at være flere i samme situation har således i sig selv en værdi. Derudover er der en pædagogisk pointe i at samle en gruppe af mennesker med nogle af de samme udfordringer og dermed skabe et trygt rum for samtale. En deltager fortæller, hvordan mødet med andre mennesker på Vejen videre har givet hende en oplevelse af at blive anerkendt, men også at det har givet hende en generel erfaring med at tale med andre og komme ud blandt mennesker.

Øget tiltro til egne evner: En større selvtilid og tiltro til, at hverdagens problematikker kan overkommes, samt mod på nye tiltag er deltagerne egne beskrivelser af, hvad de oplever at have fået ud af deltagelse i Vejen videre. Eksempelvis har deltagelse i træningen overbevist flere om, at det godt kan lade sig gøre at træne trods sygdommen.

Analyserne i den spørgeskemabaserede del af evalueringen viste i tråd med interviewene en øget tiltro til at kunne håndtere i det mindste træthed, følelser og andre symptomer. Den positive udvikling forsvandt imidlertid ved målingen tre måneder senere.

Forudsætninger for udbytte: Ligesom underviserne beskriver også deltagerne visse omstændigheder, der kan være med til at mindske udbyttet af deltagelse i Vejen videre. Disse overvejelser handler overordnet om, hvorvidt deltagerne er den rette målgruppe for kurset.

Enkelte deltagere fortæller, at de har svært ved at forstå meningen med nogle af kursets øvelser grundet det til tider høje abstraktionsniveau og krav til refleksion. Men der er også enkelte deltagere, der giver udtryk for, at de er "for gode" til kurset, hvilket både kan være i forhold til egenomsorg og sygdomskompleksitet. Mens en kvinde fortæller, at hun opfatter sig selv som meget vidende og handlekraftig i forhold til sin sygdom, fortæller en anden deltager, hvordan sygdommen kun fylder ganske lidt i hendes hverdag, hvorfor hun har svært ved at genkende sorgen over og problematikker i relation til sygdommen. ■

7 Konklusion, diskussion og anbefalinger

I dette afsluttende kapitel vil vi samle op på evalueringens analyser. Først vil vi diskutere analyserne og forholde dem til anden litteratur på patientuddannelsesområdet. Dernæst vil vi konkludere og give en række anbefalinger til det videre arbejde med konceptet.

7.1 Perspektiverende diskussion

Gennem de seneste 10-15 år er patientuddannelse blevet stadig mere udbredt. Der findes både sygdomsspecifikke og generelle patientuddannelser, patientuddannelse målrettet grupper og individer og patientuddannelser i både kommunalt og hospitalsregi, hos praktiserende læger og private aktører. Vejen videre bidrager til paletten af patientuddannelser som en generisk og gruppebaseret patientuddannelse, der er målrettet flere kroniske diagnoser og udføres af sundhedsprofessionelle undervisere efter detaljerede retningslinjer.

Af Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse (2009) fremgår det, at der ikke findes entydig evidens for effekterne af hverken sygdomsspecifikke eller generelle patientuddannelser. Fælles for flere af de forskellige typer af patientuddannelse er det, at der findes moderat evidens for, at patientuddannelse har kortsigtet effekt på blandt andet selvvurderet helbred, smertereduktion og self-efficacy, mens der ikke kan siges noget entydigt om langsigtede effekter. I denne evaluering har vi tilsvarende fundet en kortsigtet selvrapporert effekt på nogle self-efficacy mål og på smertereduktion, og yderligere har vi fundet en kortsigtet selvrapporert effekt på fysisk aktivitet, selvvurderet fysisk form (men ikke selvvurderet helbred som i MTV'en), BMI samt livskvalitet. I tråd med resultaterne i MTV'en har vi også fundet, at deltagerne oplever en øget grad af viden om deres sygdomsforhold og behandling i forlængelse af deres deltagelse på Vejen videre. I Region Midtjylland viser en evaluering af 'Læring og mestring – patientuddannelse på deltagernes præmisser' en langsigtet effekt (12 måneder) på blandt andet fysisk aktivitet, mens evalueringen ikke på samme måde som i Vejen videre-evalueringen finder selvrapporert effekt, hvad angår BMI (Vinther-Jensen, Schak Jensen 2012). Evalueringens resultater af Vejen videre er således relativt positive, når der skeles til andre evalueringens resultater af forskellige former for patientuddannelser.

De positive evalueringens resultater omhandler ikke kun selvrapporerede effekter, men også deltagernes oplevede udbytte. Langt de fleste deltagere oplever et stort udbytte af kurset, og resultatet gælder uanset sygdomsforhold og socioøkonomisk baggrund (uddannelse, køn, alder mv.). Imidlertid er det oplevede udbytte væsentligt forskelligt blandt deltagerne i de respektive pilotkommuner. Graden af erfaringer med patientuddannelse fra tidligere tiltag kunne her være en del af forklaringen. Samtidig kan spørgsmålet om, hvorvidt kommunerne allerede forud for Vejen videre var ved at igangsætte patientuddannelse, være forklarende for udbyttet af kurset. Derudover kan det på baggrund af evalueringen ikke afvises, at undervisernes personlige kompetencer i forhold til at undervise

og deres tilgang til konceptet i det hele taget har betydning for, hvordan kurset opleves af deltagerne.

Det kan være interessant at diskutere de positive resultater i forhold til frafald fra patientuddannelsen og frafald fra evalueringen af patientuddannelse. Har vi eksempelvis udelukkende fået spørgeskemabesvarelser fra de borgere, der oplever Vejen videre kurset mest positivt, og som har gennemført kurset, netop fordi de oplever at få gavn heraf, mens andre borgere er faldet fra undervejs? Det er imidlertid ikke muligt med evalueringen at opgøre det eksakte antal af frafaldne kursister undervejs i kursusforløbet og ej heller årsagerne til frafald. At oparbejde en sådan viden ville kræve et andet evalueringssign. Men der er ikke noget, der tyder på et meget stort frafald fra pilotafprøvningen af Vejen videre-kurset, og hvad angår frafald fra evalueringen, dvs. besvarelse af spørgeskemaer før, efter og 3 måneder efter kurset, er et sådan frafald stort set ikke eksisterende, idet hele 97 % har deltaget gennem hele evalueringen. Den kvalitative del af undersøgelsen peger i retning af, at det ifølge underviserne dels er de borgere, som underviserne oplever som ressourcetsvage, som falder fra undervejs, og dels er det de borgere, der hverken har tilstrækkeligt behov eller tid til at indgå i kurset (eksempelvis på grund af arbejde). Den spørgeskemabaserede del af evalueringen peger i samme retning, idet det findes, at både deltagere, som er langtidssygemeldte/på førtidspension og aleneboende, samt deltagere, som er i arbejde og under 65 år, falder fra eller sorteres fra kurset i større udstrækning end andre borgere – enten i forbindelse med den indledende samtale forud for kurset eller undervejs i kursusforløbet.

Et sammenligneligt resultat findes i en undersøgelse af årsager til deltagelse og ikke-deltagelse i patientuddannelse gennemført i en række ambulatorier i Region Hovedstaden (Johansen, Rasmussen og Christiansen 2012). Undersøgelsen viser, at borgere med en af de tre relevante kroniske sygdomme ikke deltager i patientuddannelse, såfremt de er meget sårbare sygdomsmæssigt og socialt eller omvendt er meget lidt sårbare og fortsat i arbejde. Det skal dog understreges, at undersøgelsen af årsager til deltagelse og ikke-deltagelse (Johansen, Rasmussen og Christiansen 2012) kun er repræsentativ for de borgere med kronisk sygdom, som kommer hos egen læge eller i ambulatorier i forbindelse med deres sygdom, og at datagrundlaget kun omfatter knapt 400 borgere med kronisk sygdom (KOL, hjertesygdom eller type 2-diabetes). Der er således behov for mere forskning og undersøgelse af, hvem der dels ikke deltager, dels ikke gennemfører patientuddannelse, førend der med sikkerhed kan drages en konklusion.

Resultaterne af denne og andre patientuddannelsesevalueringer skal ses i lyset af, at der sker en selekteringsproces i forbindelse med deltagelse i patientuddannelse – en proces der foregår ved alle patientuddannelser og på mange måder er uundgåelig, hvis patientuddannelse skal lykkes. For at gruppen samlet set får optimal nytte af kurset, kræver det, at undervisningen foregår på dansk, at deltagerne kan agere i en gruppe

og vise et stabilt fremmøde. Patientuddannelse er desuden valgfrit (med få undtagelser inden for sygehusregi) og kræver, at borgerne føler sig motiverede til at deltage. Det er problematisk, at det endnu ikke i en dansk kontekst er lykkedes at implementere koncepter, som også de allermest ressourcetsvage og særligt udsatte borgere henvises til eller fastholdes i, da netop disse grupper har et stort behov for at blive gjort aktive i egen sygdom.

Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelser peger på, at særligt nogle grupper af patienter synes at tage imod tilbuddet om patientuddannelse: kvinder, veluddannede og borgere fra majoritetskulturen. I forhold til pilotafprøvningen af Vejen videre er der ikke noget, der tyder på, at det særligt er kvinder og veluddannede, der tager imod tilbuddet. Kønnene er ligeligt repræsenterede, og spredning hvad angår uddannelse er stor. Dette kan ses som et udtryk for en vellykket, intensiv og bred rekrutteringsproces, hvor man har formået at tiltrække begge køn og borgere fra flere forskellige lag. Men de brede rekrutteringskriterier kan også være en af grundene til frafald forud for og undervejs på uddannelsen. Samtidig medvirker rekrutteringskriterierne til, at det primært er borgere inden for majoritetskulturen, der deltager i Vejen videre, idet der stilles krav om gode danske sprogkundskaber, om at kunne indgå i en gruppe og få gavn deraf.

I Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse konstateres det, at information om sygdom og sygdomshåndtering skal gives på det rette tidspunkt, for at den enkelte kan opnå størst muligt udbytte. Hvornår tidspunktet er det rette, er individuelt og afhænger blandt andet af, hvor i sygdomserkendelsesprocessen man befinder sig. Man kan forestille sig, at der vil være en sammenhæng mellem, hvor lang tid man har haft diagnosen og ens alder og så en deltagers modtagelighed over for at ændre på sin relation til sygdommen. Det er ikke muligt med denne evaluering at pege på, om borgere, som har haft deres diagnose i fx mere end 10 år, opnår større eller mindre selvrapporteret effekt af patientuddannelsen end borgere, der er ny-diagnosticerede, men vi kan med evalueringen konstatere, at borgere, der har været diagnosticeret længe, er en anelse mere tilfredse med oplevelsen af grundmodulet og samtidig en anelse mindre tilfredse med træningsmodulet. Samtidig viste den spørgeskemabaserede del af evalueringen, at tid med diagnose har sammenhæng med den måde, som deltagerne selvrapporterer visse self-efficacy mål. Således scorer deltagere, der har haft deres diagnose i længere end 10 år, lavere end gennemsnittet på self-efficacy spørgsmålene. Resultaterne kan med fordel efterprøves og undersøges i andre sammenhænge, da mere robuste resultater i forhold til 'det rette tidspunkt for rekruttering til patientuddannelse' kunne vise sig gavnlige i det videre patientuddannelsesarbejde.

Desuden kunne det være interessant at opnå resultater omkring mere langsigtede effekter ved at følge udviklingen i Vejen videre-deltagernes selvrapporterede effekt og udbytte for dermed at se, om den positive udvikling er vedvarende over længere tid, fx 12 eller 24 måneder. Hvis konceptet rulles ud i flere kommuner, vil det også give basis for et større grundlag af

deltagere at evaluere på baggrund af, hvilket kan give mere robuste og entydige evalueringresultater.

Det vil være fordelagtigt for gennemslagskraften af fremtidige evalueringresultater, hvis der kan indtænkes et ventelistedesign eller en form for randomisering til deltagelse i Vejen videre, så der gives mulighed for at vurdere udbytte og effekter relativt i forhold til en kontrolgruppe. Samtidig er der et åbenlyst behov for fortsat at evaluere Vejen videre for dermed løbende at kunne kvalificere og tilpasse konceptet. Denne evaluering har haft til formål at give indspark til den videre udvikling og implementering af Vejen videre, hvorfor den opfølgende måleperiode begrænser sig til tre måneder. Det er dog vigtigt fortsat at evaluere kurset med henblik på at kunne afdække eventuelle langsigtede effekter.

Denne evaluering omfatter en pilotafprøvning af et patientuddannelseskoncept. Det betyder, at konceptet er nyt i kommunerne og for underviserne. I bedste fald kan Vejen videre på sigt opnå endnu bedre resultater, end de her præsenterede. I Region Midtjyllands evaluering af 'Læring og mestring' (Vinther-Jensen & Schak Jensen 2012) understreges det, at en vigtig forudsætning for succes med patientuddannelse er, at underviserne 'gør undervisningsmaterialet til deres eget og opbygger rutine med at undervise' og lægger personligt engagement i undervisningen. Noget der for mange kommuner og undervisere vil være lettere at gøre, når kurset har kørt nogle gange. På den anden side vides det fra andre interventionsbaserede pilotafprøvninger, at alle parter i forbindelse med en afprøvning af noget nyt yder en ekstra indsats og rider på en bølge af gå-på-mod og engagement, som aftager med tiden. Der er således grund til at evaluere konceptet, når det er fuldt implementeret, så man bedre kan vurdere, om det fungerer i den daglige drift.

Endelig omtales udfordringen med at 'holde sig til konceptet' og den interne kontrol heraf som et vigtigt element i at arbejde med et generisk koncept. Det er en udfordring løbende at sikre, at Vejen videre anvendes som foreskrevet og ikke blot udvikler sig til 'lokale afarter' af konceptet eller smelter sammen med igangværende indsatser over for borgere med kronisk sygdom. Styrken ved at arbejde med et generisk koncept ligger netop i, at indsatsen, uanset hvor den udfoldes, er behæftet med integritet og kvalitet samt en forventelig kendt effekt. Forudsætningen er, at konceptet følges, og graden af, hvor tæt konceptet skal følges, kontra hvor meget rum der er for lokal tilpasning af konceptet, er vanskeligt at afgøre og afhænger af flere forskellige forhold. Forskning i anvendelsen af manualbaserede koncepter peger på, at implementeringsgraden (ofte betegnet som *fidelity* eller *treatment adherence*) er afgørende for, at man når de resultater, som konceptet sigter mod (Fixsen m.fl., 2009). En optimal implementering af et koncept, hvor det udøves som foreskrevet, sikrer, at konceptet kan give de resultater, som konceptet er designet til at give (Sugai & Horner 2006). I forskningslitteraturen findes der mange bud på forhold, der generelt er vigtige at være opmærksomme på i forbindelse med implementeringen af generiske koncepter (ledelsesmæssig opbakning, tid til at arbejde med konceptet,

konkurrerende koncepter, modvilje samt udskiftning i implementeringstemaet eller aftagere af konceptet osv.), mens den konkrete grænse for, hvor meget lokal tilpasning et givent koncept kan bære, må afgøres koncept-specifikt.

Set fra undervisernes perspektiv er det en udfordring at følge detaljeorienterede øvelser og metoder i undervisningsvejledningen til Vejen videre, samtidig med at undervisningen skal tilrettelægges, således at borgerne kan arbejde med det, de oplever at have behov for i den situation, de er i. På baggrund af evalueringen vurderes det, at der er et behov for løbende kvalificering og supervision i forhold til underviserne for at sikre en passende balance imellem at undervise koncept-nært og lade individuelle og lokale hensyn få plads, ligesom der er behov for en diskussion af grænserne for lokale tilpasningsmuligheder i forbindelse med konceptet.

7.2 Konklusion

Evalueringen har haft til formål at bidrage med input til beslutningen om, hvorvidt Vejen videre bør videreføres som koncept for patientuddannelse i kommunerne. Med evalueringen kan det konkluderes, at det er lykkedes at udforme et koncept for patientuddannelse, som har haft positive effekter på såvel selvoplevet udbytte som på enkelte selvrapporterede mål. Det er et koncept, som underviserne og kommunerne overordnet set har været glade for at arbejde med, samtidig med at deltagerne udtrykker tilfredshed med deltagelsen. Det er dog svært på baggrund af evalueringen at vurdere, hvilke konkrete dele af konceptet der har ledt til de positive resultater. Vi kan ikke vurdere, om de positive resultater primært kommer fra træningsdelen, fra de obligatoriske moduler, eller om de valgfrie moduler har været særligt afgørende. Samtidig er det vanskeligt med det valgte evalueringdesign at påvise entydig effekt, der kan garantere, at dette koncept vil være mere effektivt end alternative tiltag.

Evalueringen viser, at Vejen videre er et fuldgældigt alternativ til anden patientuddannelse, og at der kan være gode argumenter for at benytte konceptet i det videre arbejde med at tilbyde patientuddannelse i kommunerne. Konceptets anvendelse af sundhedsfagligt personale, der arbejder i teams, vurderes positivt af både undervisere og deltagere, hvilket gør konceptet unikt. Det er dog ikke muligt med denne evaluering at vurdere patientuddannelsesstilbud i Danmark relativt i forhold til hinanden – en viden, der savnes generelt. En eventuel udrulning af konceptet i større stil bør lede til overvejelser om at igangsætte et egentligt randomiseret studie af effekten af en multifacetteret og sundhedsfagligt ledet patientuddannelse som Vejen videre, således at det kan dokumenteres, om konceptet leder til større udbytte og effekt end andre tiltag.

Vejen videre-konceptet har på baggrund af evalueringen gang på jord, men evalueringen giver samtidig anledning til nogle overvejelser omkring justeringer i konceptet. Vi vil kigge nærmere på disse efter et mere grundigt kig på evalueringens tre dele, som det også har været formålet med evalueringen at belyse:

- Implementering og organisering
- Metode og pædagogik
- Oplevet udbytte og selvrapporteret effekt.

Implementeringsproces og organisering: Evalueringen har analyseret implementeringsprocessen og organiseringen af konceptet i de fire deltagende pilotkommuner. Analyserne peger på en række henholdsvis fremmende og hæmmende faktorer i forhold til implementeringen af Vejen videre. De mest centrale faktorer i forhold til at fremme implementeringen af Vejen videre er ledelsesopbakning, følelse af ejerskab blandt underviserne og forudgående erfaringer med afvikling af patientuddannelse. Den væsentligste hæmmende barriere er potentiel intern konkurrence om deltagere, når kommunen har flere forskellige tilbud til målgruppen.

Evalueringen viser også, at der er usikkerhed blandt både ansatte, undervisere og samarbejdspartner om afgrænsning af målgruppen på trods af, at der i arbejdet med konceptet og implementeringen er gjort en særlig indsats for at undgå denne problemstilling. Evalueringens deltagere har oplevet, at konceptets fokus på at skulle kunne rumme borgere med ringe egenomsorg og høj sygdomskompleksitet ikke harmonerer tilstrækkeligt med kravet om fremmøde flere gange ugentligt. Målgruppen kan tolkes forholdsvis bredt og fordrer faglige skøn fra både samarbejdspartner og undervisere.

Evalueringen viser endvidere, at både undervisere og deltagere oplever, at det løfter kvaliteten af undervisningen, at underviserne er uddannede til undervisning, har en sundhedsprofessionel profil, og at de kan være to undervisere på grundmodulet og generelt kan sparre med hinanden som underviser-team.

Med afsæt i kommunernes rekrutteringsstrategier har evalueringen haft fokus på at undersøge almen praksis, sygehuse og kommunen som rekrutteringskanaler, men også patientforeninger og den brede offentlighed forstået som lokalaviser, radioindslag, pensionistklubber, biblioteker og andre offentlige steder, hvorigennem der kan annonceres om Vejen videre. Samarbejdspartnerne har overordnet været tilfredse med den information, de har fået om Vejen videre. De mener, at Vejen videre vil få større gennemslagskraft, hvis tilbuddet skrives ind i eksisterende aftaler, vejledninger og procedurer og således bliver inkorporeret i den daglige praksis, samt hvis parterne løbende bliver mindet om eksistensen og evidensen for Vejen videre.

Metode og pædagogik: Vi har gennem interview og observationer sat fokus på metoder og pædagogik i konceptet. Analyserne viser, at de metodiske tilgange i Vejen videre samlet set har et stort og godt potentiale. Både blandt undervisere og deltagere er mange begejstrede for det konkrete metodiske indhold i konceptet. Men evalueringen viser også, at et mindretal har svært ved at identificere sig med nogle af metoderne.

Underviserne har som sundhedsprofessionelle stort behov for at kunne gøre undervisningsmaterialet til deres eget, dels for at de som undervisere virker troværdige, dels for at levere god undervisning, hvilket for underviserne betyder undervisning, der er anerkendende og inddragende og dermed har den bedst mulige indvirkning på deltagerne. Underviserne oplever, at det er vanskeligt at holde deltagerne fanget og engagerede, hvis ikke de som undervisere kan løsrive sig fra undervisningsvejledningen, men er nødsaget til at læse op. Det kan konkluderes, at underviserne må kompetenceudvikles endnu bedre i forhold til at arbejde ud fra undervisningsvejledningen, og at der samtidig må arbejdes videre på at definere grænserne for at afvige fra konceptet – hvor smidigt kan konceptet gøres, således at der fortsat er tale om et generisk koncept?

Den procesorienterede tilgang, hvor rækkefølgen af metoder og emner hænger systematisk sammen og er tidsmæssigt styret, kan stik imod intensionen virke abrupt for undervisningen. Samtidig kan fokus på deltagerens personlige sygdomserfaringer have etiske komplikationer på den måde, at underviserne føler, at de 'udleverer' en given deltager, hvis problemstilling er i fokus. Underviserne oplever, at skift imellem øvelser og temaer kan virke unødvendige og unaturlige, og at sammenhængen til næste tema ikke altid er givet.

I forhold til de forskellige moduler viser evalueringen, at der er stor begejstring blandt såvel deltagere som undervisere for træningsmodulet. Mange deltagere fremhæver netop træningsmodulet som det vigtigste trækplaster i forhold til deltagelse i Vejen videre. Desuden kan flere af de mål, hvor der er opnået en selvrapporert effekt, antages at være relateret til den fysiske træning (blandt andet BMI og selvvurderet fysisk form). Det kan samlet set konkluderes, at træningsdelen i konceptet Vejen videre er et godt grundlag for at videreføre og eventuelt videreudbygge konceptet; træningsdelen kan også tilbydes efter endt patientuddannelse, eventuelt etableret under andre former.

Grundmodulets fokus på psykosociale aspekter og erkendelsesprocesser adskiller det fra anden patientuddannelse med sundhedsprofessionelle undervisere. Underviserne oplever, at det kræver tilvænning både for dem selv og for deltagerne. De giver dog også overvejende udtryk for, at modulet er meningsfuldt og giver deltagerne redskaber til at skabe forandringer i deres liv.

Endelig peger evalueringen på, at det er relevant at tilbyde sygdomsspecifikke moduler, da en del deltagere mangler helt basal viden om deres sygdom. Deltagerne har vurderet deres udbytte af og oplevelse med deltagelse i disse moduler særdeles positivt, og de kvalitative interview udtrykker øget grad af sygdomsforståelse og tendenser til øget self-efficacy. Dog kan der være problemer med at skabe tilstrækkeligt stort deltagergrundlag især i mindre kommuner. Nærværende evaluering er således også kun baseret på 40-60 deltagere fra de fire pilotkommuner samlet set på hvert af de sygdomsspecifikke moduler.

Oplevet udbytte og selvrapporert effekt: Den spørgeskema-baserede del af evalueringen udgør besvarelser fra 184 delta-

gere (97 % blandt alle gennemførte kursusdeltagere), som har besvaret spørgsmål både før, efter og tre måneder efter deltagelse vedrørende deres selvoplevede udbytte og den selvrapporerede effekt af Vejen videre. De vigtigste resultater fra denne del af evalueringen er:

- Selvrapporert sundhedsadfærd: Der er sket en positiv udvikling i forhold til deltagerens udøvelse af anstrengende fysisk aktivitet fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter. Der er ikke fundet signifikante sammenhænge mellem deltagerens sygdoms- og baggrundsforhold (fx køn, alder, uddannelse, bo-forhold mv.) og selvrapporert effekt i forhold til anstrengende fysisk aktivitet. Hvad angår de øvrige sundhedsadfærdsmål rygning, alkoholindtag og madvaner, kan der ikke peges på en statistisk signifikant udvikling i besvarelserne, men ikke desto mindre er der tegn på positive udviklingstendenser.
- Selvrapporert self-efficacy: Hvad angår deltagerens self-efficacy er der sket en positiv udvikling fra før til umiddelbart efter på tre ud af seks elementer i skalaen (det drejer sig om at kunne håndtere træthed, symptomer og begrænse påvirkning i dagligdagen). Deltagerens vurdering af dem selv ved målingen tre måneder efter deltagelse er faldet en anelse tilbage, hvilket betyder, at der samlet set ikke er sket statistisk signifikante ændringer fra før til tre måneder efter deltagelse, om end tendenserne er positive. På det samlede self-efficacy mål kan der ikke konkluderes at være en statistisk signifikant selvrapporert effekt hos deltagerne. Der er ikke fundet signifikante sammenhænge mellem self-efficacy score og deltagerens sygdoms- og baggrundsforhold.
- Selvrapporert helbredsstatus: Deltagerne rapporterer samlet set en lille, men signifikant udvikling i BMI fra før til efter og tre måneder efter deltagelse. Analyser af sammenhænge mellem udvikling i BMI og sygdoms- og baggrundsforhold viser, at kvinders BMI falder signifikant mere end mændenes BMI fra før til både umiddelbart efter og tre måneder efter Vejen videre kurset, yngre (under 65 år) deltageres BMI falder mere end ældre (over 65 år) deltageres BMI, og især deltagere med diagnosen type 2-diabetes opnår et lavere BMI i forbindelse med Vejen videre-kurset, hvilket samtidig er den deltagergruppe, som har det største vægttabsbehov forud for Vejen videre. Endvidere har deltagerne rykket sig signifikant i positiv retning hvad angår selvvurderet fysisk form, og endelig viser analyserne et fald i den selvrapporerede grad (intensitet) af oplevede smerter. Der er ikke fundet signifikante forskelle i selvrapporert effekt hvad angår fysisk form og smerter set i forhold til deltagerens sygdoms- og baggrundsprofiler. Hvad angår hyppigheden af smerter er der ikke sket nogen signifikant udvikling. Der kan ikke konstateres nogen statistisk signifikant positiv udvikling i forhold til psykiske tilstande som tristhed, træthed, at føle sig rolig og afslappet eller fuld af energi.

- Selvrapporteret livskvalitet: Deltagernes samlede livskvalitetsmål har rykket sig positivt, og analyserne viser, at kvinder rykker sig signifikant mere positivt end mænd på det samlede livskvalitetsmål. I evalueringen er skalaen EQ-5D-5L anvendt til at måle livskvalitet. Skalaen består af fem dimensioner vedrørende bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depression, som hver især måles og vægtes til et samlet livskvalitetsmål. De enkelte forhold, som indgår i skalaen, har ikke ændret sig fra før til efter deltagelse, mens der kan spores en statistisk signifikant selvrapporteret effekt i forhold til det samlede mål.
- Oplevet udbytte: Deltagernes egne vurderinger af kurset er gennemgående positive både i spørgeskemaundersøgelsen og i den kvalitative interviewundersøgelse. Analyserne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er statistisk signifikant forskel på det oplevede udbytte blandt deltagere fra forskellige kommuner, blandt deltagere med forskellige uddannelsesniveauer og blandt deltagere, som har haft deres diagnose(r) i henholdsvis kortere eller længere tid. Under 5 % i spørgeskemaundersøgelsen vurderer et eller flere af kursets moduler negativt, og kun på spørgsmålene om 'mængden af information', 'at have noget til fælles med de andre kursister' og 'muligheden for at tale med de andre kursister' er det mere end hver fjerde, som svarer mindre positivt. I de kvalitative interview fortæller deltagerne, at de har opnået større selverkendelse, bedre tiltro til egne evner og en større forståelse for at indarbejde fysisk aktivitet og god sundhedsadfærd i deres hverdag. Størstedelen af de interviewede deltagere finder både moduler og redskaber relevante og anvendelige. Desuden sætter deltagerne pris på sammenholdet og erfaringsudvekslingen i gruppen. Udover udveksling af tips bruger gruppen også hinanden til at tale om svære følelser, som følger med en kronisk sygdom. De kvalitative interview byder imidlertid også på mere kritiske kommentarer. Nogle deltagere pointerer, at de havde svært ved at forstå øvelserne på grundmodulet, at undervisningen på modulerne var for højtragende og langtrukket, at der var for meget stillesiddende undervisning, og at det ikke appellerer til dem, som ikke er inde i 'en ond cirkel', som de skal brydes ud af.

7.3 Anbefalinger

Det har været et selvstændigt formål med evalueringen at bidrage med input til justering af konceptet. Anbefalingerne i dette afsnit skal ses som et sådan bidrag. Vi har dog ikke plads til alle de detaljer, som evalueringen indeholder, og vi vil derfor henvise til de enkelte kapitler, hvor der vil være flere konkrete anbefalinger og fokuspunkter til overvejelse.

Overordnet skal der peges på, at anbefalingerne er på forskellige niveauer, dvs. nogle anbefalinger vil være mere omfattende at tage fat på end andre, ligesom nogle fremstår mere presserende og væsentlige at tage fat på end andre. På baggrund af evalueringen mener vi, at der først og fremmest bør arbejdes videre på at kompetenceudvikle underviserne i for-

hold til at arbejde med et generisk koncept som Vejen videre og i forhold til at levere konceptets metoder og moduler så optimalt som muligt. Underviserne er bindeleddet mellem koncept og borger og er således alfa og omega i forhold, til at Vejen videre kan bidrage positivt til borgernes udvikling. Underviserne viser gennemgående at have udfordringer ved at arbejde med konceptet og efterspørger yderligere kompetenceudvikling. Ligeså vigtigt kan vi med evalueringen pege på, at det er vigtigt at arbejde med de øvrige implementerings- og organisationsudfordringer, ikke mindst i lyset af at konceptet er generisk og kræver opretholdelse og grundighed i implementeringen, således at konceptet bevares. Hvad angår de øvrige anbefalinger omhandlende moduler og metoder på Vejen videre, skal disse ses som mindre presserende.

Rekruttering: Det er vigtigt for gennemslagskraften af et nyt koncept som Vejen videre, at det skrives ind i 'accepterede kanaler' forstået som eksisterende retningslinjer og ydelsesstrukturer – det giver legitimitet og har en vigtig signalværdi. Forskellige samarbejdsparter (læger, kommuner, hospitaler mv.) kan have forskellige behov for information i forbindelse med rekruttering til kurset, så informationen skal tilpasses modtageren. Samarbejdspartnerne efterlyser løbende at blive mindet om, at Vejen videre eksisterer, da det nemt glider i glemmebogen i en travl hverdag.

De praktiserende læger er den væsentligste rekrutteringskilde. Lægerne vil meget gerne orienteres om, hvad der sker med de patienter, de henviser. En sådan feedback kan samtidig fungere som en reminder til lægen om, at tilbuddet eksisterer og bliver brugt. Det anbefales derfor også, at sådanne tilbagemeldinger (fortsat i de tilfælde hvor det allerede har fungeret sådan) integreres som en fast del af kurset, og at der udvikles en standardformular, som kan bruges til dette. De øvrige samarbejdsparter forventer ikke den form for feedback.

Annoncering i dagspressen har ifølge pilotkommunerne givet de fleste borgerhenvendelser. Det har imidlertid resulteret i et større sorteringsarbejde for koordinatorene og undervisere på Vejen videre, da ikke alle 'selvrekruiterede' borgere er i målgruppen. Evalueringen af Vejen videre har samtidig vist, at der er tvivl blandt sundhedsprofessionelle i forhold til, hvilke borgere der er 'egnede' til Vejen videre, og der kan således være grund til at arbejde videre med konceptets rekrutteringsstrategier og forudsætninger for deltagelse, men også en skærpelse af visitationen. Det må afklares, om det primære formål er at rekruttere borgere, der er motiverede og indstillede på udvikling, eller om der i endnu større udstrækning skal sættes på den målgruppe, som ofte overses (se blandt andet Johansen, Rasmussen og Christiansen 2012), nemlig de særligt ressource-svage borgere med kronisk sygdom.

Implementering og organisering: Ledelsesmæssig opbakning er vigtig i forhold til at skabe en god implementeringsproces. Det er derfor vores anbefaling, at ledelsen i kommunerne inddrages grundigt i implementeringen af konceptet. Underviserne bør (fortsat) have rig lejlighed til at sparre med hinanden om

undervisningsmaterialet og kunne oparbejde erfaring med materialet, således at de kan gøre materialet 'levende' og 'til deres eget'. Underviserne kan med fordel kompetenceudvikles endnu bedre i forhold til at arbejde ud fra undervisningsvejledningen. Blandt andet efterspørger underviserne kompetencer og vejledning i forhold til at håndtere 'vanskelige' deltagere på kurset. Desuden afspejler evalueringsmaterialet, at underviserne til tider har begrænsede forståelser for, hvad det vil sige at arbejde med et generisk koncept, som ikke tillader væsentlige afvigelser fra konceptet, hvilket der også med fordel kunne arbejdes på at forbedre gennem kompetenceudviklingskurset. Dette vil styrke formidlingen af kursets indhold og sandsynligvis også udbytte og effekt af kurset.

Forud for kurset er det vigtigt at give deltagerne en grundig indføring i, hvilken type patientuddannelse Vejen videre er, og hvad deltagerne kan forvente sig. En klarere forventningsafstemning vil formentlig medføre endnu større tilfredshed med det oplevede udbytte blandt deltagerne. Ikke alle deltagere er bevidste nok om, hvad kurset går ud på, inden de starter, og flere bliver overraskede over, hvor meget tid der går med fx at snakke i gruppe.

Samlet set anbefales det, at kommunerne gives anvisninger i forhold til, hvordan man griber implementeringsarbejdet an, da implementeringen er et vigtigt led i forhold til at opnå et vellykket resultat. Der bør udarbejdes en implementeringsvejledning, som med fordel kan basere sig på dels denne evaluering og dels på en workshop, hvor nøglepersoner fra pilotkommunerne inviteres til at give indspark til en sådan implementeringsvejledning. Nystartede kommuner kunne med fordel få adgang til at sparre med nøglepersoner fra 'erfarne' kommuner om, hvordan de har grebet implementeringsudfordringer an. Der kunne også oparbejdes et 'Vejen videre-forum' for erfaringsudveksling mellem alle, der arbejder med Vejen videre, hvilket samtidig kunne være med til at sikre en form for ensartethed om problemhåndtering i forbindelse med konceptet.

Underviserne og konceptet: Underviserne vil gerne have mulighed for at afvige fra konceptet, hvis de vurderer, at deltagerne på et specifikt hold i en given undervisningssituation har brug for at debattere et emne, der enten er afsat meget lidt tid til eller slet ikke indgår i undervisningsmaterialet. Der kan være god grund til, at konceptet mere eksplicit tager stilling til grænsen for 'at træde uden for' undervisningsvejledningen.

Underviserne fremhæver, at det med tiden ikke vil være tilstrækkeligt udfordrende og meningsfuldt som fagperson at følge konceptet meget stringent. Underviserne ønsker at udvikle sig med konceptet og efterlyser mulighed for at udvikle konceptet løbende. For at imødekomme problematikker ved at undervise ud fra et fast koncept kan det således anbefales, at underviserne på Vejen videre bliver forberedt på, hvordan de skal håndtere problematikker omkring tab af oplevet faglighed på kompetencekurset, og at de gives mulighed for større grad af erfaringsudveksling i forhold til at 'gøre undervisningsmaterialet personligt'. Det handler om at kompetenceudvikle underviserne, så de er rustede til at arbejde med et generisk koncept

og at undervise på konceptets præmisser – uanset deres faglige baggrund og tidligere erfaringer.

Desuden bør kompetencekurset klæde underviserne på i forhold til det pædagogiske og metodiske grundlag. I den forbindelse bør man overveje, hvordan man åbent kan diskutere den bagvedliggende teori for konceptets udformning og de enkelte metoders anvendelighed. Disse diskussioner bør i endnu højere grad, end det hidtil har været tilfældet, skabe en sammenhæng mellem teori og metode og give underviserne en forståelse for, hvorfor konceptet er udviklet, som det er.

Det er en vigtig pointe, at metoderne ikke i sig selv sikrer en tilstrækkelig inddragende undervisning, dvs. en undervisning, som er anerkendende og foregår på deltageres præmisser. Underviserne har brug for den rette sundhedspædagogiske ballast og erfaring, og det kræver mere end et fast koncept at kunne formidle viden og skabe relationer mellem deltagerne på en engagerende måde.

Metoderne: For at undgå at øvelserne bliver opfattet som abstrakte af deltagerne, er det vigtigt, at underviserne (fortsat) gør det tydeligt, hvad de forskellige øvelser har som formål, hvorfor det er vigtigt at arbejde med det specifikke tema, og hvordan øvelsen kan tages med videre hjem i hverdagen. Konceptet foreskriver allerede dette budskab, men evalueringen tyder på, at ikke alle deltagere har forstået formålet med øvelserne tilstrækkeligt. Til trods for at øvelserne har til hensigt at tage udgangspunkt i deltagerne, er der alligevel fare for, at materialet anlægger en distance til deltagerne. Således viser den spørgeskemabaserede del af evalueringen, at knap en fjerdedel af deltagerne ikke føler sig 'tiltalt af kursets metoder'. Det bør give anledning til at overveje, hvordan underviserne kan skabe balance mellem at sætte konkrete problematikker eller erfaringer i centrum for diskussionerne og samtidig gøre disse relevante for hele gruppen og til at kompetenceudvikle underviserne i endnu højere grad, så de er rustede til at anvende metoderne.

Særligt brugen af handleplaner udgør et væsentligt element i undervisningen. Selvom underviserne generelt vurderer metoden som let tilgængelig og meningsfuld at arbejde med, er der flere udfordringer ved at arbejde med handleplaner i det omfang, man gør på Vejen videre. Godt en femtedel af deltagerne i undersøgelsen angiver specifikt, at de ikke bryder sig om hjemmearbejdet med handleplaner.

I vores observationer og interview har vi bemærket, at en del deltagere beskriver, hvordan de med tiden anser brugen af handleplaner som et 'spil', de kan lære at spille eller finde smutveje ud af. Dermed mister metoden en del af sin relevans. Det kan anbefales fortsat at anvende handleplaner som et bærende element i undervisningen, men at anvendelsen af metoden mindre slavisk skal være gennemgående for hver modulgang. Der kan med fordel sættes mere fokus på, hvordan handleplaner fastholdes som et brugbart redskab for deltagerne i deres hverdag.

Flere undervisere efterlyser til gengæld flere forskellige redskaber, som de kan benytte til at formidle de pointer og te-

maer, der er med i pensum på uddannelsen. Man kunne på den baggrund overveje, om man skulle arbejde med at udvide underviserens redskabskasse med flere forskellige metoder eller virkemidler, som kan benyttes som afveksling til de eksisterende, det vil eksempelvis sige PowerPoint-præsentationer og mere billedmateriale.

Modulerne: Træningsmodulet er det obligatoriske modul, der vurderes mest positivt af deltagerne (24 % vurderer dette som fremragende, 44 % som vældig godt, 29 % som godt og 3 % som mindre godt), og samtidig skal det bemærkes, at fysisk aktivitet er et af de sundhedsadfærdsmål, som deltagerne har rykket sig positivt på. Der kan således være grund til at fastholde de grundlæggende elementer, som træningsmodulet har rummet i pilotafprøvningen. Der kan endvidere være grundlag for at udvide træningsdelen som et led i patientuddannelsen, og ikke mindst er det vores anbefaling, at kursisterne får mulighed for at fortsætte træningen i kommunalt regi efter endt patientuddannelse, såfremt det er praktisk muligt for kommunen at tilbyde. En fastholdelse af træningstilbuddet også efter endt patientuddannelse ville i bedste fald kunne sandsynliggøre en længere fastholdelse af det positive selvrapporterede udbytte i relation til fysisk aktivitet og oplevelse af egen fysiske form.

Samtidig viser evalueringen i relation til træningsmodulet, at underviserne på træningen ikke nødvendigvis ved, hvad gruppen arbejder med på de øvrige moduler. Det ville derfor være oplagt i højere grad at koordinere de forskellige aktiviteter. Dette kunne eksempelvis afhjælpes ved i større udstrækning og i flere detaljer at udvikle undervisningsvejledningen for træningsmodulet og samtidig at indarbejde koordinering mellem fysioterapeuter og underviserne på de øvrige moduler i konceptet.

På madmodulet kunne der med fordel i større udstrækning fokuseres på sociale og følelsesmæssige aspekter om mad og madvaner. Deltagerne har (fejlagtigt) fået den opfattelse, at madmodulet kun er for diabetikere og kun handler om at lave mad, hvorfor der bør arbejdes videre på klarere at formidle, hvad formålet med madmodulet er, og hvem det henvender sig til. Her kunne der drages fordel af en større integration eller sammenhæng til grundmodulets fokus på de psykosociale elementer i livet med kronisk sygdom.

I forhold til organiseringen af de sygdomsspecifikke moduler fortæller flere undervisere, at undervisningsmaterialet ikke er tilstrækkeligt – de efterlyser blandt andet bedre billedmateriale. Derfor har de ofte anvendt eget materiale til at illustrere pointer. Derudover påpeger samtlige undervisere, at al undervisning i oplysning om medicin og medicinhandling bør samles på de sygdomsspecifikke moduler og ikke som nu også på grundmodulet. Deltagerne har et stort behov for at tale om medicin, og diskussionerne om medicin bliver ofte meget specifikke om konkrete præparater og bivirkninger, hvorfor de bør ligge på de sygdomsspecifikke moduler. Ulempen ved at flytte undervisning om medicin og medicinhandling til de sygdomsspecifikke moduler er imidlertid, at disse moduler ikke er obligatoriske. Det kan på den baggrund anbefales, at medicin og medicinhandling fortsat diskuteres på grundmodulet, men bearbejdes mere dybdegående på de sygdomsspecifikke moduler.

Overordnet for modulerne gælder det, at der bør arbejdes på timingen imellem dem. Det er vigtigt, at deltagerne ikke falder fra kurset, fordi der går for lang tid mellem grundmodul og træningsmodul, til der er rekrutteret tilstrækkeligt med deltagere til igangsættelse af de valgfrie moduler. ■



- Bandura, A. 1997, *Self-Efficacy: the Exercise of Control*, Freeman, New York.
- Bandura, A. 1986, *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.
- Bandura, A. 1977, "Self-Efficacy. Toward a Unifying Theory and Behavioral Chance", *Psychological Review*, vol. 84, no. 2, pp. 191-215.
- Christensen, A.I., Davidsen, M., Ekholm, O., Hansen, S.E., Holst, M., Juel, K., Iversen, A. & Kristensen, P.L. 2010, *Hvordan har du det? - trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010*, Region Syddanmark, Vejle.
- Dansk Selskab for Almen Medicin 2008, *KOL i almen praksis, diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering (Klinisk vejledning)*, Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering, Viby.
- Dansk Selskab for Almen Medicin 2007, *Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis (Klinisk vejledning)*, 3th edn, Dansk Selskab for Almen Medicin i Samarbejde med Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering, Odder.
- Dansk Selskab for Almen Medicin 2004, *Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning (Klinisk vejledning)*, Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering, Aalborg.
- Engelund, G. & Hansen, U.M. 2011, *Sundhedspædagogisk model for patientuddannelse på tværs af diagnoser. Rapport om projektet 'Patientuddannelse på tværs af diagnoser' i Region Syddanmark. Rapport 1*, Steno Center for Sundhedsfremme, København.
- Engelund, G., Hansen, U.M. & Voigt, J.R. 2011, *Kompetenceudviklingsmodel for sundhedsprofessionelle der skal varetage patientuddannelse på tværs af diagnoser. Rapport om projekt 'Patientuddannelse på tværs af diagnoser' i Region Syddanmark. Rapport 2*, Steno Center for Sundhedsfremme, København.
- Esbjerg Kommune 2011, *Sundhedspolitik for borgere i Esbjerg Kommune 2011-2014*, Esbjerg Kommune, Esbjerg.
- EuroQol Group, *What is EQ-5D?*. Available: <http://www.euroqol.org/> [2012, 27. nov.].
- Fixsen, D.L., K.A. Blase, S.F. Naoom & F. Wallace (2009): "Core Implementation Components". *Research on Social Work Practice*, 19(5), s. 531-540.
- Grøn, L., Franck, E.B., Rahbek, L.E.B., Nielsen, M. & Buch, M.S. 2012, *Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Kiens, B., Beyer, N., Brage, S., Hyldstrup, L., Ottesen, L.S., Overgaard, K., Klarlund Pedersen, B. & Puggaard, L. 2007, *Fysisk inaktivitet - konsekvenser og sammenhænge*, Motions- og Ernæringsrådet, [U.st.].
- Kristensen, S., Jensen, C.M., Winding, T.N. & Bilenberg, N. 2009, "Validiteten af spørgeskemaundersøgelser med lav svarprocent", *Ugeskrift for Læger*, vol. 171, no. 6, pp. 415-419.
- Kvale, S., Brinkmann, S. 2009, *Interview - introduktion til et håndværk*, 2.udgave, Hans Reitzels Forlag.
- Lægemedelstatistik 2012, *Befolkningens brug af medicin mod folkesygdomme fordelt på kommuner* [hjemmeside: Sundhedsstyrelsen]. Available: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/statistik-og-analyser/statistik/brug-af-medicin-mod-folkesygdomme> [2012, 21. aug.].
- Langeland Kommune 2009, *Sundhedspolitik for Langeland Kommune*, Langeland Kommune, Rudkøbing.
- Lidegaard, Ø. & Hammerum, M.S. 2002, "Landspatientregisteret som redskab i løbende produktions- og kvalitetskontrol", *Ugeskrift for Læger*, vol. 164, no. 38, pp. 4420-4423.
- Lidegaard, Ø. 2002, *Landspatientregistret til kvalitetssikring i det gynækologiske speciale*, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Kbh.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. & Holman, H.R. 1989, "Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis", *Arthritis and Rheumatism*, vol. 32, no. 1, pp. 37-44.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D. & Hobbs, M. 2001, "Effect of a self-management program on patients with chronic disease", *Effective clinical practice: ECP*, vol. 4, no. 6, pp. 256-262.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W., Jr, Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D. & Holman, H.R. 1999, "Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial", *Medical care*, vol. 37, no. 1, pp. 5-14.
- Marthedal, A.B., Johansen, K.S., Nielsen, A., Hansen, A.R. & Jensen, M.B. 2011, *Lær at leve med kronisk sygdom. Evaluering*

- ring af udbytte, selvvrurderet effekt og rekruttering (Rapport 2011.01), Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Norborg, M. 2011, *Vejen videre - kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes. Undervisningsvejledning*, 1st edn, Komiteen for Sundhedsoplysning, København.
- Nørgaard, J.O.R. 2009, *Medicinske fagudtryk: en klinisk ordbog med kommentarer*, 3th edn, Dansk Sygeplejeråd, Kbh.
- Odense Kommune 2011, *Sund sammen. Odense Kommunes Sundhedspolitik*, Odense Kommune, Odense.
- Primdahl, J. 2011, *Self-efficacy in Outpatients with Rheumatoid Arthritis: PhD thesis*, Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, [Odense].
- Region Syddanmark 2010a, *Forløbsprogram for KOL i Region Syddanmark*, Region Syddanmark, Vejle.
- Region Syddanmark 2010b, *Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom i Region Syddanmark*, Region Syddanmark, Vejle.
- Region Syddanmark 2010c, *Forløbsprogram for voksne patienter med type 2-diabetes i Region Syddanmark*, Region Syddanmark, Vejle.
- Region Syddanmark 2008, *Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark*, 9th edn, Region Syddanmark, Vejle.
- Rønno, L.P. & Marckman, B. 2010, *Implementeringsforskning om forebyggelse - en baggrundsrapport (Version: 1.1)*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.
- Schepelern Johansen, K., Skovbo Rasmussen, P. & Hjøllund Christiansen, A. 2012, *Hvem deltager og hvem deltager ikke i sygdomsspecifik patientuddannelse. En evaluering af sygdomsspecifik patientuddannelse i Region Hovedstaden*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Sørensen, J., Davidsen, M., Gudex, C., Pedersen, K.M. & Brønnum-Hansen, H. 2009, "Danish EQ-5D population norms", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 37, no. 5, pp. 467-474.
- Spradley, J.P. 1980, *Participant Observation*, Wadsworth Thomson Learning, London.
- Stanford Patient Education Research Center [U.å.], *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale*, Stanford Patient Education Research Center, Palo Alto, CA.
- Statistikbanken 2012, *FOLK1: Folketal 4. kvartal 2010 efter kommune* [Hjemmeside: Danmarks Statistik]. Available: <http://www.statistikbanken.dk/FOLK1> [2012, 17. aug.].
- Sugai, G. & R.R. Horner (2006): "A Promising Approach for Expanding and Sustaining School-Wide Positive Behavior Support". *School Psychology Review*, 35(2), s. 245.
- Sundhedskoordinationsudvalget 2010, *Grundaftale for sundhedsaftalerne 2011-14. Vision om fælles sundhed, Sundhedskoordinationsudvalget*, Region Syddanmark og de 22 kommuner, Vejle.
- Sundhedsstyrelsen 2011a, *Monitorering af kronisk sygdom* [Hjemmeside: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation]. Available: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kronisk%20sygdom.aspx> [2012, 10. okt.].
- Sundhedsstyrelsen 2011b, *Tal på diabetes 1996-2010* [Hjemmeside: Sundhedsstyrelsen], Available: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Diabetes.aspx> [2012, 17. aug.].
- Sundhedsstyrelsen 2009, *Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, København.
- Sundhedsstyrelsen 2005, *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Planlægning, København.
- Varde Kommune 2010, *Strategi for arbejdet med kronisk syge borgere i Varde Kommune 2010-2012*, Varde Kommune, Varde.
- Varde Kommune 2008, *Sundhedspolitik 2008-2012* Varde Kommune, Varde Kommune, Varde.
- Vinther-Jensen, K. & Schak Jensen, A.M. 2012, *Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvantitativ evaluering*, Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Aarhus.
- Wittrup, I. 2011, *Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Kvalitativ evaluering*, Folkesundhed og Kvalitet, Region Midtjylland, Aarhus.
- World Health Organization 1998, *Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Fields of Prevention of Chronic Diseases*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. ■

Bilag 1

Observationsguide til Vejen videre

Inden deltagelse i kursusgangen:

- Læs programmet for kursusgangen rigtig godt igennem, så du ved nogenlunde, hvad der er meningen, der skal foregå.
- Hvor mange undervisere/deltagere er der til undervisningsgangen?

Læringsmål

For hver kursusgang er der opstillet læringsmål eller mål for, hvad deltagerne skal introduceres for/reflektere over/blive opmærksomme på osv.

- Under kursusgangen skal du have øje for, om de når omkring og hvordan de i praksis håndterer de opstillede mål.

Overordnede nedslagspunkter (grundmodul, madmodul og sygdomsspecifikke moduler)

- Hvordan fungerer de *metoder*, som anvendes på kursusgangen, i praksis? (fokusér på handleplaner og problemløsning)
 - Hvordan introducerer underviserne metoderne?
 - Virker det til at deltagerne kan bruge metoderne – fokus på forskelle mellem deltagerne?
 - Hvor drevne virker deltagerne i fx at gøre brug af handleplaner og problemløsning (og eventuelt andre metoder) – fokus på forskelle mellem deltagerne?
 - Hvad synes at fungere rigtig godt ved metoderne, og hvad fungerer mindre godt?
- Hvordan er deltagerens *engagement* på kursusgangen?
 - Stemninger og følelser i rummet: stilhed, berørthed, optagethed, pinlighed etc.
 - Er de engagerede eller uengagerede, eller varierer det alt efter emne/metoder?
 - Virker det som om deltagerne får noget ud af undervisningen/at afprøve metoderne?
- Hvordan er *gruppedynamikken* på holdet?
 - Hvordan er dialogen mellem deltagerne? (rosende/anerkendende, anstrengt etc.)
 - Er der noget på kurset, der virker henholdsvis ekskluderende/inkluderende på bestemte deltagere?
 - Hvordan håndterer underviserne gruppedynamikken? – de meget talende/stille, den kontrære etc. (se Bilag C i undervisningsmaterialet)
- I hvilken grad følger *underviserne* konceptet?
 - Når de omkring det hele, eller er de nødt til at skære i programmet?

- Hvordan er balancen mellem traditionel vidensformidling og aktivering af deltageres egne erfaringer?
- Hvor slavisk følger underviserne konceptet?
- Hvilke dele af konceptet virker understøttende eller blokerende i forhold til at være en kompetent underviser?

Træning

Det overordnede mål er, at deltagerne erhverver handlekompetence indenfor fysisk aktivitet

- Kan deltagerne bruge de træningsredskaber og udføre de øvelser de afprøver på egen hånd (eventuelt med redskaber der forefindes i hjemmet)?
- Gør underviserne noget særligt for at guide deltagerne til, hvordan de kan forankre træning i hverdagen? (foreningsliv, hjemmetræning etc.)?
- Gruppedynamik
 - Hvordan er gruppedynamikken til træning?
 - Adskiller det sig fra undervisningen på de andre moduler?
 - Der er løbende optag – virker det til at have nogen betydning for gruppedynamikken?
- Underviserens rolle/tilgang:
 - Giver der fælles instrukser, eller går undervisere mere individuelt til værks?
 - Differentierer underviseren øvelser/intensitet i forhold til patienternes diagnoser?
 - Inddrager underviseren nogle af metoderne fra de andre moduler (fx handleplaner etc.)?
- Der er lagt op til, at deltagerne skal igennem nogle bestemte øvelser (læringsmål)
 - Hvilke bliver afprøvet den pågældende dag, og hvordan reagerer deltagerne på det?
 - Er det jf. det overordnede mål øvelser, de kan udføre på egen hånd?

Særlige situationer

For hvert tema må du gerne udvælge og beskrive nogle situationer mere uddybende, som var særligt sigende, tankevækkende, afvigende eller overraskende.

Bilag 2

Interviewguide – enkeltinterview med deltagere

Intro

Præsentation af intervieweren

Vi er i gang med at evaluere kurset Vejen videre, og her undersøger vi også, hvordan deltagerne oplever kurset, og hvad de får ud af at deltage.

Optagelse på diktafon

Anonymisering

Karakteristika

- Alder
- Bor du sammen med nogen/bor alene?
 - Hvis samlever: Er han/hun sund og rask eller også ramt af sygdom?
- Har du børn?
- Har du andre lidelser?
- Er du på arbejdsmarkedet, pensioneret, sygemeldt etc.?
 - Hvis uden for arbejdsmarked: Hvad beskæftigede du dig med, før du blev sygemeldt/pensioneret etc.

Rekruttering og deltagelse

- Hvordan hørte du om kurset?
- (Var det din egen idé at deltage på kurset, eller blev du opfordret af andre?)
- Har du tidligere gået på et kursus for mennesker med kronisk sygdom?
- Er du startet på/meldt til KOL-, hjerte-, diabetes- eller madmodul?

Undervisning og metoder

- Hvad synes du om undervisningen på kurset?
 - Hvad har været godt/mindre godt?
 - Hvad er godt ved de forskellige moduler? (grund, mad, sygdomsspecifik, træning)
 - Hvad har du lært?
- Specifikt for træning
 - Kan du mærke forskel i kroppen?
 - Hvordan er det at træne sammen med de andre i gruppen?
 - Har I talt om forskellige typer træning? (hvile-aktivitet, moderat og lav træning, Borgs skala...)
- I dag: Var der noget ved kursusgangen i dag, du synes var særligt godt eller mindre godt?
- Hvad synes du om underviserne?
- Hvordan synes du, det er at lave handleplaner?
 - Hvad var dit sidste mål?
 - Hvordan gik det med at nå målet?

- Hvordan synes du, det er at lave problemløsning?
 - Har du selv haft et problem, der er blevet løst? (giv eksempel)
 - Kunne du bruge hjælpen?
- Hvad synes du om de andre øvelser, I laver på kurset? (giv et eksempel)
 - Kan du bruge det til noget/hvad kan du bruge det til?
 - Har du brugt øvelserne i din hverdag?

At være på et hold

- Hvordan oplever du det at være på et hold?
 - Hvad er godt og hvad er mindre godt?
 - Kan du bruge de andres erfaringer? (fungerer de eksempelvis som inspiration)
- Hvordan er det at være på et hold (grundmodul og træning) med mennesker, der ikke har den samme sygdom som dig?
- Hvordan er det at være på hold med mennesker med samme sygdom som dig? (HVIS de går på sygdomsspecifik modul)

Sammenhæng imellem moduler

(Spørg kun om dette, hvis de er startet på ét af de andre moduler)

- Hvordan er det at starte på et nyt modul? (praktisk, ny gruppe)
- Er der overlap fra grundmodulet?
- Hvordan fungerer det at deltage i flere moduler sideløbende?
 - Er der noget i planlægningen, der kunne gøres bedre?

Oplevet udbytte

- Hvad har du indtil videre fået ud af at deltage på kurset?
 - Har du lært noget nyt på kurset?
 - Er der noget, du tænker anderledes om?
 - Har du ændret på noget i din hverdag, som du ikke ville have ændret, hvis ikke du deltog i kurset?
 - Er der noget på kurset, du har haft svært ved at forstå meningen med?
 - Hvad tror du, du vil tage med fra kurset?
- Er der noget, du savner i undervisningen?
- Hvordan har de praktiske omstændigheder været? (parkeering, transport, tidspunkt på dagen osv.)

Er der noget du har tænkt over/synes er vigtigt, som vi ikke har talt om?

Bilag 3

Interviewguide – fokusgruppeinterview med deltagere

De tværgående interviewguides har varieret en anelse kommunerne imellem. Variationerne har været små. Den her præsenterede guide har været anvendt på Langeland.

Formål med interviewet

Jeres oplevelse af kurset Vejen videre og hvad I har fået ud af det.

Vi har fulgt undervisningen her og i tre andre kommuner + individuelle interview med 16 deltagere.

- Er deres oplevelser særlige, eller kan I genkende noget?
- Anonymisering
- Optagelse på minidisc
- Gruppeinterview: Gerne diskutere og sige til, hvis I er uenige

Intro

Kort præsentation: Navn, alder, diagnose(r), hvor hørt om kurset, hvilke moduler, afsluttet hvornår?

Overordnet vurdering af kurset

- De tre bedste ting ved at have deltaget i kurset Vejen videre
- De tre vigtigste ting, der har manglet på kurset Vejen videre (tænk lige et par minutter, inden I svarer)

Opbygning af kurset

- Det var godt, at der var forskellige moduler at vælge imellem
- Det var svært at komme af sted til undervisning og træning flere gange i ugen (spørg til undervisning/træning og grund/andet modul samme dag, slip mellem moduler)
Hvilken model vil I foretrække?

Grund/sygdom/mad

- De temaer, vi kom igennem på grundmodulet, var meget relevante for mig
Nævn eventuelt nogle af emnerne
Nogle emner I savnede? (seksualitet)
- Jeg kunne godt have undværet grundmodulet og kun gået på det/de moduler, der handlede om min sygdom
Var de sygdomsspecifikke moduler for korte?
- På madmodulet var det meget forskelligt, hvilke råd og anbefalinger der passede til folk med forskellige sygdomme
Opfattelse af at madmodulet kun var for dem med diabetes?
Manglede mulighed for at lave mad på kurset?

Træning

- Jeg deltog primært i kurset for at gå til træning
Virket afskrækkende på nogen?

- Træningen gjorde det nemmere at lære hinanden at kende på holdet
Hvad betyder det at træningen foregår med deltagere fra forskellige hold?
- Jeg kunne mærke, at det gjorde en forskel at træne

Metoder

Handleplaner:

- Ved at lave handleplaner fik jeg gjort ting, jeg ellers ikke ville have fået gjort
- Hvordan var det at skulle ringe hinanden op?
- Det var mest de andre på holdet, der fik noget ud af at lave handleplaner
- Det virkede lidt barnligt at lave handleplaner
Hvad kunne eventuelt have gjort det mindre barnligt?
- Det blev meget gentagelse at lave handleplaner både på grundmodulet og på de andre moduler
Handleplaner på de sygdomsspecifikke moduler blevet droppet!
- Jeg er fortsat med at lave handleplaner, efter kurset sluttede

Problemløsning:

- Det var lidt for højtravende for mig at lave problemløsning
- Jeg har fået gode forslag fra de andre til, hvordan jeg kan løse mine problemer
- Jeg er begyndt at bruge problemløsning i min hverdag

Bemærkninger til nogle af de andre øvelser? *Brainstorm, symptomcirklen*

Gruppedynamik

- Det var godt at lytte til og dele erfaringer med andre med kronisk sygdom
Problematisk hvis der er for mange på holdet med samme diagnose?
- Jeg fik mest ud af at dele erfaringer med andre, der havde samme sygdom som mig selv
- Jeg fik ikke noget ud af at høre om de andres problemer
- Holdet fungerer ikke så godt, hvis folk er meget forskellige
- Det blev for meget snakkeklub til min smag

Underviserne

- Underviserne var gode til at inddrage alle
- Underviserne var dygtige fagpersoner, men de var ikke drevne i at undervise
Mangler karisma/humor
- Det betyder meget, at underviserne har faglig viden om de forskellige sygdomme

Deltagerne

- Kurset egner sig bedst til dem med større problemer end mig selv

Udbytte

- Kurset har gjort, at jeg er blevet bedre til at ...
- Efter kurset har det været svært at ...

Er der noget, vi ikke er kommet ind på, som I synes er vigtigt at fremhæve?

Tak fordi I ville deltage i interviewet.

Bilag 4

Interviewguide – koordinatører

Interviewguides til interview med koordinatører har varieret en anelse kommunerne imellem. Variationerne har været små. Den her præsenterede guide har været anvendt i Odense.

Intro

Formål

Diktafon

- Navn
- Baggrund: Funktion, faglighed, tidligere erfaring med at koordineringsopgaver (eventuelt med at undervise)
- Andre arbejdsopgaver ud over koordinator/underviser på Vejen videre?
- Underviser du også på Vejen videre?
- Hvilke opgaver har du som koordinator for Vejen videre i Odense Kommune?

Implementering

- Hvad var med til at fremme og hæmme implementeringen af Vejen videre i Odense Kommune?
 - Hvilke udfordringer (praktisk/organisatorisk) stødte I på før og under opstart af Vejen videre? (logistik, bemanding, koordinering i forhold til andre aktiviteter i kommunen, at fylde hold op etc.)
 - Hvordan håndterede du/I udfordringerne?
- Er der noget særligt i Odense Kommune, som har gjort sig positivt eller negativt gældende i implementeringen af Vejen videre?
- Gjorde I jer nogle overvejelser inden tilrettelæggelse af kurserne i forhold til tidspunkt på dagen, tilgængelighed til kursussted etc.
- Hvordan har den ledelsesmæssige opbakning i kommunen været til projektet?
- Hvilke patientuddannelses tiltag har Odense Kommune tidligere haft?
 - Har I kunne bruge erfaringer herfra i implementering og opstart af Vejen videre?
- Hvis du skulle være med til at implementere Vejen videre i en anden kommune, hvad ville du så gøre på samme vis, og hvad ville du gøre anderledes?

Rekruttering

- Hvem ser du som jeres vigtigste samarbejdspartner/de vigtigste rekrutteringskanaler?
- Ad hvilke kanaler er der rekrutteret flest deltagere til kurset?
- Hvor har det været sværest at slå igennem?
 - Er det et generelt problem ved nye tiltag, eller er det særligt for Vejen videre?
- Hvad har fungeret godt/mindre godt i forhold til at informere samarbejdspartner om Vejen videre?
- Er der noget særligt i Odense Kommune, som har gjort sig positivt eller negativt gældende i forhold til rekruttering af deltagere?

- Har den organisatoriske forankring af Vejen videre i kommunen haft nogen betydning for hvor nemt/svært det har været at udbrede kendskabet til patientuddannelsen internt i kommunen?
- Har der været en bestemt gruppe af kronikere, der har været sværere end andre at rekruttere? (diagnose, på arbejdsmarkedet, ressourcetsvage etc.)
- Er der gjort noget særligt for at understøtte rekruttering af mindre ressourcestærke borgere?
- Har I ændret rekrutteringsstrategi undervejs?
- Er Vejen videre kendt nok i Odense Kommune/blandt dem der kan medvirke til rekruttering af deltagere?
- Er der nye rekrutteringskanaler I fremadrettet vil satse på?

Konceptet

- Har der været udfordringer i planlægningen og afviklingen af modulerne?
 - Hvordan har du/I håndteret udfordringerne?
- Hvilke dele af konceptet fungerer efter din vurdering godt/mindre godt? (*spørg kun hvis koordinator også underviser*)
 - Er opbygningen med et grundmodul og sygdomsspecifikke moduler/mad samt træning hensigtsmæssig? Er rækkefølgen i afviklingen af modulerne hensigtsmæssig? Har nogen moduler fungeret bedre end andre?
 - Hvordan har det fungeret at have løbende optag på træningsmodulet?
 - Har det haft nogen betydning, at nogle af underviserne på træningsmodulet ikke er uddannet i konceptet?
- Er opbygningen af de enkelte moduler hensigtsmæssig? (*spørg kun hvis koordinator underviser*)
 - Er de emner, der tages op, relevante? Er længden af modulerne passende? Er der nogen undervisningsgange, der har fungeret bedre end andre? Hvordan fungerer fordelingen af tid til de enkelte temaer? Hvor har der været rigelig tid, og hvor er I kommet i tidsnød?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved at have grundmodul, træning og madmodul på tværs af diagnoser?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved at have diagnosespecifikke moduler?
- Justeringer/tilpasninger
 - Har I lavet ændringer i/tilpasninger af konceptet undervejs? Hvorfor?
 - Hvad ville gøre konceptet endnu bedre? Hvad ville I nedtone/tage ud af konceptet? Hvad ville I gøre mere ud af? Er der nye elementer/metoder, I ville I tilføje?

Samarbejde

- Hvordan har samarbejdet været mellem undervisere på de enkelte moduler og på tværs af moduler?
 - Hvad har fungeret godt/mindre godt?
 - Sker der en overlevering fra det ene modul til de sygdomsspecifikke/mad?
- Hvad har fordele/ulemper været ved samarbejdet med Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning?
- Hvad er fordele/ulemper ved, at projektet skal evalueres?

Koordinering i forhold til andre tilbud til kronikere

- Hvordan indgår Vejen videre i sammenhæng med andre tilbud til kroniske patienter? (sygehus, almen praksis)
 - Hvad ser du som kommunens opgave over for kroniske patienter i forhold til sygehus og almen praksis?
 - Hvilken plads skal en kommunal patientuddannelse have i et kronikerforløb?

- Er der overlap i Odense Kommunes tilbud om patientuddannelse i forhold til andre sundhedstilbud til KOL, diabetes og hjertepatienter? (kommunale, regionale, almen praksis etc.)

Opsamlende

- Hvad har den største udfordring været ved at arbejde med Vejen videre?

Er der noget der er vigtigt at nævne, som vi ikke er kommet ind på?

Tak for din tid!

Bilag 5

Interviewguide – undervisere

Interviewguides til interview med underviserne har varieret en anelse kommunerne imellem. Variationerne har været små. Den her præsenterede guide har været anvendt i Odense.

Intro

Formål

Gruppeinterview

Diktafon

Runde

- Navn
- Baggrund: Faglighed, tidligere undervisningserfaring
- Er undervisning på Vejen videre det, I bruger hovedparten af jeres arbejdstid på, eller er det en lille opgave?
- Hvilke moduler har I undervist på og i hvor mange omgange?

Opstart og implementering

- Var I fagligt klædt på til at undervise på Vejen videre tilbage i september 2011?
 - Gjorde 4-dages kurset en forskel?
- Var der noget, I var sikre i, og noget I var mindre sikre i, i forhold til at undervise på de forskellige moduler?
- Hvad var med til henholdsvis at fremme og hæmme implementeringen af Vejen videre i Odense Kommune?

Deltagerne

- Er der nogen særlige karakteristika ved deltagerne på Vejen videre? (ressourcestærke/-svage, etc.)
- Har I som undervisere gjort noget særligt for at understøtte de mindre ressourcestærke?

Konceptet

- Hvilke fordele og ulemper oplever I ved at undervise ud fra et fastlagt koncept?
 - Har konceptet været en støtte for jer?
 - Har I oplevet situationer, hvor I har følt jer begrænset af konceptet?
 - Har I nogle gange lavet afvigelser fra konceptet og hvorfor?
 - (Hvordan har det været at undervise i noget, som I ikke selv har været med til at udvikle?)
- Hvordan har I kunnet bruge jeres faglige baggrund i undervisningen?
 - Hvilke fagligheder er det specifikt?
 - Er der noget, I har skullet aflære for at undervise på Vejen videre?
- Hvilke dele af konceptet fungerer efter jeres vurdering godt/mindre godt?
 - Er opbygningen med et grundmodul og sygdomsspecifikke moduler/mad samt træning hensigtsmæssig? Er rækkefølgen i afviklingen af modulerne hensigtsmæssig? Har nogen moduler fungeret bedre end andre?

- Hvordan har det fungeret at have løbende optag på træningsmodulet?
- Har det haft nogen betydning, at nogle af underviserne på træningsmodulet ikke er uddannet i konceptet?
- Er opbygningen af de enkelte moduler hensigtsmæssig?
 - Er de emner, der tages op, relevante?
 - Er længden af modulerne passende?
 - Er der nogen undervisningsgange, der har fungeret bedre end andre?
 - Hvordan fungerer fordelingen af tid til de enkelte temaer?
 - Hvor har der været rigelig tid, og hvor er I kommet i tidsnød?
- Har de mål, der er opstillet for hvert modul, været nogle, I har kunnet bruge/tage afsæt i?
 - Målene for træningsmodulet har været meget brede – har det været en fordel eller en ulempe?

Metoder

- Er der metoder, som fungerer særligt godt i undervisningen?
- Er der metoder, som I oplever som en god støtte for jer som undervisere?
- Er der metoder, som I oplever som særligt anvendelige for deltagerne?
 - Hvad får deltagerne ud af netop de metoder?
 - Gør det noget for deltagernes tro på egen formåen? (self-efficacy)
 - Hvilket udbytte vurderer du, at kursisterne har af metoderne? (eventuelle forskelle)
- (Hvis ikke de er nævnt oven for, så spørg uddybende ind til handleplaner og problemløsning)
 - Hvordan har det fungeret at arbejde med handleplaner både på grundmodul og de sygdomsspecifikke/mad?
 - Kunne det give mening at bruge handleplaner på træningsmodulet?
- Er der metoder, som har fungeret mindre godt i undervisningen?
- Har det materiale/de værktøjer, som fulgte med i undervisningskassen, været anvendelige?

Gruppedynamik

- Hvilke fordele/ulemper oplever I som undervisere ved den gruppebaserede undervisning?
- Hvilke fordele og ulemper oplever I, at deltagerne har af at være på et hold?
- Hvilke fordele og ulemper oplever I ved, at holdene på grundmodul, træning og madmodul er sammensat på tværs af diagnoser?
- Hvilken gruppestørrelse er optimal?

Justeringer/tilpasninger

- Har I lavet ændringer i/tilpasninger af konceptet undervejs? Hvorfor?

- Er der ting fra konceptet, du har undladt at anvende?
- Hvad ville gøre konceptet endnu bedre?
 - Hvad ville I nedtone/tage ud af konceptet?
 - Hvad ville I gøre mere ud af?
 - Er der nye elementer/metoder, I ville I tilføje?

Organisering og samarbejde

- Hvilke udfordringer har der været i planlægningen og afviklingen af modulerne?
- Hvordan har I fordelt undervisningen?
- Hvordan har det fungeret at være to undervisere på hver kursusgang?
- Hvordan har samarbejdet været mellem undervisere på de enkelte moduler og på tværs af moduler?
 - Hvad har fungeret godt/mindre godt?
 - Sker der en overlevering fra det ene modul til de sygdomsspecifikke/mad?
 - Dem der underviser på sygdomsspecifik/mad/træning: Er der noget viden, I gerne vil have fra holdene fra grundmodulet? (gruppedynamik, indhold af handleplaner etc.)

Opsamlende

- Hvad har den største udfordring været ved at arbejde med Vejen videre?
- Hvilket udbytte vurderer du, at kursisterne har fået af konceptet
 - Generelt?
 - Sammenlignet med andre patientkoncepter, du har været en del af?

Er der noget der er vigtigt at nævne, som vi ikke er kommet ind på?

Tak for din tid!

Bilag 6

Interviewguide – samarbejdsparter

Interviewguides til interview med samarbejdsparter har varieret en anelse kommunerne imellem og i forhold til den konkrete samarbejdspart. Dette er et eksempel på en interviewguide, der er anvendt i Esbjerg i forbindelse med interview af en praktiserende læge.

Intro

Præsentation af interviewer.

Esbjerg Kommune afprøver et patientuddannelseskoncept på tværs af diagnoser (KOL, diabetes, hjertesygdom). DSI evaluerer afprøvning af konceptet i fire kommuner. En del af evalueringen har fokus på rekrutteringen til patientuddannelsen og koordineringen i forhold til andre sundhedstilbud.

Optagelse af telefonsamtale og anonymisering. (HUSK: optag)

- Kort om dig selv: Alder, år i praksis, andre funktioner

Information om patientuddannelsen

- Hvordan er du som praksiskonsulent blevet informeret om patientuddannelsen, og har informationen været fyldestgørende?
 - Hvad kender du/I til, hvad der foregår på en patientuddannelse?
 - Ved I, hvem der underviser?
- Hvordan er dine lægekolleger blevet informeret om patientuddannelse i kommunen?
 - Informationskanaler, skriftlig/mundtlig, indhold?
 - Esbjerg Kommune har valgt ikke at informere særskilt om den nye patientuddannelse (Vejen videre). Hvad synes du om den strategi?
- Hvad kan der set med dine øjne gøres bedre i forhold til at informere praktiserende læger om kommunale patientuddannelses tilbud?
 - Har I brug for mere/mindre information, og hvilken information drejer det sig om?
 - Kunne man bruge andre informationskanaler?
 - Er der noget i måden, der informeres på, som kunne gøres bedre (skriftlig/mundtlig, hvem der informerer etc.)

Henvisning til patientuddannelsen

- Er der klart, hvordan du og dine kolleger kan henvise til kommunens tilbud?
- Esbjerg Kommune opererer med én indgang til rehabiliteringstilbud, og det er således kommunen, der beslutter, hvilket tilbud den enkelte borger skal have (herunder patientuddannelse)
 - Hvordan vurderer du og dine kolleger den visitationspraksis?
- Hvilke af dine patienter henviser du, og hvilke henviser du ikke til kommunens rehabiliteringstilbud?
- Hvad er din og eventuelt dine kollegers holdning til og erfaring med kommunens tilbud om patientuddannelse?
 - Får du nogen feedback om, hvilket tilbud en henvist patient har fået, og hvornår det afsluttes?

Nye tal viser, at der er knap 1,3 mio. mennesker med mindst én af fem kroniske sygdomme i Danmark (KOL, hjerte, diabetes, knogleskørhed/leddegigt, psykisk sygdom). Hvis man tænker, at alle disse kronikere kunne have gavn af at komme på patientuddannelse, så er der et stort rekrutteringspotentiale.

- Hvad skal der til for, at du og dine kolleger i endnu højere grad henviser til kommunens patientuddannelses tilbud?

Sammenhæng med øvrige tilbud

- Er der overlap i kommunens tilbud om patientuddannelse (KOL, diabetes, hjerte) i forhold til andre kommunale/regionale sundhedstilbud?
- Hvad kunne fra dit synspunkt gøre den kommunale patientuddannelse til et endnu bedre tilbud?
- Er der noget, du synes er vigtigt, som vi ikke har talt om?

Tak fordi du tog dig tid til at blive interviewet!

Bilag 7

Læringsmål for moduler på Vejen videre

Læringsmål

Mødegang 1

- At deltagerne lærer hinanden at kende og bliver trygge i gruppen
- At deltagerne oplever, at de har fælles udfordringer i hverdagen trods forskellige sygdomme
- At deltagerne får en forståelse af, hvordan kursets redskaber kan bruges i deres hverdag
- At deltagerne definerer fælles spilleregler for gruppen
- At deltagerne revurderer årsagerne til deres symptomer
- At deltagerne reflekterer over mål, de gerne vil opnå.

Mødegang 2

- At deltageren kender til forskellen på akut og kronisk sygdom
- At deltageren bliver opmærksom på vigtigheden af at tage hånd om sin sygdom
- At deltageren har kendskab til fordelene ved at røre sig jævnlige – fysisk, psykisk og socialt
- At deltageren inspireres til, hvordan bevægelse kan integreres i hverdagslivet hjemme, både ude og inde
- At deltageren reflekterer over egen motivation for at røre sig
- At deltageren får øvelse i afledning som teknik til at håndtere symptomer
- At deltageren får øvelse i åndedræsteknikker til at håndtere symptomer.

Mødegang 3

- At deltageren får øvelse i at revurdere symptomer
- At deltageren finder løsninger på håndtering af symptomer
- At deltageren bliver opmærksom på, at der flere årsager til træthed end selve sygdommen
- At deltageren drøfter redskaber til at håndtere træthed
- At deltageren får øvelse i teknikken positiv tænkning til at håndtere symptomer
- At deltagerne afprøver afspænding og ved, hvornår den kan anvendes.

Mødegang 4

- At deltageren får en forståelse af, at det er normalt at have op- og nedture, når man har en kronisk sygdom
- At deltageren reflekterer over årsagerne til op- og nedture, og hvordan de påvirker kronisk sygdom
- At deltageren drøfter redskaber til håndtering af nedture
- At deltageren bliver opmærksom på, hvad der kan forhindre, at man kommer i gang med at bevæge sig, og hvordan det kan løses, herunder: • idéer til at få mere bevægelse ind i hverdagen og fastholdelse heraf • kendskab til, hvor man finder tilbud om fysisk aktivitet i nærmiljøet
- At deltageren bliver introduceret til metoder til at finde balancen mellem aktivitet og hvile (pacing).

Mødegang 5

- At deltageren får redskaber til bedre kommunikation, herunder: • at sige til og fra • at bede om hjælp • at reflektere over kommunikation med pårørende
- At deltageren tilegner sig viden om hensigtsmæssig medicinbrug, herunder: • om risici ved håndkøbsmedicin • refleksion over eget ansvar i forhold til medicinbrug • redskaber til at huske at tage sin medicin • kendskab til apotekernes tilbud vedrørende medicin-håndtering
- At deltageren har kendskab til, at tilstrækkelig søvn er vigtig for velværet, herunder: • tips til hvordan man kan forbedre sin nattesøvn.

Mødegang 6

- At deltageren drøfter redskaber til at håndtere omgivelsernes reaktioner på sygdom, herunder: • hvornår og hvordan man kan sige til og fra • opmærksomhed på netværket som ressource • opmærksomhed på at sygdom også påvirker pårørende
- At der præsenteres teknikker, der gør deltageren i stand til at kommunikere mere effektivt med sundhedspersonale, herunder: • betydningen af god kommunikation og samarbejde med sundhedspersonale.

At deltageren:

- kan mærke, at træning gør en forskel, psykisk, fysisk og socialt
- kender til fordelene ved de forskellige øvelser i relation til sygdommen
- føler sig tryk ved at bevæge sig
- kan finde balance mellem aktivitet og hvile (pacing)
- prøver og anvender åndedræts- og afspændingsøvelser i træningen, hvor det er relevant
- oplever, hvad det vil sige at træne på minimumsgrænse (fx ved anvendelse af Borg-skalaen)
- oplever, hvordan træning med 1) høj, 2) moderat og 3) lav intensitet føles
- bliver bevidst om, hvad bevægelse i 30 minutter ved moderat intensitet vil sige
- kan anvende Borg-skalaen i forbindelse med træning.

For at opnå læringsmålene for træningsmodulet i "Vejen videre" anbefales det, at deltagerne undervejs i forløbet bliver præsenteret for og afprøver øvelser inden for:

- smidighedstræning
- balancetræning
- styrketræning
- konditionstræning
- udholdenhedstræning.

	Læringsmål
KOL	<p>Mødegang 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • At deltageren får indblik i, hvordan raske lunger kontra KOL-lunger fungerer • At deltageren kender til årsagerne til KOL • At deltageren kender til de hyppigste symptomer ved KOL • At deltageren ved, hvor man kan få tjekket, om man tager sin medicin rigtigt • At deltageren drøfter erfaringer med og løsninger på håndtering af symptomer • At deltageren får øvelse i konkrete teknikker til at håndtere symptomer • At deltageren får øvelse i stødhoste-teknik og kendskab til PEP-fløjte • At deltageren præsenteres for de fire KOL-stadier og MRC-dyspnø skalaen • At deltageren får kendskab til, hvad en lungefunktionsundersøgelse (spirometri) er • At deltageren kender til vigtigheden af regelmæssige lægetjek – også uden det har baggrund i forværring af sygdommen. <p>Mødegang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • At deltageren reflekterer over, hvordan man reagerer hensigtsmæssigt på sine symptomer, herunder ved forværring (exacerbation) • At deltageren ved, at rygestop er den mest effektive metode til at mindske forværring af KOL samt lindre symptomer, herunder: • at de har mulighed for at komme på rygestopkursus • At deltagerne får indsigt i, hvordan medicin kan bruges til at behandle symptomer, herunder: • forståelse af medicinens virkning • kendskab til bivirkninger og muligheder for at forebygge bivirkninger • kendskab til apotekets tilbud om kursus i inhalationsteknik • At deltageren kender årsager til angst/udløsning af angst og får redskaber til at håndtere angst.
	<p>Mødegang 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • At deltageren kender det raske henholdsvis det syge hjertes funktion • At deltageren kender de hyppigste symptomer ved hjertesygdom, årsagerne til dem og håndteringen af dem • At deltageren bliver opmærksom på, hvornår det er nødvendigt med livsstiltilpasning • At deltageren kender risikofaktorer for/ved hjertesygdom, herunder: • er opmærksom på at kontrollere sit blodtryk • kender normalværdier for kolesterol og blodtryk • At deltageren får inspiration til at komme i gang med at forebygge en forværring af hjertesygdommen. <p>Mødegang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • At deltageren drøfter håndtering af symptomer adækvat med sværhedsgraden af symptomerne, fx ved hvornår det er nødvendigt at henvende sig til læge • At deltageren får viden om angst, herunder: • hvad der udløser angst og de fysiske reaktioner • at pårørende også kan opleve angst • hvordan man kan håndtere angst • At deltageren kender til sin medicins virkning og bivirkninger, herunder indflydelse på symptomer • At deltageren kender medicingrupperne betablokkere, ace-hæmmere og statiner.
Type 2-diabetes	<p>Mødegang 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • At deltageren ved, hvilke årsager der er til type 2-diabetes • At deltageren er opmærksom på, hvilke følgesygdomme der kan opstå i forbindelse med type 2-diabetes • At deltageren kender anbefalinger for blodsukkerniveau, herunder: • er opmærksom på at opstille individuelle mål med sin behandler • At deltageren har kendskab til, hvilke faktorer der kan påvirke blodsukkerniveauet, og hvordan han/hun kan holde det stabilt • At deltageren ved, hvad langtidsblodsukker (HbA1c) er • At deltageren får viden om betydningen af at passe på sine fødder og forebygge fodsår, herunder: • hvordan man kan forebygge fodsår ved fodpleje • hvornår man skal henvende sig til sundhedspersonale/fodterapeut • hvad hensigtsmæssigt fodtøj er • At deltageren introduceres til, hvordan man tjekker sine fødder. <p>Mødegang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • At deltageren er opmærksom på føling og ved, hvordan det kan forebygges, herunder: • handler hensigtsmæssigt ved føling • At deltageren har kendskab til symptomerne og hensigtsmæssige reaktioner på forhøjet blodsukker (hyperglykæmi) • At deltageren kender symptomer på stress og dets indflydelse på blodsukkeret, herunder: • hvordan det kan håndteres • At deltageren tilegner sig viden om risikofaktorer i forhold til følgesygdomme, herunder: • overvægt, for højt fedtindhold i blodet og rygning • At deltageren bliver opmærksom på, hvilke følgesygdomme der kan opstå, samt hvordan de kan forebygges, herunder: • drøftelse af redskaber til at omlægge livsstil, så det passer ind i dagligdagen.

Læringsmål

Mad

Mødegang 1

- At deltageren har indblik i madens betydning for sundhed og velvære
- At deltageren har kendskab til de 8 kostråd, herunder: • at drikkevarer tæller med i det daglige energiindtag
- At deltageren bliver opmærksom på, om der er madvaner, som han/hun bør ændre
- At deltageren har kendskab til anbefalingerne vedrørende alkohol
- At deltageren er bekendt med alkohols sundhedsskadelige virkninger
- At deltageren får øvelse i at sammensætte sunde måltider dagen igennem, herunder: • at vælge hensigtsmæssige fødevarer under hensyn til sin kroniske sygdom/vægt • at få viden om, hvordan mad og måltider sammensættes, så der holdes et stabilt blodsukkerniveau.

Mødegang 2

- At deltageren får viden om madens ernæringsmæssige indhold
- At deltageren kender tallerkenmodellen
- At deltageren er bekendt med kj/kcal-begrebet
- At deltageren kan lave hverdagsmad på en sundere måde
- At deltageren får øvelse i at tilpasse hverdagsmaden efter kostrådene, herunder: • får brugbare tips til at spare på fedtet og spise mere frugt og grønt • kan bytte usunde fødevarer ud med sundere fødevarer.

Mødegang 3

- At deltageren bliver præsenteret for, hvordan man læser en varedeklaration
- At deltageren introduceres til anvendelse af indkøbsguides
- At deltageren præsenteres for indkøbstips, fx fuldkornsmærkede og nøglehulsmærkede fødevarer
- At deltageren ved, hvor man kan finde viden og inspiration til sund mad
- At deltagerne drøfter vanskelige situationer i forbindelse med at ændre madvaner.

Bilag 8

Pilotkommunernes sundhedspolitik

Bilagstabel 8.1: Fokus på kronisk sygdom og håndtering af sygdom i pilotkommuners sundhedspolitik og kronikerstrategi

Kommune	Sundhedspolitik
Esbjerg	<p>Sundhedspolitikken består af fem visioner, hvoraf den ene er at øge sundhed og egenomsorg hos borgerne.</p> <p>Der er yderligere formuleret en vision om at arbejde målrette med handlekompetence, så den enkelte bliver i stand til at mestre egen sundhed (Esbjerg Kommune 2011).</p>
Varde	<p>Sundhedsprofilen indeholder fem overordnede målsætninger, hvoraf den ene handler om at øge den enkeltes evne til at tage vare på egen sundheds og omsorg.</p> <p>Specifikt i forhold til kronisk sygdom indeholder sundhedsprofilen fire strategiske mål:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kronisk sygdom skal opdages tidligt• Rehabiliteringsindsatsen styrkes, og forløbene er koordinerede, sammenhængende og af høj kvalitet• Borgerne er aktive deltagere i rehabiliteringen• Borgere med kronisk sygdom oplever sammenhæng i social- og sundhedsindsatser. <p>Ud af 10 indikatorer for opfyldelse af ovenstående mål lyder én:</p> <ul style="list-style-type: none">• Center for Sundhedsfremme udbyder og gennemfører patientuddannelse samt opfølgning herpå som fx Læring for Livet (Varde Kommune 2008).
Langeland	<p>Sundhedspolitikken overordnede fokus er at udvikle det lange og gode liv på Langeland gennem sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der bygger på et bredt sundhedsbegreb og inddrager borgerne.</p> <p>Sundhedspolitikken indeholder fire visioner, hvoraf de to handler om, at Langeland Kommune vil:</p> <ul style="list-style-type: none">• Skabe muligheder og rammer for, at de langelandske borgere kan opnå et langt og godt liv ved at støtte deres fysiske, psykiske og sociale sundhed og ved at forebygge sygdom og funktionsbegrænsninger hos den enkelte• Skabe mulighed for, at alle kan tage vare på deres eget liv og være med til at bekæmpe ulighed i sundhed, således at sundhed er både et eget ansvar, et kommunalt ansvar og et fælles ansvar. <p>Herefter beskrives en række indsatsområder i forhold til livstil og levekår. Kronisk sygdom er ikke nævnt specifikt (Langeland Kommune 2009).</p>
Odense	<p>Sundhedspolitikken indeholder seks politiske mål, hvoraf det ene handler om en styrket indsats i forhold til kronisk sygdom.</p> <p>Kommunen vil sikre en udvikling med kvalitet, inddragelse og sammenhængende forløb for borgere med kronisk sygdom. Borgerne skal leve længere og samtidig have flere gode leveår med og uden sygdom, så livskvalitet og egenomsorg forbliver god.</p> <p>Det vil kommunen blandt andet opnå ved at sikre, at borgere med kronisk sygdom får den støtte og behandling, de har brug for, så de lærer at håndtere sygdom og mestre dagligdagen bedst muligt (Odense Kommune 2011).</p>

Udover en sundhedspolitik har Varde Kommune også en kronikerstrategi, hvor målgruppen er borgere med KOL, hjertekar-sygdomme, type 2-diabetes og apopleksi. Kronikerstrategien tager afsæt i de strategiske mål, som er opstillet i kommunens sundhedsprofil suppleret med et mål om, at den enkelte borger har mulighed for at opnå højest mulig funktionsevne og livskvalitet i hverdagen.

Vedrørende målet om, at borgerne er aktive deltagere i rehabiliteringen, nævnes tilbud om at deltage i diagnosespecifik eller generel patientuddannelse (Varde Kommune 2010). ■

Bilag 9

Information til potentielle rekrutteringskanaler

Bilagstabel 9.1: Oversigt over pilotkommunernes information til potentielle rekrutteringskanaler

	Esbjerg Kommune	Varde Kommune	Langeland Kommune	Odense kommune
Sygehuse	<p>Løbende møder med arbejdsgruppen vedrørende implementering af forløbsprogrammer</p> <p>To møder med Sydvestjysk Sygehus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hjerteafdelingen og -ambulatorium Lungeafdelingen og -ambulatorium samt diabetesambulatoriet (fælles med Varde) <p>Møde i sundhedsaftale netværk</p> <p>Møde i undergruppe til lokalt samordningsforum</p>	<p>To møder med Sydvestjysk Sygehus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hjerteafdelingen og -ambulatorium Lungeafdelingen og -ambulatorium samt diabetesambulatoriet (fælles med Esbjerg) <p>Møde i lokalt samordningsforum</p>	<p>Møde med læger og ledende sygeplejersker fra relevante afdelinger på Svendborg Sygehus</p> <p>Telefonisk information til hjerteambulatoriet</p>	<p>Deltagelse i personalemøder og konference på Odense Universitetshospital (Hjerte-medicinsk, Lungemedicinsk og Endokrinologisk Afdeling)</p>
Almen praksis	<p>Møde i kommunalt lægeligt kontaktnetvalg</p> <p>Nyhedsbrev til lægerne</p> <p>VisInfoSyd</p>	<p>Deltagelse i lægemøde</p> <p>Kort notits i nyhedsbrev</p> <p>Brev til alle praktiserende læger og praksispersonale inkl. plakater, foldere og pjecer om Vejen videre</p> <p>VisInfoSyd</p>	<p>Deltagelse i lægemøde og oplæg på lægefagligt samarbejds-møde</p> <p>Udlevering af pjecer og reminder-mail</p> <p>To breve fra regionen</p> <p>Henvendelse til 2-3 læger (regionens projektleder)</p> <p>Rundtur til praktiserende læger med nye pjecer</p> <p>VisInfoSyd</p>	<p>Møde med praksiskonsulent</p> <p>Nyhedsbrev fra kommunens socialoverlæge</p> <p>Start- og slutbreve for igangværende borgere</p> <p>Besøg i praksis og udlevering af pjecer</p> <p>Deltagelse i praksispersonalets mødeforum</p> <p>VisInfoSyd</p>
Kommunale kanaler	<p>Løbende møder med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitationen Forebyggende medarbejdere Patientuddannelsesteamet Jobcentret 	<p>Møde med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medarbejdere i Center for Sundhedsfremme Sygedagpengeteamet Hjemmesygeplejersker (to underviser på Vejen videre) og reminder på personale-møde <p>Deltagelse i:</p> <ul style="list-style-type: none"> Introduktionsmøde af nye medarbejdere i hjemmeplejen Fælles personalemøde med trænende terapeuter International KOL-dag på to lokalcentre <p>Nyhedsbrev fra Center for Sundhedsfremme (abonnement via centrets hjemmeside)</p> <p>Informering af deltagere på eksisterende hjerte- og KOL-hold</p>	<p>Løbende information/møder med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Forebyggelsescentrets medarbejdere Hjemmesygeplejerskerne (tre underviser på Vejen videre) <p>Deltagelse i:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socialafdelingsmøder Deltagelse i hjemme-hjælpsledernes gruppe-møde <p>Information og pjecer til:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visiterende terapeuter Projekt 'Det gode og lange arbejds-liv' Projekt 'Vægtstop' <p>Pjecer til Jobcentret, Sygedagpenge og Borgerservice og artikel i nyhedsbrev til personale i Ældreafdelingen</p> <p>Informationsmøde i:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jobcentret Visitationen 	<p>Løbende info/kontakt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socialoverlæge Sygeplejen <p>Deltagelse i møder med 'Aktivitet og træning'</p> <p>Jobcenter: Dialogmøde, deltagelse i ledermøde og udlevering af pjecer</p> <p>Orientering af kommunens motionsguider</p> <p>Møde med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Forløbskoordinator Rehabiliteringsgruppen <p>Fælles gennemgang af borgere i genoptræning</p> <p>Oplæg:</p> <ul style="list-style-type: none"> På temadag for diabetes-nøglepersoner For genoptræningsteams

Fortsættes næste side...

Bilagstabel 9.1: Oversigt over pilotkommunernes information til potentielle rekrutteringskanaler (fortsat)

	Esbjerg Kommune	Varde Kommune	Langeland Kommune	Odense kommune
Patientforeninger		Mail til Hjerteforeningens lokalkomité, Lungeforeningen og Diabetesforeningen	Information ved to arrangementer i Lungeforeningen og telefonkontakt med lokal repræsentant Telefonkontakt med lokal repræsentant for Hjerteforeningen	Løbende kontakt (møder, mails, telefon, pjecer) med Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og Lungeforeningen
Den brede offentlighed	To artikler i lokalaviser (december 2011) Radioindslag (P4) Egen hjemmeside	To annoncer i lokal avis (september og oktober 2011) Radioindslag Egen hjemmeside	To artikler i lokal avis (Øboen) (oktober 2011 og februar 2012) Egen hjemmeside	Artikel i Ældre- og Handicapforvaltningens magasin til folkepensionister i kommunen To annoncer i lokal ugeavis (august og november 2011) Artikel i lokal ugeavis (oktober 2011) Egen hjemmeside

Bilag 10

Håndtering af fejl i spørgeskemaerne

Håndtering af fejl i spørgeskema til Vejen videre

I løbet af analyseperioden har der desværre vist sig at være fejl i nogle af spørgsmålene i spørgeskemaerne til deltagerne i Vejen videre. Fejlene er håndteret ved, at to eksterne eksperter, med hver deres unikke kompetencer, er blevet bedt om at give konsulentbaseret sparring på håndtering af fejlene. Det drejer sig om:

- Anders Holm, som er professor i statistik ved Institut for Pædagogik og Uddannelse (DPU), Aarhus Universitet
- Helle Terkildsen Maindal, som er lektor i sundhedsfremme og forebyggelse og sektionsleder ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Vi har kontaktet netop disse to eksperter, fordi de er nogle af de dygtigste indenfor deres felt. Anders Holm er blandt andet underviser i statistikfag på alle niveauer og har anvendt statistik som sin primære forskningsmetode gennem mange år. Helle Terkildsen Maindal har stor ekspertise i udvikling, oversættelse og analyse af spørgeskemaer samt specifikt kendskab til patientuddannelse og de anvendte begreber.

De to eksperter har været inddraget til følgende:

- Sparring i forhold til håndtering af de nedenfor skitserede fejl
- Sparring i forhold til analyse af spørgeskemadata
- Bistand ved udarbejdelsen af analyserne af self-efficacy spørgsmålene (kun Anders Holm)
- Læsning af eksternt review på resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen (kun Helle Terkildsen Maindal).

Fejlene i spørgeskemaerne og håndteringen af disse præsenteres i det følgende:

Skalafejl i skema 1

På de fem self-efficacy spørgsmål i skema 1 (spørgsmål 23-27) har 28 ud af godt 200 respondenter svaret på en skala fra 0-10 frem for 1-10, som er det rigtige.

Løsning: Eksperterne anser problemet som meget lille. Der foreslås en konkret formel, vi kan anvende på fejlbesvarelsenerne for dermed at gøre svarene brugbare. Formlen omregner besvarelsenerne fra at kunne sprede sig over 11 mulige udfald (0-10) til at kunne sprede sig over 10 forskellige udfald (1-10). Formel: Ny værdi = $1 + 0,9 * \text{gammel værdi}$, er anvendt på de 28 besvarelsener med forkert svarmulighed.

Forkert svarkategori i skema 2

Der har været anvendt en forkert svarkategori i spørgsmål 24 i skema 2: "I din fritid, hvor lang tid bruger du da på... a) Let fysisk aktivitet, b) Høvearbejde, 3) Anstrengende sport". Fejlen er i fjerde svarkategori, hvor der står 'Sjældnere end 1 gang om måneden'. Der skulle have stået '1-3 timer om ugen'. Fejlen var også i skema 3 men blev opdaget, hvorved "kun" 8 respondenter har udfyldt skema 3 med den forkerte svarkategori.

Løsning: Med afsæt i eksperternes anbefalinger har vi primært rapporteret på udviklingen fra skema 1 til skema 3 og været varsomme med at rapportere på dette ene spørgsmål fra skema 2, hvor fejlen har været. Eksperterne har fremhævet, at det er muligt, at besvarelsenerne på spørgsmålet i skema 2 viser sig ikke at opføre sig statistisk anderledes, end det statistisk set kan forventes ud fra besvarelsenerne i skema 1 og 3, samt i forhold til besvarelsenerne på øvrige sundhedsadfærdsmål, og at problemet med den forkerte svarkategori på spørgsmålet i skema 2 dermed er lille. I dette tilfælde vil besvarelsenerne på spørgsmålet om fysisk aktivitet i skema 2 fortsat kunne anvendes. På baggrund af signifikanstests og simple regressioner har vi vurderet, at besvarelsenerne statistisk set opfører sig en anelse anderledes end besvarelsenerne fra de øvrige sundhedsadfærdsmål, men ikke nødvendigvis statistisk anderledes, end man kunne forvente på det pågældende spørgsmål (vurderet ud fra besvarelsenerne fra skema 1 og 3), og følgelig har vi valgt at rapportere besvarelsenerne fra skema 2, men under tydelig markering af forbeholdene for besvarelsenerne.

Respondenter har sprunget spørgsmål over i skema 1 og 3

Deltagerne har i alle tre spørgeskemaer svaret på, hvor stærke fysiske smerter/ubehag de har haft indenfor de seneste 4 uger. Hvis de har svaret 'Ingen smerte/ubehag', er de blevet bedt om at springe ét spørgsmål over. I skema 1 er deltagerne blevet bedt om at springe to spørgsmål over – dvs. vi mister svar på et spørgsmål (vedrørende åndedrætsbesvær). I skema 3 er deltagerne blevet bedt om at springe tre spørgsmål over – her har vi mistet svar på to spørgsmål (et om åndedrætsbesvær og et om at føle energi/træthed).

Løsning: Ved gennemgang af besvarelsenerne har vi erfaret, at mange deltagere trods fejlsluser ikke har sprunget spørgsmålene over. Fejlen blev desuden opdaget på et tidspunkt, hvor dataindsamlingen fortsat var i gang, og fejlen kunne dermed rettes på de spørgeskemaer, der endnu ikke var udfyldt, og dermed blev fejlen minimeret. Rettelse af fejlen blev således foretaget i samarbejde med kommunerne, der udsendte nye skema 3 uden slusefejl, samt kontaktede deltagere, som endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet med henblik på at få dem til at besvare et tilrettet skema. Fejlen har samlet set betydet, at procentgrundlaget er en anelse lavere på få spørgsmål, men sandsynligheden for, at besvarelsenerne statistisk set havde set anderledes ud, såfremt slusefejlen ikke havde optrådt i nogle af spørgeskemaerne, er meget lille, og besvarelsenerne på spørgsmålene er således blevet rapporteret uden yderligere anmærkninger. Procentgrundlag for afrapporterede besvarelsener er anført gennemgående i rapportens tabeller og figurer.

Manglende self-efficacy spørgsmål i skema 1:

I skema 1 mangler et spørgsmål, som indgår i et spørgsmålsbatteri på seks spørgsmål til at måle self-efficacy. Det manglende spørgsmål er: "Hvor sikker er du på, at du kan håndtere fysisk ubehag eller smerter...". Det vil sige, at der i skema 1

kun er 5 spørgsmål fra self-efficacy skalaen, hvor der skulle være 6. Self-efficacy skalaen er med som spørgsmål 23-27 i skema 1 (hvor der så mangler det 6. spørgsmål), spørgsmål 15-20 i skema 2 og spørgsmål 13-18 i skema 3. Self-efficacy rapporteres både for de enkelte items enkeltvis og som et samlet self-efficacy mål, som består af det uvægtede gennemsnit af de 6 items.

Løsning: Der er foretaget statistiske beregninger, som er udmundet i et statistisk estimat for det mangende self-efficacy spørgsmål i skema 1. Estimatet er baseret på deltageres øvrige besvarelser på self-efficacy spørgsmålene samt deres baggrundsforhold. Til beregningen af estimatet blev det først vurderet, hvorledes udviklingen over de tre spørgeskemafaser havde været på de øvrige fem self-efficacy items, og der blev beregnet en gennemsnitlig udvikling mellem hver af faserne. Dernæst blev det vurderet, hvordan udviklingen i det mangende self-efficacy spørgsmål fra skema 1 så ud i de tilstedeværende besvarelser fra skema 2 til skema 3, og om besvarelserne

var statistisk sammenlignelige med nogle af de øvrige enkelt-items. Det viste sig, at det mangende item fra skema 1 i de to øvrige skemabesvarelser lå fuldkommen på niveau med især et item om træthed, hvorfor dette items niveau for skema 1 blev brugt som kontrol for det beregnede estimat. Der blev foretaget regressioner, som tager højde for variationer i deltageres baggrundsforhold, for at kontrollere niveauer for det beregnede estimat. Det er desuden undersøgt, om analyserne af deltageres self-efficacy statistisk set ville være kommet med et andet udfald, såfremt estimatet for det mangende item om smerte havde været sat henholdsvis mere konservativt eller mere optimistisk, men sådanne reguleringer ændrer ikke statistisk signifikant på resultaterne. Det vil sige, at intervallet, som estimatet kunne være faldet inden for, er stort, uden at dette ændrer på resultaterne. Estimatet blev fastlagt ud fra denne flerstrengede strategi, som søgte på flere måder at kontrollere for estimatets præcise niveau. Det færdige, anvendte estimat vurderes som temmelig robust, hvormed validiteten af analyserne ikke er svækket. ■

Bilag 11

Spørgeskemaerne

Spørgeskemaerne umiddelbart før og umiddelbart efter deltagelse i Vejen videre præsenteres i fuldt format. Spørgeskemaet tre måneder efter deltagelse i Vejen videre indeholdt de samme spørgsmål som spørgeskemaet umiddelbart efter kurset med undtagelse af spørgsmålene vedrørende 'kurset i tilbageblik' og 'de enkelte moduler'.

Oplysninger om spørgeskemaundersøgelsen

Du modtager dette spørgeskema, da din kommune i øjeblikket deltager i afprøvningen af et patientuddannelsesforløb til mennesker med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom. Skemaet udleveres til alle borgere, der er i målgruppen for patientuddannelsen. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har fået til opgave at evaluere patientuddannelsen.

Din deltagelse i undersøgelsen kan være med til at forbedre tilbuddene om patientuddannelser i din kommune og forbedre tilbuddene til andre med kronisk sygdom. Det er naturligvis frivilligt at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, og du kan når som helst trække dit tilsagn om deltagelse tilbage. Din deltagelse vil ikke have indflydelse på, hvilket tilbud du får.

Alle som arbejder med undersøgelsen har naturligvis tavshedspligt. Dine svar vil blive behandlet fortroligt og vil udelukkende blive brugt i statistiske tabeller, hvor man ikke kan se, hvilke svar den enkelte har givet.

Med venlig hilsen



Marie Brandhøj Wiuff
Sociolog
Dansk Sundhedsinstitut
Tlf.: 78 41 39 43
e-mail: mbw@dsi.dk

Sådan udfyldes spørgeskemaet

Det vil tage ca. 15 minutter at udfylde skemaet. Af hensyn til læsbarheden beder vi dig udfylde spørgeskemaet med en sort eller blå kuglepen. Hvis du fortryder en afkrydsning, fylder du blot boksen helt ud og sætter et nyt kryds. Enkelte steder skal du ikke krydse af, men skrive et tal. Skriv venligst med tydelige tal. Med mindre andet er angivet, skal du kun sætte ét kryds for hvert spørgsmål.

Hvis der er spørgsmål, du har svært ved at svare på, kan du spørge den person, som du skal til samtale hos. Du skal også aflevere det udfyldte skema til denne person.

Har du spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte projektledere på DSI Marie Brandhøj Wiuff eller Ann Nielsen. Du kan se telefonnumre og mail-adresser nedenfor.

Vi håber meget, at du vil bidrage til undersøgelsen. På forhånd tak for hjælpen.



Ann Nielsen
Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
Dansk Sundhedsinstitut
Tlf.: 35 29 84 55
e-mail: ann@dsi.dk

1. Evaluering af patientuddannelser i Region Syddanmark



Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø

DSI Århus:
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N

Tlf 35 29 84 00
Fax 35 29 84 99
E-mail dsi@dsi.dk
www.dsi.dk

Baggrundsinformation

1. Hvad er dit navn?

(skriv med blokbogstaver)

2. Hvad er din fødselsdato?

(udfyldes med følgende format dag/måned/år)

____ / ____ / ____

3. Hvilket køn er du?

(1) Kvinde

(2) Mand

4. Hvor høj er du (uden sko)?

_____ cm (fx 172 cm)

5. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

_____ kg

6. Hvilken kommune bor du i?

(1) Esbjerg Kommune

(2) Langeland Kommune

(3) Odense Kommune

(4) Varde Kommune

7. Hvad er din nuværende ægteskabelige status

- (1) Gift/samboende
- (2) Single (dvs. ugift/ikke samboende)
- (3) Separeret/skilt
- (4) Enke(mand)

8. Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

(Hvis du har flere uddannelser, skal du sætte kryds ved din længste uddannelse)

- (1) Nej, jeg har ingen uddannelse
- (2) Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkursus, arbejdsmarkedskurser m.v.)
- (3) Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (fx lærlinge- eller EFG-uddannelse)
- (4) Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedsassistent, tekniker og merkonom)
- (5) Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx skolelærer, politibetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)
- (6) Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)
- (7) Anden uddannelse, angiv hvilken: _____

9. Hvad er din nuværende erhvervmæssige stilling

- (1) I arbejde/beskæftigelse
- (2) Arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering
- (3) På kontanthjælp, bistandshjælp
- (4) Under revalidering
- (5) Langtidssyg (3 måneder eller mere)
- (6) Førtidspensionist
- (7) Efterlønsmodtager, overgangsydelse
- (8) Alderspensionist
- (9) Under uddannelse
- (10) Andet, angiv hvilket: _____

10. Hvad er din boligsituation

- (1) Enlig uden hjemmeboende børn
- (2) Enlig med hjemmeboende børn
- (3) Bor sammen med partner uden hjemmeboende børn
- (4) Bor sammen med partner og hjemmeboende børn
- (5) Bor hos familien, fx voksne børn, søskende, forældre
- (6) Bor i bofællesskab, fx med ven, i kollektiv eller lignende
- (7) Bor i bolig med tilknyttet personale
- (8) Andet, angiv hvilket _____

Rekruttering til kursus for mennesker med kronisk sygdom

11. Har du tidligere deltaget i kurser eller lignende for mennesker med kronisk sygdom?

(Markér evt. flere svar)

- (1) Jeg har deltaget i et kursus målrettet mennesker med samme sygdom, som jeg selv
- (2) Jeg har deltaget i et kursus, hvor der var mennesker med forskellige sygdomme
- (3) Jeg har ikke deltaget i kurser relateret til min sygdom

12. Hvor har du hørt om muligheden for at deltage i et kursus for mennesker med kronisk sygdom?

(Markér evt. flere svar)

- (1) Gennem en patientforening (fx blad, hjemmeside, møde, mv.)
- (2) Kommunal sagsbehandler, terapeut el. lign.
- (3) Gennem min læge
- (4) Gennem sygehus/ambulatorium
- (5) Andet, angiv hvor: _____

Forventninger til kursus for mennesker med kronisk sygdom

De følgende spørgsmål handler om dine forventninger til et kursus for mennesker med kronisk sygdom. Det kan være svært at vide, hvad et sådan kursus i virkeligheden vil indeholde, men prøv alligevel at svare på hvad du mener er vigtigt, hvis du deltager i et kursus.

13. Hvor vigtige er de følgende udsagn for dine forventninger til et kursus for mennesker med kronisk sygdom? (Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Ikke vigtigt (1)	Lidt vigtigt (2)	Noget vigtigt (3)	Meget vigtigt (4)	Ikke rele- vant (9)
At lære andre mennesker med kroniske sygdomme at kende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At få sundere madvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At få en mere fysisk aktiv dagligdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At få sundere vaner omkring alkohol og/eller rygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At få en bedre forståelse af sammenhænge mellem symptomer og deres årsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at kommunikere med læger og andre dele af sundhedsvæsenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at bruge min medicin rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at håndtere smerter/ubehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at håndtere psykiske nedture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at håndtere træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at håndtere åndedrætsbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at motivere mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke vigtigt (1)	Lidt vigtigt (2)	Noget vigtigt (3)	Meget vigtigt (4)	Ikke rele- vant (9)
At blive bedre til at udtrykke mine behov over for familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At sætte mig personlige mål og føre dem ud i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At blive bedre til at prioritere aktiviteter, der gør mig glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kronisk sygdom i hverdagen

14. Hvilken eller hvilke kroniske sygdomme har du?

(markér evt. flere svar)

(1) Type 2-diabetes

(2) KOL

(3) Hjertesygdom

(4) Andre, angiv hvilke(n) _____

15. Hvor længe har du haft en kronisk sygdom?

(Hvis du har flere kroniske sygdomme, skal du angive antallet af år for den kroniske sygdom, du har haft længst)

(1) Mindre end 1 år

(2) 1-2 år

(3) 3-5 år

(4) 6-10 år

(5) Mere end 10 år

16. Har din ægtefælle/samleverske en kronisk sygdom eller anden langvarig lidelse?

(1) Ja, angiv hvilke(n) _____

(2) Nej

(3) Jeg er ikke gift/samlevende

17. Hvor bekymret er du for, at dine nærmeste skal blive syge?
(Sæt ring om ét tal på skalaen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helt ubekymret Meget bekymret

18. Hvor stærke fysiske smerter/ubehag har du haft i de seneste 4 uger?

Ingen smerte/ubehag (1)	Meget lette smerter/ubehag (2)	Lette smerter/ubehag (3)	Middelstærke smerter/ubehag (4)	Stærke smerter/ubehag (5)	Meget stærke smerter/ubehag (6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Gå til spm 21)

19. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du oplevet smerter/ubehag?

(1) Lidt af tiden

(2) Noget af tiden

(3) En hel del af tiden

(4) Det meste af tiden

(5) Hele tiden

20. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du oplevet åndedrætsbesvær?

Ingen åndedrætsbesvær (1)	Lidt af tiden (2)	Noget af tiden (3)	En hel del af tiden (4)	Det meste af tiden (5)	Hele tiden (6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig træet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

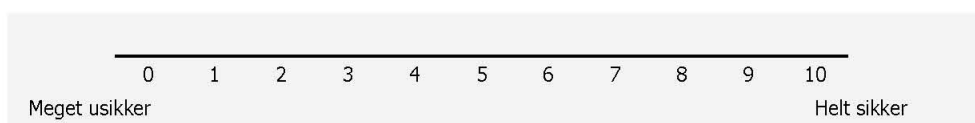
22. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Har du været nedtrykt over dine helbredsproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været frustreret over dine helbredsproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været ængstelig/bekymret for dit fremtidige helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere din træthed, så du kan gøre de ting du gerne vil?

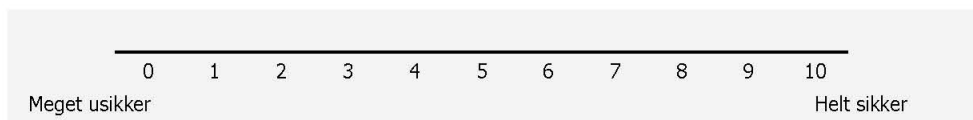
(Sæt ring om ét tal på skalaen)



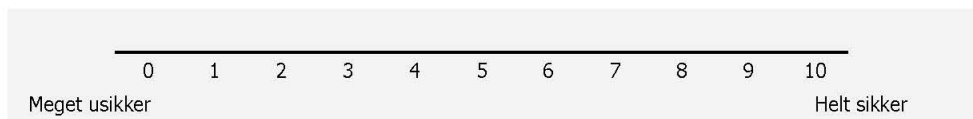
24. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere følelser som fx tristhed, vrede eller frustration, så du kan gøre de ting, du gerne vil?
(Sæt ring om ét tal på skalaen)



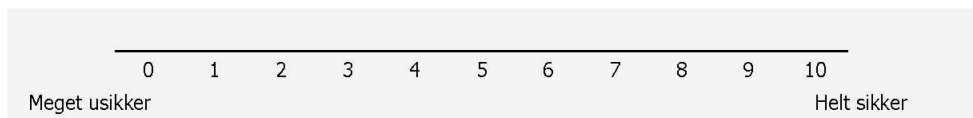
25. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere andre symptomer eller helbredsproblemer, så du kan gøre de ting, du gerne vil?
(Sæt ring om ét tal på skalaen)



26. Hvor sikker er du på, at du kan gøre det som er nødvendigt for at tage hånd om dit helbred, så du får mindre behov for at opsøge læge?
(Sæt ring om ét tal på skalaen)



27. Hvor sikker er du på, at du kan gøre noget (ud over at tage medicin) for at begrænse, hvor meget din sygdom påvirker din dagligdag?
(Sæt ring om ét tal på skalaen)



Socialt samvær

28. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?

(med kontakt menes, at I mødes, taler i telefon sammen, skriver til hinanden mv.)

	Dagligt eller næsten dagligt (1)	1-2 gange om ugen (2)	1-2 gange om måneden (3)	Sjældnere end 1 gang om måneden (4)	Aldrig (5)
Familie som du <u>ikke</u> bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger eller lign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mennesker du kender fra internettet (fx fra chatforum mv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?

(1) Ja, ofte

(2) Ja, en gang imellem

(3) Ja, men sjældent

(4) Nej

30. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

(1) Ja, altid

(2) Ja, for det meste

(3) Ja, nogen gange

(4) Nej, aldrig eller næsten aldrig

Livsstilevaner og aktiviteter

De følgende spørgsmål handler om dine livsstilevaner og aktiviteter i alt almindelighed. Spørgsmålene er ikke specifikt relateret til din kroniske sygdom.

31. I din fritid, hvor lang tid bruger du på (Markér et svar for hvert spørgsmål)

	Ingen tid (1)	Mindre end 30 minutter om ugen (2)	30-60 minutter om ugen (3)	1-3 timer om ugen (4)	Mere end 3 timer om ugen (5)
Let fysisk aktivitet som fx gåture, let rengøring, feje og rive i haven eller let anstrengende motion som fx yoga, bowling eller lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havearbejde, bære ting op ad trappen eller moderat anstrengende sport som fx gymnastik, svømning, cykling, styrketræning eller lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstrengende sport og motion som fx løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred? (Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer fx tristhed, bekymring eller andre svære følelser?

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Er du på grund af dit helbred begrænset i aktiviteter i dagligdagen?

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Ja, meget begrænset (1)	Ja, lidt begrænset (2)	Slet ikke begrænset (3)
Krævende aktiviteter som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Ryger du?

(1) Ja, hver dag

(2) Ja, mindst én gang om ugen (gå til spm 37)

(3) Ja, men sjældnere end én gang om ugen (gå til spm 37)

(4) Nej, men har tidligere røget (gå til spm 37)

(5) Nej, jeg har aldrig røget (gå til spm 37)

36. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr dag?
(svar kun på dette spørgsmål, hvis du ryger hver dag)

(Skriv antal)

Antal cigaretter	_____
Antal cerutter	_____
Antal cigarer	_____
Antal pibestop	_____

37. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(1) Jeg drikker ikke alkohol (gå til spm 39)

(2) 0-1 dag

(3) 2 dage

(4) 3 dage

(5) 4 dage

(6) 5 dage

(7) 6 dage

(8) 7 dage

38. Hvor tit drikker du mere end 5 genstande ved samme lejlighed

(1) Næsten dagligt eller dagligt

(2) Ugentligt

(3) Månedligt

(4) Sjældent

(5) Aldrig

39. Hvordan vurderer du dine madvaner alt i alt?

Meget sunde (1)	Sunde (2)	Nogenlunde sunde (3)	Usunde (4)	Meget usunde (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Vil du gerne spise mere sundt?

(1) Ja, i høj grad

(2) Ja, i nogen grad

(3) Nej

41. Hvordan vurderer du selv din vægt?

Alt for lav (1)	Lidt for lav (2)	Tilpas (3)	Lidt for høj (4)	Alt for høj (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Vil du gerne tabe dig?

(4) Ja, i høj grad

(5) Ja, i nogen grad

(6) Nej

Helbred og trivsel

43. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hvordan vurderer du din fysiske form (fx kondition, muskelstyrke)?

Virkelig god (1)	God (2)	Nogenlunde (3)	Mindre god (4)	Dårlig (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Hvordan vurderer du dine motionsvaner?

Virkelig gode (1)	Gode (2)	Nogenlunde (3)	Mindre gode (4)	Dårlige (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fem spørgsmål til en sidste opsummering af din helbredssituation

46. Bevægelighed

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

- (1) Jeg har ingen problemer med at gå omkring
- (2) Jeg har lidt problemer med at gå omkring
- (3) Jeg har moderate problemer med at gå omkring
- (4) Jeg har store problemer med at gå omkring
- (5) Jeg kan ikke gå omkring

47. Personlig pleje

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

- (1) Jeg har ingen problemer med at vaske mig eller klæde mig på
- (2) Jeg har lidt problemer med at vaske mig eller klæde mig på
- (3) Jeg har moderate problemer med at vaske mig eller klæde mig på
- (4) Jeg har store problemer med at vaske mig eller klæde mig på
- (5) Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på

48. Sædvanlige aktiviteter (fx husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter, arbejde, studie)

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(2) Jeg har lidt problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(3) Jeg har moderate problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(4) Jeg har store problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(5) Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter

49. Smerter/ubehag

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg har ingen smerter eller ubehag

(2) Jeg har lidt smerter eller ubehag

(3) Jeg har moderate smerter eller ubehag

(4) Jeg har stærke smerter eller ubehag

(5) Jeg har ekstreme smerter eller ubehag

50. Angst/depression

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(6) Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret

(7) Jeg er lidt ængstelig eller deprimeret

(8) Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret

(9) Jeg er meget ængstelig eller deprimeret

(10) Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret

Mange tak for hjælpen!



2

VEJEN VIDERE

A decorative graphic consisting of a series of colored dots arranged in a curved path. The dots transition from blue on the left to green on the right, with varying sizes. The path starts with a small blue dot, followed by several larger blue dots, then a small green dot, and ends with several larger green dots.

Spørgeskema om udbyttet af Vejen videre



Oplysninger om spørgeskemaundersøgelsen

Du modtager dette spørgeskema, fordi du netop har gennemført Vejen videre – Kursus til et bedre liv med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom i Region Syddanmark. Vi har tidligere spurgt om dine forventninger til kurset. Nu håber vi, du vil fortælle os lidt om, hvad du synes, du rent faktisk har fået ud af kurset. Du vil opleve, at nogle af spørgsmålene ligner de spørgsmål, vi tidligere har stillet. Vi beder dig om at svare på dem igen, da vi ønsker at høre, om noget har ændret sig, siden vi spurgte dig sidst.

Din mening er vigtig. Din deltagelse i undersøgelsen kan være med til at forbedre tilbuddene om patientuddannelser i din kommune og forbedre tilbuddene til andre med kronisk sygdom. Det er naturligvis frivilligt at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, og du kan når som helst trække dit tilsagn om deltagelse tilbage.

Som tak for din deltagelse trækker vi lod om 2 gavekort på 500 kroner blandt deltagerne ved anden runde af undersøgelsen.

Alle, som arbejder med undersøgelsen, har naturligvis tavshedspligt. Dine svar vil blive behandlet fortroligt og vil udelukkende blive brugt i statistiske tabeller, hvor man ikke kan se, hvilke svar den enkelte har givet.

Sådan udfyldes spørgeskemaet

Det vil tage ca. 15 minutter at udfylde skemaet. Af hensyn til læsbarheden beder vi dig udfylde spørgeskemaet med en sort eller blå kuglepen. Hvis du fortryder en afkrydsning, fylder du blot boksen helt ud og sætter et nyt kryds. Enkelte steder skal du ikke krydse af, men skrive et tal. Skriv venligst med tydelige tal. Med mindre andet er angivet, skal du kun sætte ét kryds for hvert spørgsmål.

Har du spørgsmål til undersøgelsen, kan du spørge dine undervisere på kurset. Du er også velkommen til at kontakte projektleder Marie Brandhøj Wiuff, DSI på telefon 78 41 39 43 eller e-mail mbw@dsi.dk eller projektleder Ann Nielsen, DSI på telefon 32 29 84 55 eller e-mail ann@dsi.dk.

Vi håber meget, at du vil bidrage til undersøgelsen. På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink that reads 'Marie B. Wiuff'.

Marie Brandhøj Wiuff
Sociolog
Telefon 78 41 39 43
E-mail: mbw@dsi.dk

A handwritten signature in blue ink that reads 'Ann Nielsen'.

Ann Nielsen
Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
Telefon 32 29 84 55
E-mail: ann@dsi.dk

Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø

DSI Århus:
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N

Tlf. 35 29 84 00
Fax 35 29 84 99
E-mail dsi@dsi.dk
www.dsi.dk

Baggrundsinformation

1. Hvad er dit navn?

(skriv med blokbogstaver)

2. Hvad er din fødselsdato?

(udfyldes med følgende format dag/måned/år)

_____/_____/_____

3. Hvilket køn er du?

(1) Kvinde

(2) Mand

4. Hvor høj er du (uden sko)?

_____ cm (fx 172 cm)

5. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

_____ kg

6. Hvilken kommune bor du i?

(1) Esbjerg Kommune

(2) Langeland Kommune

(3) Odense Kommune

(4) Varde Kommune

7. Hvad er din nuværende erhvervmæssige stilling

(1) I arbejde/beskæftigelse

(2) Arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering

(3) På kontanthjælp, bistandshjælp

(4) Under revalidering

(5) Langtidssyg (3 måneder eller mere)

(6) Førtidspensionist

(7) Efterlønsmodtager, overgangsydelse

(8) Alderspensionist

(9) Under uddannelse

(10) Andet, angiv hvilket: _____

8. Hvor mange kilometer er der fra dit hjem til kursusstedet?

(angiv dit svar i antal km)

_____ km

9. Hvilken transportform har du sædvanligvis benyttet ved deltagelse i kurset?

(1) Egen bil

(2) Cykel

(3) Gående

(4) Offentlig transport (fx bus og tog)

(5) Jeg blev kørt af pårørende (fx ægtefælle, familie, venner)

(6) Jeg fik bevilget kørsel (handicapkørsel)

(7) Andet, angiv hvilket: _____

Kronisk sygdom i hverdagen

10. Hvor stærke fysiske smerter/ubehag har du haft i de seneste 4 uger?

Ingen smerter/ubehag (1)	Meget lette smerter/ubehag (2)	Lette smerter/ubehag (3)	Middelstærke smerter/ubehag (4)	Stærke smerter/ubehag (5)	Meget stærke smerter/ubehag (6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Gå til spm. 12)

11. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du oplevet smerter/ubehag?

(1) Lidt af tiden

(2) Noget af tiden

(3) En hel del af tiden

(4) Det meste af tiden

(5) Hele tiden

12. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du oplevet åndedrætsbesvær?

Ingen åndedrætsbesvær (1)	Lidt af tiden (2)	Noget af tiden (3)	En hel del af tiden (4)	Det meste af tiden (5)	Hele tiden (6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger ...

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig træt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger ...

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Har du været nedtrykt over dine helbredsproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været frustreret over dine helbredsproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været ængstelig for dit fremtidige helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere fysisk ubehag eller smerter, så du kan gøre de ting, du gerne vil?

(Sæt ring om ét tal på skalaen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Meget usikker Helt sikker

16. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere din træthed, så du kan gøre de ting, du gerne vil?

(Sæt ring om ét tal på skalaen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Meget usikker Helt sikker

17. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere følelser som fx tristhed, vrede eller frustration, så du kan gøre de ting, du gerne vil?

(Sæt ring om ét tal på skalaen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Meget usikker Helt sikker

- 18. Hvor sikker er du på, at du kan håndtere andre symptomer eller helbredsproblemer, så du kan gøre de ting, du gerne vil?**
(Sæt ring om ét tal på skalaen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Meget usikker Helt sikker

- 19. Hvor sikker er du på, at du kan gøre det, som er nødvendigt for at tage hånd om dit helbred, så du får mindre behov for at opsøge læge?**
(Sæt ring om ét tal på skalaen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Meget usikker Helt sikker

- 20. Hvor sikker er du på, at du kan gøre noget (ud over at tage medicin) for at begrænse, hvor meget din sygdom påvirker din dagligdag?**
(Sæt ring om ét tal på skalaen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Meget usikker Helt sikker

Socialt samvær

21. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?

(Med kontakt menes, at I mødes, taler i telefon sammen, skriver til hinanden mv.)

	Dagligt eller næsten dagligt	1-2 gange om ugen	1-2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Familie som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mennesker du kender fra internettet (fx fra chatforum mv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?

(1) Ja, ofte

(2) Ja, en gang imellem

(3) Ja, men sjældent

(4) Nej

23. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

(1) Ja, altid

(2) Ja, for det meste

(3) Ja, nogen gange

(4) Nej, aldrig eller næsten aldrig

Livsstilevaner og aktiviteter

De følgende spørgsmål handler om dine livsstilevaner og aktiviteter i al almindelighed. Spørgsmålene er ikke specifikt relateret til din kroniske sygdom.

24. I din fritid, hvor lang tid bruger du da på ...

(Markér et svar for hvert spørgsmål)

	Ingen tid (1)	Mindre end 30 minutter om ugen (2)	30-60 minutter om ugen (3)	Sjældnere end 1 gang om måneden (4)	Mere end 3 timer om ugen (5)
Let fysisk aktivitet som fx gåture, let rengøring, feje og rive i haven eller let anstrengende motion som fx yoga, bowling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havearbejde, bære ting op ad trappen eller moderat anstrengende sport som fx gymnastik, svømning, cykling, styrketræning eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstrengende sport og motion som fx løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer, fx tristhed, bekymring eller andre svære følelser?

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Hele tiden (1)	Det meste af tiden (2)	Noget af tiden (3)	Lidt af tiden (4)	På intet tidspunkt (5)
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Er du begrænset i aktiviteter i dagligdagen på grund af dit helbred?

(Markér ét svar for hvert spørgsmål)

	Ja, meget begrænset (1)	Ja, lidt begrænset (2)	Slet ikke begrænset (3)
Krævende aktiviteter som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Ryger du?

- (1) Ja, hver dag
- (2) Ja, mindst én gang om ugen (gå til spørgsmål 30)
- (3) Ja, men sjældnere end én gang om ugen (gå til spørgsmål 30)
- (4) Nej, men har tidligere røget (gå til spørgsmål 30)
- (5) Nej, jeg har aldrig røget (gå til spørgsmål 30)

29. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

(svar kun på dette spørgsmål, hvis du ryger hver dag)

	Skriv antal
(1) Antal cigaretter	_____
(2) Antal cerutter	_____
(3) Antal cigarer	_____
(4) Antal pibestop	_____

30. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

- (1) Jeg drikker ikke alkohol (gå til spørgsmål 32)
- (2) 0-1 dag
- (3) 2 dage
- (4) 3 dage
- (5) 4 dage
- (6) 5 dage
- (7) 6 dage
- (8) 7 dage

31. Hvor tit drikker du mere end 5 genstande ved samme lejlighed?

- (1) Næsten dagligt eller dagligt
- (2) Ugentligt
- (3) Månedligt
- (4) Sjældent
- (5) Aldrig

32. Hvordan vurderer du dine madvaner alt i alt?

Meget sunde (1)	Sunde (2)	Nogenlunde sunde (3)	Usunde (4)	Meget usunde (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Vil du gerne spise mere sundt?

(1) Ja, i høj grad

(2) Ja, i nogen grad

(3) Nej

34. Hvordan vurderer du selv din vægt?

Alt for lav (1)	Lidt for lav (2)	Tilpas (3)	Lidt for høj (4)	Alt for høj (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Vil du gerne tabe dig?

(1) Ja, i høj grad

(2) Ja, i nogen grad

(3) Nej

Helbred og trivsel

36. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Sammenlignet med inden du startede på kurset, hvordan synes du dit helbred er alt i alt nu?

Meget bedre (1)	Lidt bedre (2)	Det samme (3)	Lidt dårligere (4)	Meget dårligere (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Hvordan vurderer du din fysiske form (fx kondition, muskelstyrke)?

Virkelig god (1)	God (2)	Nogenlunde (3)	Mindre god (4)	Dårlig (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Sammenlignet med inden du startede på kurset, hvordan er din fysiske form så på nuværende tidspunkt?

Meget bedre (1)	Lidt bedre (2)	Det samme (3)	Lidt dårligere (4)	Meget dårligere (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hvordan vurderer du dine motionsvaner?

Virkelig gode (1)	Gode (2)	Nogenlunde (3)	Mindre gode (4)	Dårlige (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Sammenlignet med inden du startede på kurset, hvordan er dine motionsvaner så på nuværende tidspunkt?

Meget bedre (1)	Lidt bedre (2)	Det samme (3)	Lidt dårligere (4)	Meget dårligere (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fem spørgsmål til en opsummering af din helbredssituation

42. Bevægelighed

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg har ingen problemer med at gå omkring

(2) Jeg har lidt problemer med at gå omkring

(3) Jeg har moderate problemer med at gå omkring

(4) Jeg har store problemer med at gå omkring

(5) Jeg kan ikke gå omkring

43. Personlig pleje

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg har ingen problemer med at vaske mig eller klæde mig på

(2) Jeg har lidt problemer med at vaske mig eller klæde mig på

(3) Jeg har moderate problemer med at vaske mig eller klæde mig på

(4) Jeg har store problemer med at vaske mig eller klæde mig på

(5) Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på

44. Sædvanlige aktiviteter (fx husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter, arbejde, studie)

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(2) Jeg har lidt problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(3) Jeg har moderate problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(4) Jeg har store problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter

(5) Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter

45. Smerter/ubehag

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg har ingen smerter eller ubehag

(2) Jeg har lidt smerter eller ubehag

(3) Jeg har moderate smerter eller ubehag

(4) Jeg har stærke smerter eller ubehag

(5) Jeg har ekstreme smerter eller ubehag

46. Angst/depression

(Markér det udsagn, som bedst beskriver din sundhedstilstand i dag)

(1) Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret

(2) Jeg er lidt ængstelig eller deprimeret

(3) Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret

(4) Jeg er meget ængstelig eller deprimeret

(5) Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret

Kurset set i tilbageblik

47. Hvordan synes du alt i alt kurset var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Hvilket udbytte har du fået af kurset?

(Markér hvor uenig eller enig du er i hvert af følgende udsagn)

	Helt uenig/ lærte intet nyt (1)	Over- vejende uenig (2)	Hverken uenig eller enig (3)	Over- vejende enig (4)	Helt enig (5)	Ej relevant (6)
Jeg er blevet bedre til at bruge min medicin rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fået sundere madvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fået en mere fysisk aktiv dagligdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fået sundere vaner omkring alkohol og/eller rygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fået en bedre forståelse af sammenhænge mellem symptomer og deres årsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at stille spørgsmål om min sygdom til læger og andre sundhedsfaglige personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at tale om mine personlige problemer med min læge og andre sundhedsfaglige personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at håndtere smerter og ubehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at håndtere psykiske nedture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at håndtere træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helt uenig/ lærte intet nyt (1)	Over- vejende uenig (2)	Hverken uenig eller enig (3)	Over- vejende enig (4)	Helt enig (5)	Ej relevant (6)
Jeg er blevet bedre til at håndtere åndedrætsbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at udtrykke mine behov over for familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at sætte mig personlige mål og føre dem ud i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at prioritere aktiviteter, der gør mig glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at motivere mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet bedre til at anvende fx åndedræsteknikker, afspænding og positiv tænkning til at dæmpe ubehag, åndedrætsbesvær og smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har lært andre mennesker med kroniske sygdomme at kende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. I hvor høj grad er du uenig eller enig i følgende udsagn om kurset?

(Markér ét svar for hvert udsagn)

	Meget uenig (1)	Noget uenig (2)	Hverken uenig eller enig (3)	Noget enig (4)	Meget enig (5)	Ved ikke (9)
Kurset levede op til mine forventninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mængden af information på kurset var for overvældende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurset gav mig nye redskaber og/eller færdigheder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kursets metoder, fx handleplaner og problemløsning, tiltalte mig ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg havde for lidt til fælles med de andre deltagers sygdomme og/eller problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes underviserne var gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der var for lidt mulighed for at tale med de andre deltagere på kurset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg brød mig ikke om den måde, der blev undervist på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg brød mig ikke om hjemmearbejdet med handleplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De enkelte mødegange var af en passende længde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg følte mig ikke tilpas i gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurset har gjort en forskel for min dagligdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indholdet i kurset var meget relevant for min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har været tiden og kræfterne værd at deltage i kurset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurset gav mig ny viden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville anbefale kurset til andre mennesker med kronisk sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din deltagelse på kurset

50. Hvilke moduler deltog du i?

- (1) Grundmodul
- (2) Træningsmodul
- (3) Madmodul
- (4) Rygestop modul
- (5) Hjertesygdom modul
- (6) KOL modul
- (7) Type 2-diabetes modul

51. Hvilke af de moduler, du har deltaget i, har du fået mest ud af? (Sæt gerne flere krydser)

- (1) Grundmodul
- (2) Træningsmodul
- (3) Madmodul
- (4) Rygestop modul
- (5) Hjertesygdom modul
- (6) KOL modul
- (7) Type 2-diabetes modul
- (8) Jeg har fået meget ud af alle de moduler, jeg har deltaget i

52. Har nogle af dine pårørende (fx ægtefælle) deltaget i patientuddannelsen?

(Sæt gerne flere krydser)

(1) Ja, grundmodul

(2) Ja, træningsmodul

(3) Ja, madmodul

(4) Ja, rygestop modul

(5) Ja, hjertesygdom modul

(6) Ja, KOL modul

(7) Ja, type 2-diabetes modul

(8) Nej, mine pårørende har ikke deltaget

I det følgende kommer der en række spørgsmål relateret til de enkelte moduler. Du skal kun besvare spørgsmålene for de moduler, du har deltaget i.

Grundmodulet

De følgende spørgsmål skal du kun svare på, hvis du har deltaget i grundmodulet.

53a. Hvordan synes du alt i alt grundmodulet var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53b. Hvilke af værktøjerne fra undervisningen på grundmodulet var gode for dig? (Sæt gerne flere krydser)

(1) Handleplanerne og problemløsningsredskaberne

(2) Åndedrætsøvelserne

(3) De kognitive teknikker, fx afledning og positiv tænkning

(4) Afspænding

(5) Kommunikationsredskaberne

(6) Gruppearbejdet

(7) Andre, hvilke: _____

(8) Ingen af værktøjerne var gode for mig

53c. Er der nogle af ovenstående værktøjer, du allerede anvender i din hverdag?

(1) Ja, hvilke: _____

(2) Nej

53d. Er der nogle af ovenstående værktøjer, du har planer om at bruge fremover?

(1) Ja, hvilke: _____

(2) Nej

Træningsmodulet

De følgende spørgsmål skal du kun svare på, hvis du har deltaget i træningsmodulet.

54a. Hvordan synes du alt i alt træningsmodulet var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54b. Har træningen på kurset motiveret dig til at træne/bevæge dig mere, efter kurset slutter?

- (1) Ja, jeg har meldt mig til en fritidsaktivitet, der involverer bevægelse (fx dans, motionshold eller lignende)
- (2) Ja, jeg vil fortsætte træningen med andre medkursister
- (3) Ja, jeg fortsætter træning med venner/bekendte
- (4) Ja, jeg vil fortsætte træningen alene
- (5) Nej, jeg har ikke lyst til at fortsætte træningen
- (6) Nej, jeg har ikke overskud til træning
- (7) Nej, jeg trænede allerede inden jeg begyndte på kurset
- (8) Andet, hvilket: _____

54c. Har du prøvet nye motionsformer, som du forventer at fortsætte med efter kurset?

- (1) Ja, hvilke: _____
- (2) Nej

Madmodulet

De følgende spørgsmål skal du kun svare på, hvis du har deltaget i madmodulet.

55a. Hvordan synes du alt i alt madmodulet var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55b. Har madmodulet givet dig større viden om, hvad der er sunde madvaner?

I høj grad (1)	I nogen grad (2)	I ringe grad (3)	Slet ikke (4)	Jeg havde stor viden i forvejen (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55c. Har madmodulet gjort dig bedre til at sammensætte sunde måltider?

I høj grad (1)	I nogen grad (2)	I ringe grad (3)	Slet ikke (4)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55d. Har madmodulet fået dig til at ændre på nogle af dine madvaner?

I høj grad (1)	I nogen grad (2)	I ringe grad (3)	Slet ikke (4)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOL modulet

De følgende spørgsmål skal du kun svare på, hvis du har deltaget i KOL modulet.

56a. Hvordan synes du alt i alt **KOL modulet** var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56b. Har KOL modulet givet dig ny viden om din sygdom generelt?

I høj grad (1)	I nogen grad (2)	I ringe grad (3)	Slet ikke (4)	Jeg havde stor viden i forvejen (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56c. Hvordan har KOL modulet påvirket din håndtering af din egen sygdom? (Sæt gerne flere krydser)

- (1) Modulet har ikke haft indflydelse på min håndtering af min sygdom
- (2) Jeg er blevet bedre til at vurdere, hvornår det er nødvendigt, at jeg går til lægen
- (3) Jeg er blevet bedre til at håndtere mine symptomer ved brug af pep-fløjte, kontrolleret hoste og åndedræsteknikker
- (4) Jeg tager mindre unødvendig anfaldsmedicin
- (5) Jeg har fået større bevidsthed om virkninger og bivirkningen ved min medicin
- (6) Kurset motiverede mig til at jeg vil stoppe med at ryge/ryge mindre
- (7) Jeg har fået viden om, hvad jeg selv kan gøre for at undgå forværring af sygdom/symptomer
- (8) Jeg har fået viden om, hvad der udløser angst, og fået redskaber til at tackle angsten, hvis den kommer
- (9) Jeg er blevet mere bevidst om min lungefunktion og dennes indflydelse på mit behov for medicin
- (10) Jeg er blevet mere bevidst om årsagerne til min sygdom
- (11) Andet, hvilket: _____

Hjertesygdom modulet

De følgende spørgsmål skal du kun svare på, hvis du har deltaget i hjertesygdom modulet.

57a. Hvordan synes du alt i alt hjertesygdom modulet var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57b. Har modulet om hjertesygdom givet dig ny viden om din sygdom?

I høj grad (1)	I nogen grad (2)	I ringe grad (3)	Slet ikke (4)	Jeg havde stor viden i forvejen (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57c. Hvordan har modulet om hjertesygdom påvirket din håndtering af din egen sygdom?

(Sæt gerne flere krydser)

(1) Modulet har ikke haft indflydelse på min håndtering af min sygdom

(2) Jeg er blevet mere bevidst om årsagerne til min sygdom

(3) Jeg er blevet bedre til at vurdere, hvornår det er nødvendigt, at jeg går til lægen

(4) Jeg har fået større bevidsthed om virkninger og bivirkningen ved min medicin

(5) Jeg har fået lyst og overskud til at tabe mig

(6) Jeg har fået viden om, hvad der udløser angst, og fået redskaber til at tackle angsten, hvis den kommer

(7) Jeg er begyndt at tale med mine pårørende om min egen angst og deres angst for min sygdom

(8) Jeg har fået viden om, hvad jeg selv kan gøre for at undgå forværring af sygdom/symptomer

(9) Jeg har fået større viden om, hvordan jeg undgår bryst smerter

(10) Andet, hvilket: _____

Type 2-diabetes modulet

De følgende spørgsmål skal du kun svare på, hvis du har deltaget i type 2-diabetes modulet.

58a. Hvordan synes du alt i alt type 2-diabetes modulet var for dig?

Fremragende (1)	Vældig godt (2)	Godt (3)	Mindre godt (4)	Dårligt (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58b. Har modulet om type 2-diabetes givet dig ny viden om din sygdom?

I høj grad (1)	I nogen grad (2)	I ringe grad (3)	Slet ikke (4)	Jeg havde stor viden i forvejen (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58c. Hvordan har modulet om type 2-diabetes påvirket din håndtering af din egen sygdom?

(Sæt gerne flere krydser)

- (1) Modulet har ikke haft indflydelse på min håndtering af min sygdom
- (2) Jeg er blevet bedre til at forudse, hvad der får mit blodsukker til at stige eller falde
- (3) Jeg er blevet bedre til at undgå, at mit blodsukker stiger eller falder for meget
- (4) Jeg har fået større viden om følgesygdomme til type 2-diabetes
- (5) Jeg er blevet motiveret til at forsøge at undgå følgesygdomme
- (6) Jeg er blevet mere opmærksom på mine stresssymptomer, og hvordan jeg undgår stress
- (7) Jeg er blevet mere bevidst om min egen fodpleje, og hvordan jeg undgår fodsår
- (8) Jeg er blevet bedre til at vurdere, hvornår det er nødvendigt, at jeg går til lægen
- (9) Jeg er blevet mere bevidst om årsagerne til min sygdom
- (10) Andet, hvilket: _____

Tusind tak for hjælpen!

Bilag 12

Kodning af variable i spørgeskemaundersøgelsen

Kodning af variable

Multiple regressioner: I forbindelse med de multiple regressionsanalyser er de afhængige undersøgelsesvariable kodet som følger:

- 1) Anstrengende fysisk aktivitet er kodet således, at 1= sandsynligheden for positiv selvrapporeret effekt i forhold til tid brugt på anstrengende fysisk aktivitet (lidt tid, nogen tid eller meget tid) og 0= sandsynlighed for ingen selvrapporeret effekt i forhold til anstrengende fysisk aktivitet. Udviklingen er målt mellem skema 1 og skema 3³⁰.
- 2) Den samlede self-efficacy score er kodet således, at 1=sandsynligheden for at score over middel og 0= sandsynligheden for at score under middel på skalaens samlede score. Det har ikke været muligt at anvende en samlet self-efficacy score for hver af deltagerne i skema 1, hvorfor det ikke har været muligt at undersøge udviklingen fra skema 1 til skema 2 eller skema 1 til skema 3, som med fysisk aktivitet. Den multiple regression i forhold til self-efficacy undersøger således alene spørgsmålet om, hvorvidt der er forskelle på forskellige grupper af deltagers score på self-efficacy spørgsmålene umiddelbart efter endt kursusgang.
- 3) Udbyttet af de obligatoriske moduler og kurset som helhed er kodet således, at 1= sandsynligheden for at vurdere modulet/kurset som fremragende eller vældig godt, mens 0= sandsynligheden for at vurdere modulet/kurset som godt, mindre godt eller dårligt.

Årsagen til, at variablene er kodet som beskrevet, er dels et hensyn til datagrundlagets beskedenhed (hvis kodningen var gjort anderledes, havde der ikke været nok respondenter til at foretage analysen), og dels et hensyn til fortolkningsmuligheder på resultaterne (det skal være meningsfuldt at kunne sige noget om sandsynlighederne for udfaldene).

Self-efficacy: I forbindelse med self-efficacy er de enkelte spørgsmål i skalaen blevet lagt sammen til en samlet score for henholds-

vis før, efter og tre måneder efter kurset. Self-efficacy skalaen består af seks spørgsmål, som spørger til egen vurdering af at kunne.

- 1) ... håndtere træthed
- 2) ... håndtere fysisk ubehag/smerte
- 3) ... håndtere følelser som tristhed/vrede/frustration
- 4) ... håndtere symptomer
- 5) ... tage hånd om eget helbred, så du får mindre behov for at opsøge læge
- 6) ... gøre noget for at begrænse, hvor meget din sygdom påvirker din dagligdag.

De seks spørgsmål skal vurderes på en skala fra 1-10, og de vægtes ligeligt i udregningen af en samlet self-efficacy score, som kan falde inden for intervallet 1-10, hvor 1 er absolut laveste self-efficacy og 10 er absolut bedst mulige self-efficacy score.

På grund af enkelte fejl i spørgeskemaerne er scoren kunstigt fremstillet på et spørgsmål i et af skemaerne. De statiske beregninger, der ligger til grund for scoren, vurderes som meget robuste.

BMI: I forbindelse med udregning af deltagernes BMI har deltagernes højdeangivelser været anvendt. I langt de fleste tilfælde har deltagerne anført forskellige højdemål i hver af de tre spørgeskemaer, varierende typisk med 1-3 cm. Det anvendte højdemål til BMI udregning for den enkelte deltager er blevet beregnet som et gennemsnit af de tre anførte mål³¹. Efter udregning af BMI for hver enkelt deltager i henholdsvis før, efter og tre måneder efter deltagelse i Vejen videre er deltagerne blevet kategoriseret som henholdsvis undervægtige, normalvægtige, marginal overvægtige, overvægtige og svært overvægtige, jf. beskrivelserne nedenfor.

Bilagstabel 12.1 nedenfor viser den BMI-kategorisering, som analyserne er baseret på.

Bilagstabel 12.1: BMI-kategorisering

BMI Kvinder	BMI Mænd	Klassifikation	Helbredsrisiko
< 18,5	< 19,7	Undervægt	Afhænger af årsagen til undervægt
18,5-25,0	19,7-25,8	Normalvægt	Normal, middel risiko
25,0-26,7	25,8-27,2	Marginal overvægt	Let øget risiko
26,7-31,1	27,2-31,6	Overvægt	Moderat risiko
> 31,1	> 31,6	Svær overvægt	Kraftigt øget til ekstremt øget risiko

30 Udviklingen er tilsvarende målt mellem skema 1 og skema 2. Analyserne er meget sammenlignelige med analyserne af udviklingen fra skema 1 til skema 3, hvorfor vi kun har valgt at afrapportere dette sidste resultat.

31 I enkelte tilfælde er der anført meget forskellige højdemål, hvilket naturligvis ikke kan være realistisk. I de tilfælde, hvor fx et enkelt af højdemålene ligger meget langt fra de øvrige to højdemål, er højden beregnet som et gennemsnit af de to mål, som ligger tættest på hinanden.

Bilagstabel 12.2: Fedmekategorisering

Svær overvægt, BMI	Klassifikation
30-34,9	Klasse I
35-39,9	Klasse II
> 40	Klasse III

Kilde: Sundhedsstyrelsen.dk

Bilagstabel 12.2 viser en yderligere inddeling af forskellige grader af overvægt, som Sundhedsstyrelsen blandt andet opererer med, og som vi også vil forholde deltagerne i Vejen videre til.

Livskvalitet: Hvad angår livskvalitetsskalaen EQ-5D findes denne i flere versioner; i den her valgte version har deltagerne haft mulighed for at vælge mellem fem forskellige svarkategorier i deres angivelser af egen helbredsmæssige tilstand inden for følgende fem dimensioner, som tilsammen kan give en indikator for deltagernes livskvalitet: bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag, angst/depression. Ved hver dimension har deltageren mulighed for at vælge imellem fem tilstande – fra den bedst mulige til den værst tænkelige. Ved evalueringer af sundhedsinterventioner er det muligt at se på udviklingen i hver enkelt dimension, men det unikke ved redskabet er muligheden for at samle de fem dimensioner i et enkelt indeks. I indekset repræsenterer 1 den bedst mulige livs-

kvalitet, og 0 eller derunder (det er teknisk set muligt at score helt ned til -0,62 på indekset) repræsenterer 'fravær af livskvalitet'³².

Indekset baseres på sociale præferencer, således at enkelte dimensioner kan veje forholdsvis tungt, hvis de anses som specielt vigtige af befolkningen. For at afdække befolkningernes præferencer er der blevet foretaget undersøgelser i en lang række lande, heriblandt Danmark³³, hvor respondenter er blevet bedt om at rangordne de mulige helbredstilstande³⁴. Dette gør det muligt at tildele hver enkelt helbredstilstand i hvert enkelt land en indekxsværdi. Eksempelvis vægtes 'smerter/ubehag' i det danske indeks en anelse højere end 'sædvanlige aktiviteter', hvilket konkret betyder, at det vejer tungere, hvad respondenter har svaret i forhold til smerte/ubehag i relation til det samlede livskvalitetsmål, end svaret i forhold til sædvanlige aktiviteter gør. ■

32 I praksis er indekxsværdierne fra denne undersøgelse fundet ved hjælp af "EQ-5D-5L Crosswalk Index Value Calculator", som kan downloades fra hjemmesiden: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/Excel/Crosswalk_5L/EQ-5D-5L_Crosswalk_Index_Value_Calculator.xls.

33 Se Wittrup-Jensen KU, Lauridsen JT, Gudex C, Brooks R, Pedersen KM. Estimating Danish EQ-5D tariffs using TTO and VAS. In: Norinder A, Pedersen K, Roos P, editors. Proceedings of the 18th Plenary Meeting of the EuroQol Group. IHE, The Swedish Institute for Health Economics 2002; 257-292.

34 Rangordningen sker enten efter TTO- eller VAS-princippet. Ved VAS (visual analogue scale) sætter respondenter – for en given helbredstilstand – kryds på en skala mellem 0 og 100. Her repræsenterer 0 den værst tænkelige helbredstilstand og 100 den bedst mulige helbredstilstand. Ved TTO (time trade-off) skal respondenter forestille sig at leve 10 år i en given helbredstilstand og sammenligne dette med den perfekte helbredstilstand. Hvor mange af de 10 år er respondenter villig til at opgive for at leve med perfekt helbred i stedet for den givne tilstand?

I Bilag 12: Kodning af variable i spørgeskemaundersøgelsen



**Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00