

Læring og mestring

Patientuddannelse på deltagernes præmisser
Kvantitativ evaluering

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Forskning og Udvikling

Sundhedsfremme og Forebyggelse

Læring og mestring
Patientuddannelse på deltagernes præmisser
Kvantitativ evaluering

© Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2012

Udgiver:

Region Midtjylland
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
URL: <http://www.cfk.rm.dk>

Udarbejdet af:

Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, MPH
Anne Marie Schak Jensen, datamanager

Emneord:

kronisk sygdom, helbred, sundhedsadfærd, mestring, heiQ, sense of coherence

Kategori:

Patientuddannelse; Rekruttering; Effektevaluering

Oplag: 200

Grafisk tilrettelæggelse og korrektur: Gerd Nielsen
Sats: Weitemeyer Design & Communication
Tryk: WERKs Grafiske Hus A/S

Publikationen citeres således:

Vinther-Jensen & Jensen. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvantitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

ISBN: 978-87-92400-20-8 (trykt version)

ISBN: 978-87-92400-21-5 (elektronisk version)

Bestilling:

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Sundhedsfremme og Forebyggelse
Regionshuset Aarhus
Tlf. 7841 0003
E-mail: cfk@rm.dk
Pris 150 kr. ekskl. porto

Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser.

Læring og mestring

Patientuddannelse på deltagernes præmisser
Kvantitativ evaluering

April 2012

Forord

Siden 2007 har Region Midtjylland haft særligt fokus på at forbedre indsatsen for mennesker med en kronisk sygdom. En del af dette arbejde er at udvikle patientuddannelses tilbud til mennesker med kroniske sygdomme, som skal understøtte deres muligheder for at kunne mestre livet med en kronisk sygdom.

Den enkelte borgers viden og kompetencer er i samarbejde med pårørende og sundhedsvæsenet den vigtigste ressource i at fremme sundheden i eget liv. Sundhedsvæsenet spiller en væsentlig rolle i forhold til at skabe de rammer og samarbejdsrelationer med borgerne, som gør det muligt for dem at handle hensigtsmæssigt i relation til egen sundhed og sygdom. Sundhedsvæsenet skal derfor kunne understøtte borgernes muligheder for egen indsats ved at stille den nødvendige viden til rådighed og tilrettelægge tilbud, der understøtter borgernes udvikling af kompetencer og færdigheder i forhold til at udøve god egenomsorg.

Med Lærings- og mestringsprojektet er der, med udgangspunkt i en norsk model for patientuddannelse, udviklet et patientuddannelseskoncept, hvor mestring af livet med en kronisk sygdom er omdrejningspunktet. Uddannelsens særkende er for det første, at sundhedsfagligt personale planlægger, gennemfører og evaluerer forløbene sammen med erfarne patienter – sundhedsfaglig viden og erfaringsviden fra det levede liv med en kronisk sygdom indgår således på lige fod i uddannelsen. For det andet, at der anvendes en sundhedspædagogisk tilgang, der sikrer en høj grad af deltagerinvolvering, og som sikrer at den formidling, som sker i løbet af uddannelsen, nøje er afstemt med de behov for viden, holdnings- og erfaringsudveksling, som deltagerne giver udtryk for.

Evalueringen viser bl.a., at det har været muligt at rekruttere både mænd og kvinder, hvor de fleste har lavt eller middel uddannelsesniveau, få ressourcer og føler sig mere belastede end borgerne i en sammenlignelig referencegruppe. Deltagerne rapporterer, at deres helbred er blevet bedre: de er mere fysik aktive, de er mere aktivt engageret i livet, er mere konstruktive og oplever større social støtte og integration. De oplever også en større 'følelse af sammenhæng' i tilværelsen. Det er alt sammen områder, der knytter sig til at leve med og håndtere livet med en kronisk sygdom, og som har været centrale omdrejningspunkter i netop Lærings- og mestringsuddannelsen.

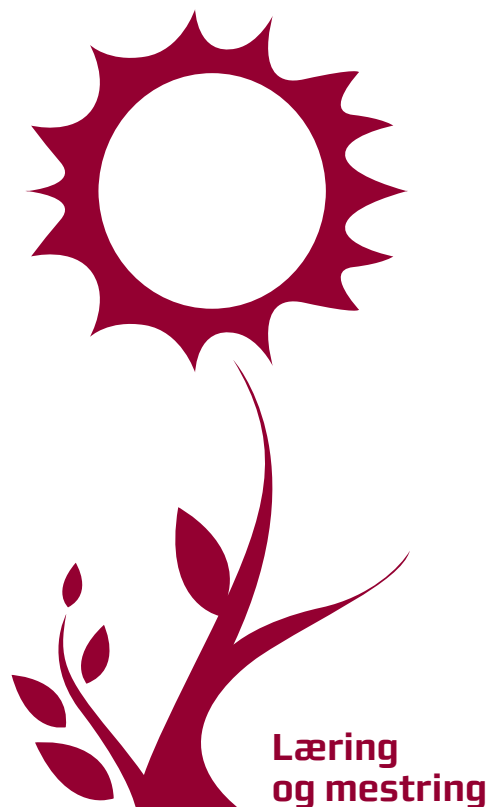
Med denne kvantitative evaluering får vi et godt indblik i hvilke borgere, der deltager i uddannelsen, og hvilken effekt det har at deltage.



Bent Hansen
Regionsrådsformand

Symbolet forestiller en solsikke, som spirer og gror. Solsikkens hoved har symbolsk form som solen, hvilket skal illustrere det faktum, at solsikken altid følger solens gang på himlen. Solen er varm, positiv og livgivende, og idet solsikken altid vender sig mod solen, er solsikken et godt 'vartegn' for altid at fokusere på det positive. Endvidere er solsikken et godt symbol på sundhed og styrke!

IDÉ & GRAFIK: Solomet, Mette Rumpelthiin Bligaard



Indhold

	Forord	3
1	Indledning	7
	1.1 Om projektet	8
	1.2 Formål	8
	1.3 Rapportens opbygning	8
2	Metode	11
	2.1 Monitorerings- og evalueringsværktøj	12
	2.2 Sundhedsprofildata	13
	2.3 Studiepopulation	14
	2.4 Registreringspraksis	15
	2.5 Analyseplan	16
	2.6 Statistisk metode	17
3	Generelle oplysninger	19
	VIGTIGSTE FUND	19
	3.1 Henvisningsgruppen	20
	3.2 Deltagergruppen	22
	3.3 Svargruppen	24
4	Social position, social støtte og belastninger	29
	VIGTIGSTE FUND	29
	4.1 Uddannelse	32
	4.2 Indkomst	32
	4.3 Levekårsressourcer	33
	4.4 Sociale relationer og netværk	34
	4.5 Social støtte, ensomhed og belastninger	36
5	Deltagernes selvvalgte effekt og udbytte	39
	Helbred og funktionsevne	40
	VIGTIGSTE FUND	40
	5.1 Deltagernes sundhed	40
	5.2 Fysisk, psykisk og social funktionsevne	42
	Sundhedsadfærd: motion, kost, rygning, alkohol og søvn samt BMI	45
	VIGTIGSTE FUND	45
	5.3 Bevægelse i dagligdagen	46
	5.4 Kost	47
	5.5 Rygning	48
	5.6 Alkohol	49
	5.7 Søvn	49
	5.8 BMI	50
	At mestre dagligdagen – heiQ™	51
	VIGTIGSTE FUND	51
	Følelse af sammenhæng i tilværelsen – SOC	56
	VIGTIGSTE FUND	56

6	MoEva – et værktøj i udvikling	57
6.1	Udvikling, tilpasning og afprøvning	58
6.2	Indsamling af data – registreringspraksis	58
6.3	Plads til forbedringer	59
7	Opsamling – resultater og diskussion	61
	Profil af deltagerne	62
7.1	Hold og køn	62
7.2	Alder og beskæftigelse	62
7.3	Social position	63
7.4	Social støtte, ensomhed og belastninger	64
	Effekt og udbytte	64
7.5	Helbred og funktionsevne	64
7.6	Sundhedsadfærd	65
7.7	At mestre dagligdagen – heiQ™	66
7.8	Sense of Coherence – SOC	68
	Referencer	69
	Bilag	71

Indledning

Det kan konkluderes, at der generelt mangler en større indsigt i patientuddannelser, både hvad angår indhold, sundhedspædagogiske metoder, virkningsmekanismer, målgrupper, organisering samt effektmåling og behov for monitorering.

SUNDHEDSSTYRELSEN 2009



Denne kvantitative evaluering har til hensigt at bidrage til en lidt større indsigt om effektmåling og monitoring. Rapporten er én af flere om patientuddannelsen Læring og mestring (L&M). En rapport omhandler kompetenceprofil for undervisere på L&M og beskrivelse og vurdering af organiserings betydning for forankring af koncept og kompetencer (Knudsen 2012). En anden beskæftiger sig med hvilken betydning aktørerne – deltagere, 'erfarne patienter' og sundhedsprofessionelle – tillægger L&M-konceptet, hvordan de håndterer konceptet i det fælles rum, og deltagernes oplevelse af uddannelsens betydning for hverdagen og mestring af livet med en kronisk sygdom (Wittrup 2011). Endelig er der en hovedrapport, som beskriver baggrund, proces og de vigtigste resultater og anbefalinger (Knudsen et al. 2012).

1.1 Om projektet

"Lærings- og mestringsuddannelsen til mennesker med kroniske lidelser" er et udviklings- og implementeringsprojekt med et patientuddannelsesforløb og et kompetenceudviklingsforløb for sundhedsprofessionelle. Projektet er forankret i bestemte sundheds-pædagogiske principper, hvor brugerinddragelse, erfaringsudveksling og lokal tilpasning er centrale omdrejningspunkter.

Deltagerne tilbydes et forløb, hvor egne erfaringer, andres erfaringer og sundhedsfaglig viden tilsammen skal bidrage til at styrke deltagernes mestring af livet med en kronisk sygdom, forbedre deres sundhedsadfærd og styrke deres sociale relationer. Sundhedsprofessionelle og 'erfarne patienter' planlægger, gennemfører og evaluerer lokale L&M-uddannelser, ligesom de deltager i et fælles uddannelsesforløb.

De lokale patientuddannelser består af en individuel afklarende samtale, et gruppeforløb af 6-8 ugers varighed og en opfølgende samtale ca. tre måneder efter gruppeforløbets afslutning. Der tilbydes også opfølg-

ning efter 12 måneder.

Alle kommuner i den vestlige del af Region Midtjylland – Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer – deltog i projektet. Desuden deltog Hospitalsenheden Vest med KOL-hold og diabeteskole.

Projektudviklingsfasen strakte sig fra august 2007 og et år frem. Projektperioden fortsatte frem til juni 2011.

1.2 Formål

Formålet med den kvantitative evaluering har været:

- At undersøge, hvem der deltager i L&M-uddannelsen. Der sammenlignes med en relevant referencepopulation.
- At undersøge deltagernes selvvaluerede effekt på helbredsstatus, fysisk og psykisk funktionsevne, sundhedsadfærd, mestringsevne og 'følelse af sammenhæng'.

1.3 Rapportens opbygning

Kapitel 2 omhandler metode og beskriver monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva med baggrundsoplysninger og de forskellige moduler, der er benyttet til dataindsamling. Til dataindsamling er spørgsmål fra Hvordan har du det? (HHDD), Region Midtjylland, benyttet i forbindelse med baggrundsoplysninger, sundheds- og sundhedsadfærdsmål. Et australsk spørgeskema heiQ™ er brugt til måling af mestring i dagligdagen, ligesom tre spørgsmål er brugt i forbindelse med måling af 'følelse af sammenhæng' (SOC). Der er tillige en gennemgang af de statistiske metoder, der er benyttet i analyserne af data i forbindelse med de forskellige spørgeskemaer, samt en beskrivelse af studiepopulationen og registreringspraksis.

Kapitel 3 omhandler generelle oplysninger og tegner en profil af deltagerne i de forskellige grupper, der

indgår i rapporten: henvisningsgruppe, deltagergruppe og svargruppe fra studiepopulationen i seks vestjyske kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Struer, Ringkøbing-Skjern og Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland. Profilen viser, hvem der er rekrutteret til Lærings- og mestringsuddannelsen. Hvor det er muligt og relevant sammenlignes med en referencegruppe fra de seks kommuner, som har samme kroniske sygdomme som studiepopulationen, nemlig KOL, hjerte-kar og type 2-diabetes. Oplysninger om referencegrupper stammer fra befolkningsundersøgelsen i Region Midtjylland, *Hvordan har du det? 2010*.

Kapitel 4 omhandler studiepopulationens sociale position, social støtte og belastninger. Social position er opgjort på uddannelse, indkomst og ved hjælp af et levekårsressourceindeks. Der sammenlignes med referencegruppen.

Kapitel 5 omhandler deltagernes selvvaluerede effekt og udbytte af Lærings- og mestringsuddannelsen. Der er tal for studiepopulationen ved baseline, 1. og 2. opfølgning for helbred og fysisk, psykisk og social funktionsevne, sundhedsadfærd med de fire KRAM-faktorer, søvn samt BMI. Tal fra baseline sammenlignes med tal for referencegruppen. Deltagernes udbytte målt som mestrings-, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet samt 'følelse af sammenhæng' afslutter kapitlet.

Kapitel 3 og 4 indledes med en oversigt over vigtigste fund, ligesom de forskellige afsnit i kapitel 5: helbred og funktionsevne, sundhedsadfærd, at mestre dagligdagen og en 'følelse af sammenhæng' alle indledes med en oversigt over vigtigste fund.

Kapitel 6 er en opsamling og refleksion over introduktionen til og implementeringen af monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva i en kommunal sammenhæng. Der er også forslag til udvikling.

Kapitel 7 er en opsamling og diskussion af resultater.

Metode

I dette kapitel gennemgås de datakilder, der benyttes i undersøgelsen, og studiepopulationens fire forskellige grupperinger beskrives. Herefter følger en omtale af den anvendte praksis ved registreringerne, suppleret med detaljerede oplysninger om de benyttede metoder.



Der er benyttet to forskellige datakilder: data indsamlet fra spørgeskemaer i *Monitorerings- og evaluingsværktøjet til patientuddannelser* (MoEva), og data indsamlet i forbindelse med befolkningsundersøgelsen i Region Midtjylland, *Hvordan har du det? 2010* (HHDD). Indholdet i de to datasæt beskrives nærmere.

2.1 Monitorerings- og evaluingsværktøj

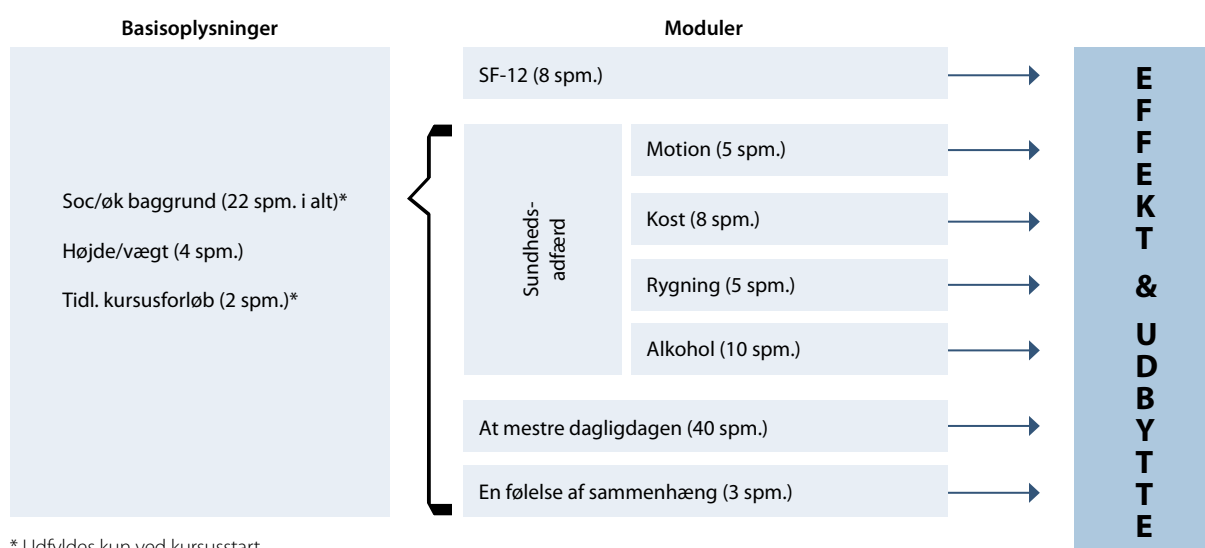
Den primære datakilde er *Monitorerings- og evaluingsværktøjet til patientuddannelser*, MoEva. Værktøjet er en database, hvori det har været muligt for udvalgte patientuddannelser gennem spørgeskemaer at indsamle oplysninger om deltagernes helbred og funktionsevne, sundhedsadfærd, mestringsevne, 'følelse af sammenhæng' samt sociale og økonomiske baggrundsforhold. Oplysningerne i databasen består af spørgeskemadata (udfyldt af deltagerne) samt administrative data om f.eks. henvisningskilde, holddeltagelse og stamdata (udfyldt af sundhedsprofessionelle). Selve monitorerings- og evaluingsværktøjet er en internetapplikation med adgang fra enhver pc med internetforbindelse. Værktøjet er udformet, så kravene til datasikkerhed er opfyldt.

Værktøjet er udviklet af CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (tidl. Center for Folkesundhed), Region Midtjylland. Der er benyttet validerede spørgsmål hentet fra befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* til helbred, funktionsevne, sundhedsadfærd og sociale forhold, som i projektperioden er opdateret til 2010-udgaven, og validerede spørgeskemaer til mestring (heiQ™) og 'følelse af sammenhæng' (SOC). Om den statistiske metode se side 17.

MoEva består af basisoplysninger om bl.a. socioøkonomisk baggrund og moduler til effekt- og udbyttmåling. Værktøjet er generisk og fleksibelt og kan anvendes på tværs af sygdomme og i såvel kommuner som på hospitaler.

Der er startskemaer og opfølgningsskemaer¹. Alle spørgeskemaer i den viste figur 2.1 udfyldes af deltageren. Spørgsmålene om socioøkonomiske baggrundsoplysninger, højde/vægt og modulerne SF-12 (bilag 1), motion, kost, rygning og alkohol er alle identiske med spørgsmål i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen.

FIGUR 2.1
MoEva-oversigt over basisoplysninger og valgfri moduler



1 Da opfølgningsskemaet er identisk med basisskemaet (bilag 1) – bortset fra baggrundsoplysninger og tidligere kursusforløb – er det ikke medtaget som bilag.

'At mestre dagligdagen' måles ved hjælp af et australsk udviklet og valideret spørgeskema Health education impact questionnaire (heiQ™)² til brug i patientuddannelser og interventioner med fokus på mestring af kroniske tilstande. HeiQ™ er internationalt anerkendt og benyttet. I forbindelse med L&M har CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (tidl. Center for Folkesundhed), Region Midtjylland gennemført en lege artis-oversættelse af skemaet med frem og tilbage-oversættelse af fire professionelle oversættere samtidig med, at der har været en tæt dialog mellem Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og spørgeskemaets forfatter Richard Osborne om hvert enkelt af de 40 spørgsmål, som indgår i spørgeskemaet. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har købt licens til brug af skemaet, og det er første gang, det bruges i en dansk sammenhæng. Skemaets 40 spørgsmål er placeret tilfældigt, men indgår i otte forskellige domæner: sundhedsrelateret adfærd, positivt og aktivt engagement i livet, følelsesmæssigt velbefindende, selvmonitorering og indsigt, konstruktive holdninger og tilgange, færdigheder og hjælpemidler, social integration og støtte, navigering i sundhedsvæsenet. Se bilag 2.

'En følelse af sammenhæng': Aaron Antonovsky har udviklet et spørgeskema til vurdering af et menneskes Sence of Coherence (SOC), som omfatter tre områder: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Skemaet omfatter 29 spørgsmål (Antonovsky 1987). I denne rapport benyttes en udgave med tre spørgsmål, som er afprøvet i en svensk sammenhæng (Lundberg & Nyström 1995; Lundberg 1997) og i en dansk (Larsen 2003). Se bilag 3.

De deltagerudfyldte spørgeskemaer indtastes i MoEva af sundhedspersonalet. Der findes også skemaer, som udfyldes af sundhedspersonalet, indeholdende oplysninger om hver enkelt deltager. Følgende forhold registreres:

Stamkort: relevante oplysninger om deltagerne
 Henvisning: registrering af henvisningsoplysninger
 Afklarende samtale: registrering af den afklarende individuelle samtale
 Holdadministration: beskrivelse af de forskellige hold der er i patientuddannelsen
 Holdtilknytning: den enkelte deltager tilknyttes et undervisningshold
 Holdafslutning: registrering af, om deltageren har gennemført holdet eller har afbrudt sit forløb
 Opfølgende samtale: registrering af den opfølgende samtale
 Deltaget i andre sundhedskurser eller -forløb
 Notat: til fri tekst.

2.2 Sundhedsprofildata

Data indsamlet i forbindelse med befolkningsundersøgelsen (HHDD) i Region Midtjylland indeholder svar fra ca. 34.000 borgere fordelt på regionens kommuner, og er bl.a. brugt til at udarbejde sundhedsprofilen *Hvordan har du det? 2010* (Larsen et al. 2011). Datasættet gør det muligt at beskrive sundhed og sygdom for udvalgte grupper og er her benyttet til at beskrive mennesker med udvalgte kroniske sygdomme i de seks kommuner, der deltager i L&M-uddannelsen. Oplysninger i MoEva er sammenlignelige med oplysninger fra HHDD. Dermed er det muligt at sammenligne deltagerne på L&M med tilsvarende grupper, hvilket kan danne grundlag for en vurdering af, om tilbuddet tiltrækker de målgrupper, der har størst behov.

I Sundhedsprofilen anvendes af metodiske hensyn udelukkende data for borgere i alderen 25-79 år. I denne evaluering anvendes også data fra borgere, der er ældre end 79 år, idet der ikke er en øvre aldersgrænse for deltagelse i L&M, hvorfor hele den ældre gruppe er relevant. Da det forudsættes, at deltagerne på L&M behersker dansk, er det overordnede indtryk, at tilbuddet primært benyttes af etniske danskere. I denne evaluering benyttes kun data fra etniske danskere i HHDD.

² For flere informationer om Health Education Impact Questionnaire (heiQ™) se hjemmesiden: www.heiQ.org.au

2.3 Studiepopulation

I evalueringens analyser arbejdes der med fire forskellige grupperinger: referencegruppe, henvisningsgruppe, deltagergruppe og svargruppe. Grupperne er delmængder af hinanden og af kommunens samlede befolkning. Dette er illustreret i figur 2.2.

Kommunernes befolkning (n=285.291) omfatter alle borgere i Struer, Holstebro, Herning, Ikast-Brande, Lemvig og Ringkøbing-Skjern kommuner (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2011).

Referencegruppen (estimeret n=23.444) omfatter borgere i de seks kommuner med KOL³, hjerte-kar-sygdom⁴ og/eller type 2-diabetes. Referencegruppen⁵ beskriver således den gruppe borgere, der kan betragtes som potentielle deltagere på et læringsforløb. Personer af anden etnisk herkomst end dansk er ikke med i referencegruppen. Data om gruppen kommer ligeledes fra Sundhedsprofilen, og bygger på svar fra 1.015 personer.

Registreret henvisningsgruppe (n=611) omfatter de personer, som er registreret i MoEva.

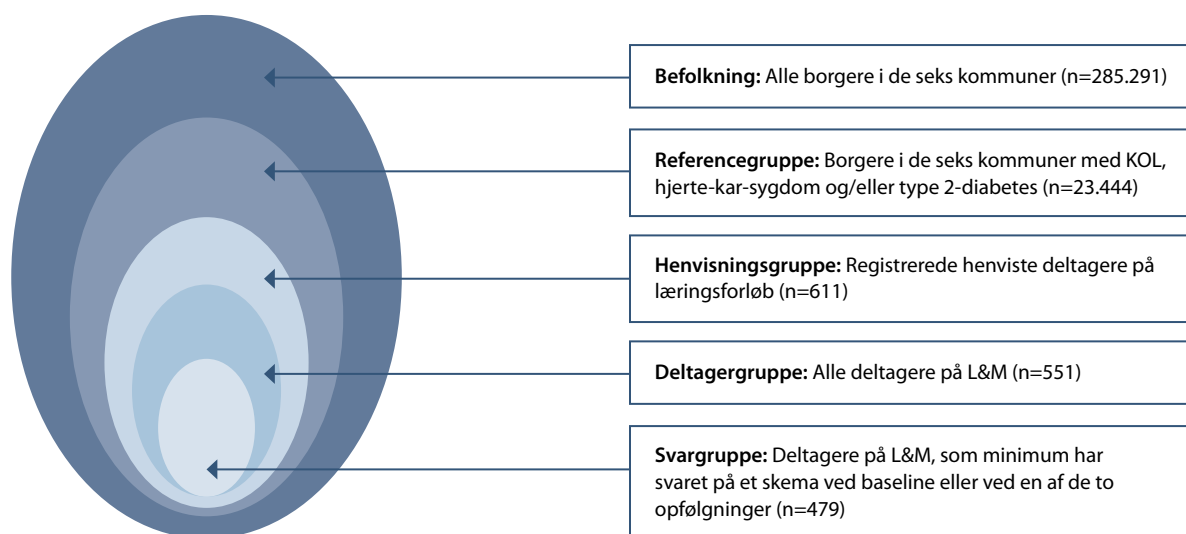
Registreret deltagergruppe (n=551) omfatter alle personer, der i MoEva har været tilknyttet et hold på en L&M-uddannelse i perioden august 2008 til juni 2011.

Svargruppen (n=479) omfatter de personer i deltagergruppen, der har udfyldt basisskemaet og evt. et eller to opfølgningsskemaer. De fleste i svargruppen, som har gennemført L&M, har besvaret flere af modulet ved 1. opfølgning. Ved 2. opfølgning er der langt færre besvarelser. Svargruppen udgør 87% af deltagergruppen.

Figur 2.3 viser antallet i henvisningsgruppen, deltagergruppen, svargruppen og antallet, der er registreret som havende gennemført et L&M-forløb.

FIGUR 2.2

Sammenhæng mellem analysens grupperinger



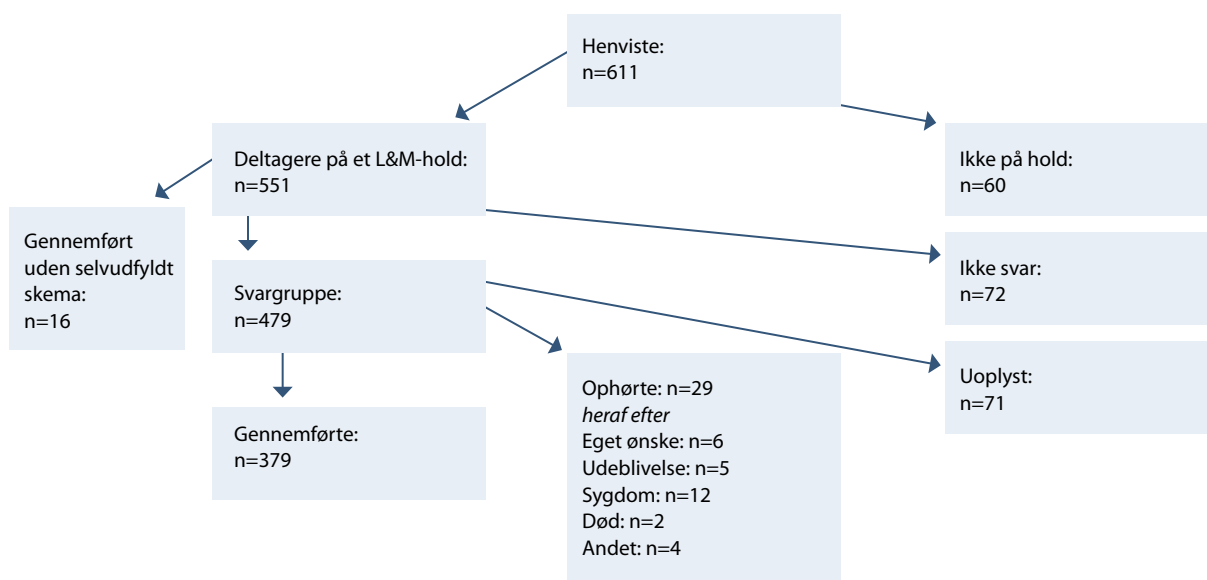
3 I Sundhedsprofilen er KOL, rygelunger, kronisk bronkitis og for store lunger samlet i én kategori. Det stemmer overens med, at det er nært beslægtede lungesygdomme, og at diagnoserne ofte overlapper.

4 Hjerte-kar-sygdom defineres som blodprop i hjertet og hjertekrampe, jf. *Hvordan har du det?* 2010.

5 Respondenterne er i Sundhedsprofilen blevet spurgt, om de har sygdommen nu eller tidligere har haft den. Har de tidligere haft sygdommen, spørges til fortsatte eftervirkninger. Både borgere med en diagnose og med eftervirkninger vurderes som relevante potentielle deltagere i læringsforløb.

FIGUR 2.3

Flowdiagram for registrerede deltagere i MoEva



Ved 1. opfølgning kan 379 deltagere registreres i MoEva. Ved 2. opfølgning kan kun 224 registreres, fordi nogle hold først startede i efteråret 2010.

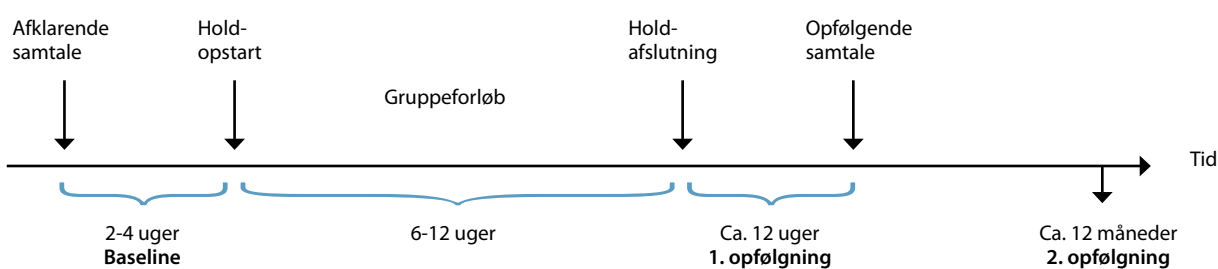
Som vist i figur 2.4 er et L&M-forløb karakteriseret ved en afklarende samtale (der bruges som visitation), et gruppeforløb, en holdafslutning samt en opfølgning cirka 3-4 måneder efter holdopstart.

2.4 Registreringspraksis

Der er udleveret spørgeskemaer ved baseline/holdopstart. Praksis har ikke været ens i de deltagende kommuner. Nogle har udleveret inden den afklarende samtale, andre har gjort det i forbindelse med samtalen, og nogle har først fået skemaer retur ved første mødegang. Første opfølgningsskema er udfyldt cirka tre måneder efter holdafslutning og sidste opfølgningsskema cirka 12 måneder efter baseline.

FIGUR 2.4

Lærings- og mestringsforløb



Ved baseline er der til hver deltager udleveret et skema med basisoplysninger og moduler.

Data er indtastet i perioden august 2008 til 30. juni 2011. MoEva med internetadgang blev først taget i brug 1. september 2009, og data før denne periode er indsamlet på papirskemaer og indtastet i værktøjet efterfølgende. Afholdte hold i efteråret 2010 og foråret 2011 er med i opgørelsen, men 2. opfølgning (1 års-followup) har ikke været muligt at gennemføre, da dataindsamling stoppede 30. juni.

Der er registreret 611 borgere i værktøjet. Deltagerens person-id er valideret med sundhedspersonalet i kommunerne, således at kendte fejlregistreringer ikke er med i opgørelsen. Derfor antages det, at de 611 borgere alle er henvist til en afklarende samtale i forbindelse med L&M-uddannelsen.

MoEva giver mulighed for at udfylde de forskellige skemaer uafhængigt af hinanden. Det medfører, at der forekommer forløb, hvor der er registreret en afklarende samtale på en borger, uden at der er registreret en henvisning. Eller der kan være registreret et basis-skema, uden at deltageren er registreret som tilknyttet et hold. Endvidere udfylder borgerne spørgeskemaer på papir, som efterfølgende skal indtastes i MoEva af sundhedspersonalet. Denne skemalogistik medfører, at der ikke er fuld registrering på alle sundhedsparametre for de borgere, der har deltaget i L&M. I projekt L&M har de deltagende kommuner tillige haft forskellig praksis, når det gælder brug af de forskellige moduler – eller deltagerne har undladt at udfylde visse moduler. Oplysninger om sundhedsadfærd (KRAM-faktorer) findes derfor kun i begrænset omfang ved 2. opfølgning.

2.5 Analyseplan

I kapitel 3 er der en gennemgang af oplysninger om deltagelse i L&M i de deltagende kommuner: henvisningskil-

der, afklarende samtaler, holdtilknytning, holdafslutning, tidligere deltaget på sundhedskursus samt en beskrivelse af deltagerne gennem en generel baggrundsprofil med inddragelse af køn, alder og beskæftigelse. Denne profil sammenlignes med referencegruppen.

I kapitel 4 tegnes en bred social profil af deltagerne gennem uddannelse og indkomst, levekårsressourcer, socialt netværk og belastninger, idet alle disse faktorer kan have indflydelse på både rekruttering til og udbytte af uddannelsen. Der sammenlignes med referencegruppen.

I kapitel 5 præsenteres deltagerens selv vurderede effekt og udbytte af forløbet. Først præsenteres helbredsforhold og fysisk og psykisk funktionsevne ved brug af SF-12, og der sammenlignes med referencegruppen. Der foretages tillige en sammenligning mellem måling ved baseline og 1. opfølgning efter ca. seks måneder og 2. opfølgning efter ca. 12 måneder.

Der foretages ligeledes målinger af KRAM-faktorerne ved baseline, 1. og 2. opfølgning og sammenligning med referencegruppen. Mestring af dagligdagen måles ved hjælp af heiQ™ og de otte domæner, som anvendes her:

- Sundhedsrelateret adfærd
- Positivt og aktivt engagement i livet
- Følelsesmæssigt velbefindende
- Selvmonitorering og indsigt
- Konstruktive holdninger og tilgange
- Færdigheder og hjælpemidler
- Social integration og støtte
- Navigering i sundhedsvæsenet.

Der er målt ved baseline og ved 1. og 2. opfølgning.

Antonovskys begreb Sense of Coherence (SOC) eller på dansk 'følelse af sammenhæng' måles i denne undersøgelse ved hjælp af tre spørgsmål, ét for hvert af de tre områder indeholdt i SOC: begribelighed, håndterbarhed,

meningsfuldhed. Der er målt ved baseline og ved 1. og 2. opfølgning. De forventede selvvaluerede effekter og udbyttet tager udgangspunkt i den oprindelige projektbeskrivelse med fokus på mål for deltagerne:

- At deltagerne styrker deres mestringsevne, så de kan skabe en meningsfuld dagligdag med de begrænsninger et liv med kronisk lidelse sætter
- At deltagerne opnår indsigt i, hvordan den kroniske lidelse påvirker dagligdagen
- At deltagerne forbedrer deres sundhedsadfærd
- At deltagerne styrker deres sociale relationer.

2.6 Statistisk metode

I resultaterne vedrørende beskrivelsen af deltagergruppen i L&M anvendes frekvenstabeller og histogrammer. Hvor der kan hentes baggrundsoplysninger fra referencegruppen sammenlignes svargruppen med disse tal. Tallene er fremkommet ved at poststratificere besvarelserne i referencegruppen i forhold til køn og alder (dvs. vægtning). Til dette er anvendt The survey prefix command (SVY, svy-kommandoerne) i statistikprogrammet Stata 12. Der er anvendt en vægtvariabel.

Hvor der er en tilstrækkelig mængde data, opgøres resultaterne fordelt på køn. Til de statistiske analyser vedrørende effektmåling er anvendt den non-parametriske test Wilcoxon signed-rank test, og ved de normalfordelte data er anvendt parret t-test. Enkelte analyser opgøres fordelt på uddannelsesniveau, her anvendes den non-parametriske test Kruskal-Wallis test. Endvidere, hvor det findes relevant, opgives 95%-konfidensintervaller (KI) eller standard deviation (SD).

SF-12: I denne opgørelse anvendes normbaserede skalaer. Ved de normbaserede skalaer vælger man en befolkning, der bruges som reference (norm). Skalaen er kalibreret således, at referencebefolkningen har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 på hver skala. Befolkningen i Region Midtjylland i alderen 25-79

år bruges i denne analyse som norm. Værdier under 50 betyder, at det selvvaluerede helbred opleves værre end normen. Et almindeligt brugt mål til at angive betydningen af forskellen mellem to skalaværdier er effektstørrelse. Den siger noget om, hvorvidt forskellen mellem to grupper er stor eller lille. Der henvises til *Hvordan har du det? 2010* for detaljer (Larsen et al. 2011:58). Her bør nævnes, at det er foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencegruppe er "klinisk og socialt relevant" (Ware et al. 1993).

heiQ™: Til de statistiske analyser og tolkning af resultater anvendes de referencer, vi har rekvireret fra heiQ™s australske forfatter Richard Osborne (Osborne 2009; Elsworth 2011). Først undersøges om forskellene mellem baseline og de to opfølgninger er signifikante. Til dette anvendes Wilcoxon signed-rank test. Derefter udregnes en gruppeeffektstørrelse for hvert af de otte heiQ™-domæner. Denne er beregnet ved at dividere gennemsnittet af forskellen mellem baseline og henholdsvis 1. opfølgning og 2. opfølgning med standarddeviationen ved baseline. Ved vurdering af effektstørrelsen anvendes Jakob Cohens tommelfingerregel, Cohens d (Cohen 1988). En effektstørrelse mellem 0,2-0,49 betegnes som lille, 0,5-0,8 betegnes som mellem, og en effektstørrelse over 0,8 er stor effekt. Til sidst beregnes den individuelle reliable ændring for hver svardeltager. Og der sættes et punkt for en positiv reliable ændring. Til denne udregning anvendes classical Reliable Change Index (Maassen 2000; 2004). Som mål for reliable ændringer er anvendt formel 6. Der er sat cut-off-punkt ved definition af positive reliable ændringer på 1,65, hvilket svarer til en p-værdi på 0,1. Endvidere er der taget højde for, at deltagere, der har en høj score ved baseline, kan opnå positive reliable ændringer.

SOC: Ved beregning af SOC bruges et indeks med værdierne 0-6, hvor der inddeles i høj, middel og lav værdi. Højeste tal indikerer lav SOC. De statistiske ændringer måles med den non-parametriske test Wilcoxon signed-rank test.

Generelle oplysninger

VIGTIGSTE FUND

- Der er registreret 51 L&M-hold fordelt på KOL, diabetes, hjerte-kar, kræft og på tværs af diagnoser
- 61% er KOL-hold – 56% af henvisningsgruppen har deltaget på KOL-hold
- 29% er hold på tværs – 27% af henvisningsgruppen har deltaget på hold på tværs
- 61% i deltagergruppen er kvinder, og 39% er mænd. På KOL-hold er 53% kvinder og 47% mænd. På hold på tværs er 75% kvinder og 25% mænd
- 62% i svargruppen er kvinder og 38% mænd. I referencegruppen er 45% kvinder og 55% mænd
- I svargruppen er deltagernes gennemsnitsalder 62 år for kvinder og 64 år for mænd – referencegruppens kønsfordeling hhv. 64 år og 62 år
- Der er 17% erhvervsaktive i svargruppen – 23% i referencegruppen
- 83% af svargruppen er uden for arbejdsmarkedet, heraf er 57% pensionister og 21% førtidspensionister
- 53% af svargruppen har tidligere deltaget på et sundhedskursus.



Tabeller og figurer i dette kapital beskriver viden og oplysninger om de forskellige grupper: henvisningsgruppen, deltagergruppen og svargruppen. De fleste oplysninger stammer fra svargruppen.

3.1 Henvisningsgruppen

De følgende afsnit indeholder en beskrivelse af de henviste deltagere, der er indtastet i MoEva i forbindelse med L&M. Beskrivelsen er foretaget ud fra indholdet i de skemaer/moduler, der er i værktøjet. Hvor det er muligt sammenlignes med referencegruppen. Først beskrives henvisningspraksis og fordelingen på hold opgjort på sygdomme og kommuner. Frekvenstabellerne bygger på deltagere, der er henvist til deltagelse i L&M.

Henvisning

Kommune, egen læge og hospital kan henvise til L&M. I de fleste kommuner accepteres det også, at borgerne selv henvender sig.

TABEL 3.1
Henvisningskilder – registrerede henviste borgere (MoEva)

Henvisningskilde	Henvisningsgruppen	
	%	antal
Egen læge	40	174
Sygehus	16	68
Kommune	9	37
Selvhenvist	34	146
Andet	7	30
Uoplyst	29	178

Tabel 3.1 viser, at langt de fleste er henvist fra egen læge eller er selvhenviste. Ikke alle kommuner har accepteret selvhenviste deltagere. Der gøres opmærksom på, at der for visse deltagere er registreret flere henvisningskilder, f.eks. både selvhenvist og egen læge. I disse tilfælde er begge henvisningskilder registreret.

Afklarende samtale

Inden borgeren kommer på et L&M-forløb afholdes en samtale, hvor det afklares, om borgeren ønsker at deltage på et hold, om der skal henvises til et andet tilbud, eller om der ikke for nuværende er interesse for at takke ja til et tilbud. Nogle af borgerne bliver således ikke henvist til et L&M-forløb efterfølgende. Blandt de 611 henviste registrerede borgere er der registreret henvisning til en afklarende samtale på 433 borgere.

TABEL 3.2
Registrerede borgere der deltager i en afklarende samtale (MoEva)

Afklarende samtale	Henvisningsgruppen	
	%	antal
Ja	66	404
Nej	2	11
Uoplyst	32	196
I alt	100	611

Tabel 3.2 viser, at 404 deltagere, svarende til 66% af de henviste registrerede borgere, er registreret som havende deltaget i en afklarende samtale.

Holdtilknytning

I MoEva er der for perioden 18. august 2008 til 4. april 2011 registreret 51 hold relateret til Lærings- og mestringuddannelsen.

For hvert hold opretter personalet en holdadministration i MoEva. Endvidere skal personalet tilknytte den enkelte borger til det valgte hold. I holdnavnet har de mulighed for at skrive fritekst, så derfor varierer holdnavnene en del. Holdene er i tabel 3.3 og tabel 3.4 kategoriseret til KOL-, diabetes-, hjerte- og kræfthold. Hold på tværs dækker over to eller flere sygdomsgrupper, f.eks. både hjerte og KOL eller helt på tværs af diagnoser. Hospitalsenheden Vest har ikke registreret deres hold i MoEva, hvorfor de ikke er med i tabellen.

TABEL 3.3

Registrerede L&M-hold – fordelt på kommuner og diagnoser

Kommune	KOL	På tværs	Diagnose			Total	
			Diabetes	Hjerte	Kræft	%	antal
Herning Kommune	7	0	0	0	0	14	7
Holstebro Kommune	7	3	0	0	0	20	10
Ikast-Brande Kommune	0	3	0	0	1	8	4
Lemvig Kommune	7	3	0	0	0	20	10
Struer Kommune	0	5	0	0	0	10	5
Ringkøbing-Skjern Kommune	10	1	2	2	0	29	15
Total %	61	29	4	4	2	100	
Total antal	31	15	2	2	1		51

Tabel 3.3 viser antal hold pr. kommune fordelt på diagnoser. Det fremgår, at Ringkøbing-Skjern Kommune efterfulgt af Lemvig og Holstebro har gennemført flest hold. Det fremgår også, at KOL-hold tegner sig for knap to tredjedele af alle hold.

TABEL 3.4

Registrerede L&M-deltagere – fordelt på kommuner/hospital og diagnoser

Kommune/Hospital	KOL	På tværs	Diagnose			Total	
			Diabetes	Hjerte	Kræft	%	antal
Herning Kommune	57	0	0	0	0	11	57
Holstebro Kommune	95	45	0	0	0	27	140
Ikast-Brande Kommune	0	25	0	0	6	6	31
Lemvig Kommune	49	19	0	0	0	13	68
Struer Kommune	0	45	0	0	0	9	45
Ringkøbing-Skjern Kommune	93	8	14	15	0	25	130
Hospitalsenheden Vest	0	0	56	0	0	11	56
Total %	56	27	13	3	1	100	
Total antal	294	142	70	15	6		527

Tabel 3.4 viser fordelingen af de registrerede borgere på de forskellige hold. 527 borgere er registreret som deltagere på et hold. Holstebro Kommune har registreret flest deltagere efterfulgt af Ringkøbing-Skjern. 56% har deltaget på KOL-hold efterfulgt af hold på tværs af

diagnoser med 27%. Hospitalsenheden Vest har kun registreret diabeteshold. Der er kun et kræfthold med 6 deltagere, og derfor indeholder referencegruppen ikke specifikt personer med en kræftdiagnose.

TABEL 3.5

Registrerede L&M-deltagere pr. 1000 borgere i referencegruppen – fordelt på kommuner

Kommune	L&M-deltagere pr. 1000 borgere i referencegruppen
Herning Kommune	9:1000
Holstebro Kommune	34:1000
Ikast-Brande Kommune	9:1000
Lemvig Kommune	35:1000
Struer Kommune	20:1000
Ringkøbing-Skjern Kommune	25:1000

Tabel 3.5 viser, at Holstebro Kommune og Lemvig Kommune har registreret flest L&M-deltagere pr. 1000 borgere i referencegruppen.

TABEL 3.6

Udvalgte L&M-hold – fordelt på køn

Holdtype	Mænd		Kvinder	
	%	antal	%	antal
Hold på tværs	25	36	75	106
KOL-hold	47	139	53	155

Tabel 3.6 viser, at andelen af mænd på KOL-hold er væsentlig større end andelen af mænd på hold på tværs – 47% mod 25%, hvorimod andelen af kvinder på KOL-hold er 53% mod 75% på hold på tværs.

3.2 Deltagergruppen

Deltagergruppen defineres som borgere, der enten/ eller:

- Er registreret som tilknyttet et hold
- Har udfyldt et opfølgningsskema med et eller flere moduler
- Er registreret med en opfølgende samtale.

Antallet i deltagergruppen er 551, og de følgende opgørelser tager udgangspunkt i deltagergruppen.

TABEL 3.7

Kønsfordeling og aldersfordeling i deltager- og referencegruppen

	Deltagergruppen		Referencegruppen
	%	antal	%
Køn			
Mænd	39	217	55
Kvinder	61	334	45
Alder		år	år
Gennemsnitsalder		63	64
Mænd		65	63
Kvinder		62	64

I tabel 3.7 ses, at andelen af kvinder er 61% og andelen af mænd 39% i deltagergruppen. I referencegruppen er andelen af mænd højere end andelen af kvinder. Kønnenes alder er stort set identisk i de to grupper.

Holdafslutning

I MoEva kan personalet registrere, hvorvidt deltagerne gennemfører forløbet og årsagerne til manglende gennemførelse. Dette kan gøres ved holdafslutning, eller når borgeren dropper ud undervejs.

TABEL 3.8

Årsager til et afsluttet L&M-forløb i deltagergruppen

Årsag	Deltagergruppen	
	%	antal
Afsluttet efter gennemført forløb	72	395
Afsluttet efter eget ønske	3	14
Afsluttet pga. (betydelig) udeblivelse	2	8
Afsluttet pga. sygdom	4	20
Afsluttet pga. død	1	3
Afsluttet pga. andet	1	6
Uoplyst	19	105
I alt	100	551

Tabel 3.8 viser, at 395 deltagere (72%) har gennemført et L&M-forløb, 19% er uoplyst, så gennemførelsesprocenten kan være højere.

I forhold til de 48 deltagere, der ikke har gennemført et L&M-forløb, og ikke er døde, er der 21 mænd (44%) og 27 kvinder (56%) (ikke vist). Gennemsnitsalderen er 63 år (ikke vist).

Da der ikke er konsekvent afkrydsning efter hver mødegang, har vi valgt at definere afsluttede og gennemførte forløb, som forløb hvor deltagerne er registrerede som afsluttede i MoEva eller har udfyldt et opfølgningsskema.

Opfølgende samtale

Efter afslutningen af L&M kan sundhedspersonalet registrere, om der har været afholdt en opfølgende samtale. For 135 borgere er der registreret en eller anden form for opfølgning.

TABEL 3.9

Opfølgning efter et L&M-forløb – fordelt på type

Opfølgningstype	Deltagergruppen	
	%	antal
Samtale	15	85
Gruppemøde	8	44
Andet	1	6
Uoplyst	75	416

Tabel 3.9 viser fordelingen af forskellige typer af opfølgning. Der har hyppigst været afholdt en opfølgende samtale for de registrerede deltagere.

3.3 Svargruppen

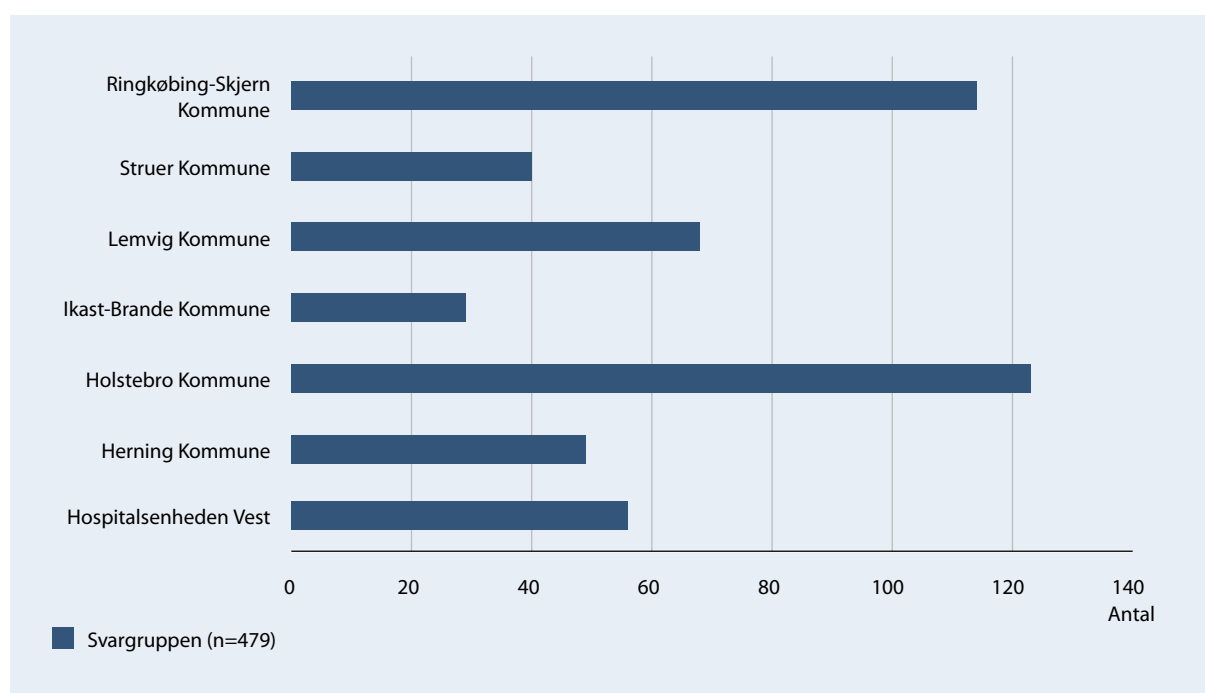
De følgende beskrivelser er lavet for de 479 deltagere, der tilhører deltagergruppen og har udfyldt et skema ved baseline – uanset om de har gennemført eller ej.

Deltagerprofil

I det følgende angives deltagerantallet fordelt på tilhørsforhold, figur 3.1, efterfulgt af en mere detaljeret beskrivelse af deltagerne i form af en sociodemografisk profil, tabel 3.10.

FIGUR 3.1

Deltagere i svargruppen – fordelt på kommuner og hospital



Figur 3.1 viser fordelingen af deltagere, der har udfyldt et basisskema, fordelt på kommuner og hospital. Holstebro Kommune efterfulgt af Ringkøbing-Skjern har registreret flest deltagere i svargruppen.

TABEL 3.10

Sociodemografisk profil – fordelt på svar- og referencegruppen

	Svargruppen		Referencegruppen
	%	antal	%
Køn			
Mænd	38	182	55
Kvinder	62	297	45
Alder		år	år
Gennemsnit (mænd)		63	64
Gennemsnit (kvinder)		62	64
	%	antal	%
Under 35 år	2	11	3
35-44 år	6	28	5
45-54 år	16	77	15
55-64 år	27	129	28
65-74 år	32	153	26
75-79 år	11	55	10
80+ år	5	26	12
Civilstatus	%	antal	%
Alene	34	145	33
Uddannelsesniveau	%	antal	%
Lav	36	132	42
Middel	47	170	45
Høj	17	63	13
Tilknytning til arbejdsmarkedet	%	antal	%
I beskæftigelse	17	68	23
Ikke i beskæftigelse	83	331	77

Af tabel 3.10 fremgår, at der er en væsentlig lavere andel af mænd i svargruppen sammenlignet med referencegruppen, 38% mod 55%, hvorimod antallet af kvinder er højere i svargruppen end i referencegruppen (hhv. 62% og 45%). Der justeres derfor kun for køn og ikke alder i sammenligninger mellem svargruppe og referencegruppe. Størstedelen af svargruppen (59%) ligger i intervallet fra 55-74 år.

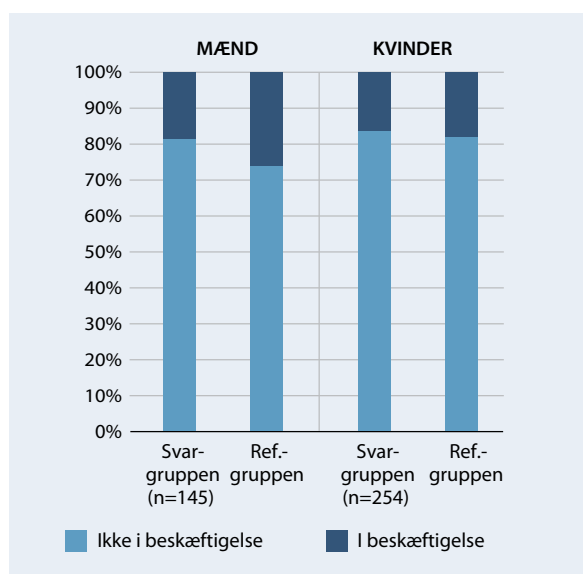
Beskæftigelsesforhold

Som det fremgår af tabel 3.10, har 399 besvaret spørgsmålet om beskæftigelse. Samlet er 17% på arbejdsmarkedet, og 83% i svargruppen er udenfor. I referencegruppen er 23% på arbejdsmarkedet, og 77% er udenfor.

Figur 3.2 viser beskæftigelsesgraden fordelt på mænd og kvinder i henholdsvis svargruppen og referencegruppen. For mænd er en højere andel i beskæftigelse i referencegruppen (26%) end i svargruppen (19%). Hos kvinder ses ingen større forskel.

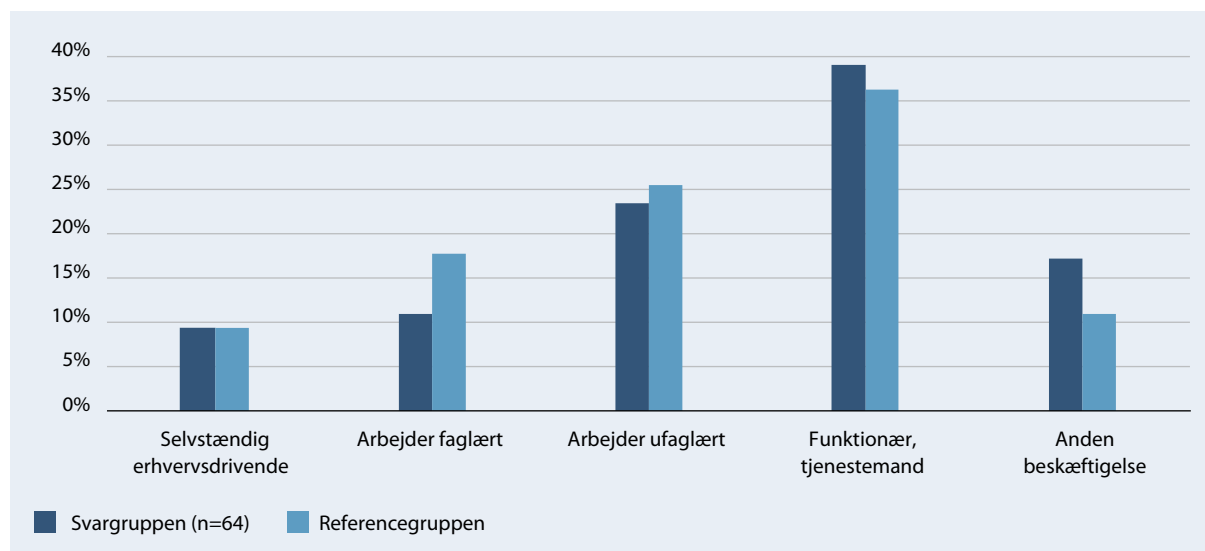
FIGUR 3.2

Beskæftigelsesgrad for mænd og kvinder – fordelt på svar- og referencegruppen



FIGUR 3.3

Nuværende erhvervmæssige stilling – fordelt på svar- og referencegruppen

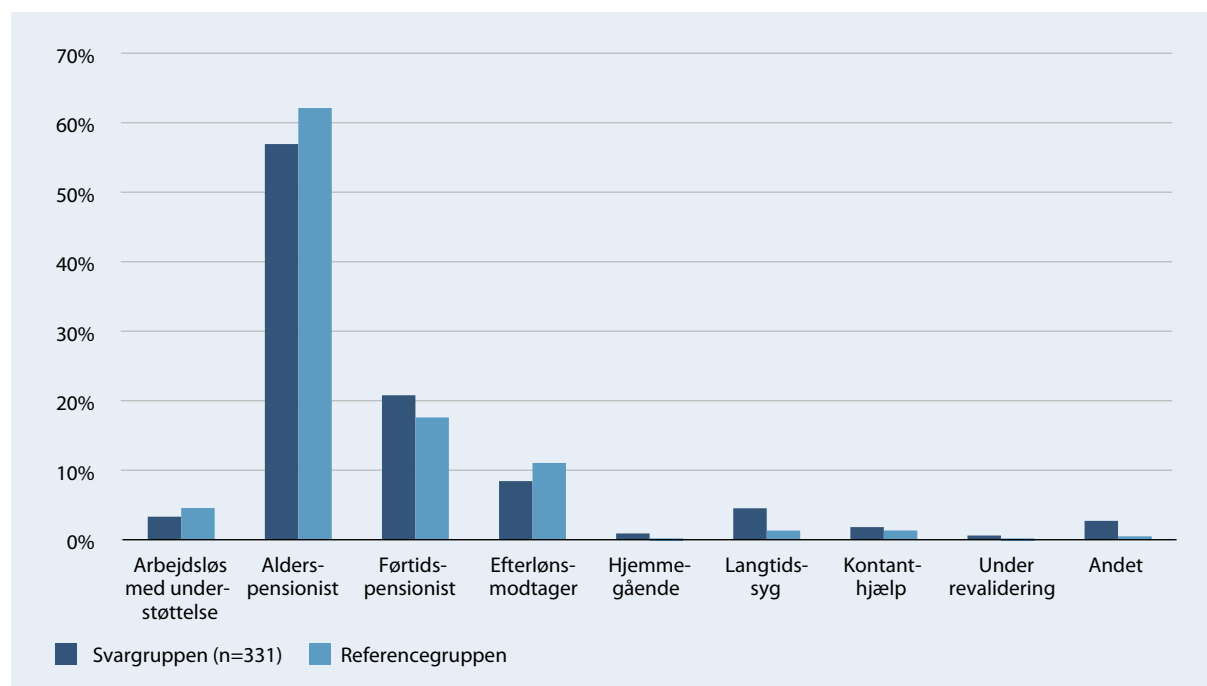


Figur 3.3 viser, at størstedelen af erhvervsaktive i svargruppen tilhører erhvervsgruppen: funktionær og tjenestemand. Denne gruppe er lidt overrepræsenteret i forhold til referencegruppen. Der ses derimod et

mindre antal faglærte og ufaglærte i svargruppen sammenlignet med referencegruppen. Antallet af erhvervsaktive, der har besvaret spørgsmålet, er i alt 64, hvorfor tallene opgøres samlet for mænd og kvinder.

FIGUR 3.4

Borgere uden for arbejdsmarkedet – fordelt på svar- og referencegruppen



Figur 3.4 viser, at størstedelen af svargruppen, der ikke er i beskæftigelse, er alderspensionister (57%) og dernæst førtidspensionister (21%). Andelen af førtidspensionister i svargruppen er større end andelen i referencegruppen (18%). Det samme er gældende for andelen af langtids sygdommelde: 5% i svargruppen sammenlignet med 1% i referencegruppen.

Deltagelse i andre sundhedskurser

De følgende tre tabeller viser, hvor stor en andel af svargruppen der har oplyst at have deltaget i henholdsvis frivillige kurser i sundhedsvæsenet eller i sundhedskurser på aftenskole/patientforening. Nogle deltagere har angivet deltagelse på flere kurser.

I alt 207 (47%) af de 445 deltagere, der har svaret på spørgsmålet "Har du tidligere deltaget i kurser i sundhedsvæsenet?", har svaret bekræftende herpå. Tabel 3.11 viser fordelingen på forskellige kurser.

TABEL 3.11

Tidligere deltagelse i kurser i sundhedsvæsenet – andel af svargruppen

Kurstype	Svargruppen	
	%	antal
KOL- eller astmakursus	9	39
Hjertekursus	4	16
Diabetesskole	8	38
Rygestopkursus	8	35
Modtaget vejledning ved diætist	17	76
Patientgruppe vedrørende kronisk sygdom	6	27
Andet	11	50

Som det fremgår, har 17% tidligere modtaget vejledning ved en diætist, og 9% har deltaget på et KOL- eller astmakursus.

I alt 163 (37%) af de 445 deltagere, der har svaret på spørgsmålet "Har du tidligere deltaget i sundhedskurser f.eks. på aftenskole eller i patientforening?" har deltaget på et kursus. Tabel 3.12 viser fordelingen på forskellige tilbud.

TABEL 3.12
Tidligere deltagelse i sundhedskurser
f.eks. aftenskole eller patientforening
– andel af svargruppen

Kurstype	Svargruppen	
	%	antal
Sund madlavning	12	54
Tab i vægt-kursus	7	32
Rygestopkursus	5	23
Gymnastik i forbindelse med kronisk sygdom	10	43
Patientgruppe vedrørende kronisk sygdom	3	14
Andet	10	44

Tabel 3.12 viser, at 12% af svargruppen tidligere har deltaget i 'Sund madlavning', og 10% har deltaget i 'Gymnastik i forbindelse med kronisk sygdom'.

TABEL 3.13
Tidligere deltagelse i sundhedskurser
– andel af svargruppen fordelt på køn

Kurstype	Mænd Svargruppen		Kvinder Svargruppen	
	%	antal	%	antal
Kurser i sundhedsvæsenet	48	79	46	128
Sundhedskurser i aftenskole/patientforening	36	60	37	103
En eller anden form for sundhedskurser	51	85	54	150

Af tabel 3.13 fremgår, at 51% af mændene og 54% af kvinderne i svargruppen tidligere har deltaget i et sundhedskursus enten i sundhedsvæsenet eller i aftenskole/patientforening. Samlet har 53% (253) af svargruppen deltaget i et eller andet kursusforløb forud for deltagelsen i L&M-uddannelsen. Andelen, der har deltaget i kurser i sundhedsvæsenet, er større end andelen, der har deltaget i kurser udbudt af aftenskoler/patientforeninger.

Social position, social støtte og belastninger

VIGTIGSTE FUND

- Uddannelsesniveaut i svargruppen er lidt højere end i referencegruppen: andelen med lavt uddannelsesniveau er mindre, andelen med højt uddannelsesniveau er større
- Andelen i svargruppen med få ressourcer er større end i referencegruppen. Det gælder også, hvis man kun sammenligner personer uden for arbejdsmarkedet
- 37% af kvinderne i svargruppen bor alene mod 28% af mændene
- 42% af kvinderne i svargruppen er dagligt eller næsten dagligt i kontakt med familie, de ikke bor sammen med, mod 25% af mændene
- 15% af mændene og 16% af kvinderne i svargruppen oplever manglende social støtte. 17% for mænd, 18% for kvinder i referencegruppen
- Andelen, der oplever ensomhed, er større i svargruppen end i referencegruppen, hhv. 31% mod 24% for mænd og 43% mod 32% for kvinder. 48% af mændene oplever aldrig ensomhed
- Andelen, der føler sig belastet, er større i svargruppen end i referencegruppen. I svargruppen er det for kvinderne især 'egen sygdom', 'arbejde' og 'sygdom hos andre'. Blandt mænd er det 'egen sygdom' og 'arbejde'.



Det er ikke entydigt, hvordan social position skal måles, og det kan gøres på flere måder, eksempelvis ud fra socialgrupper, uddannelsesniveau, erhverv eller indkomst. Uanset hvilket mål for social position vi vælger, er der en lineær sammenhæng mellem social position og helbred, og jo lavere mennesker befinder sig i det sociale hierarki jo flere sygdomme og jo kortere levetid. Man taler om en social gradient.

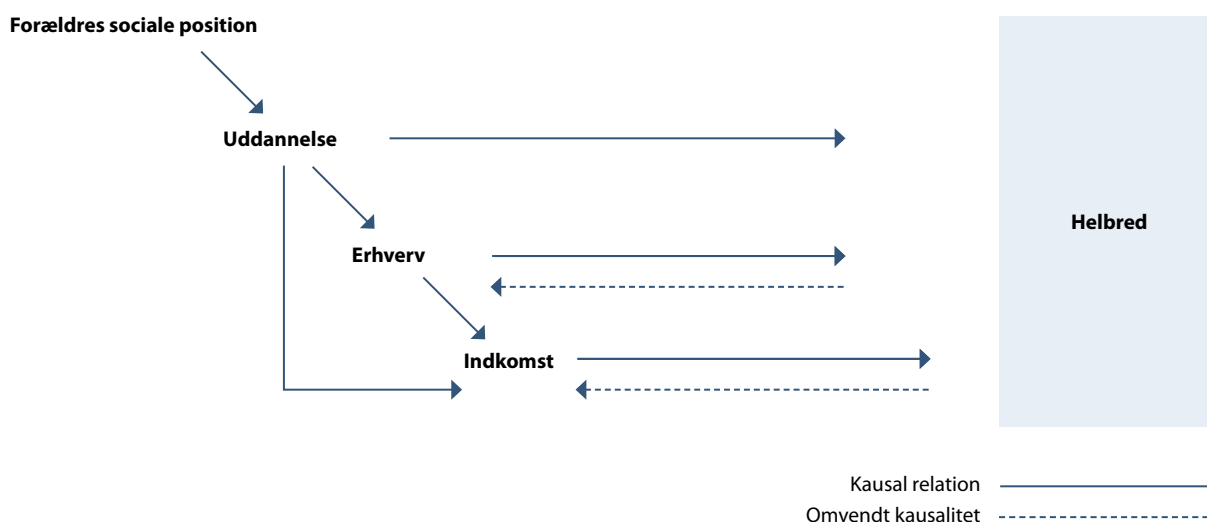
Sundhedsstyrelsen beskriver i sin rapport fra 2011 *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser* (Diderichsen et al. 2011) overordnet social ulighed som en systematisk association mellem menneskers sociale status og deres helbred. Sundhedsstyrelsen anvender hovedsagligt uddannelse som indikator for social status ud fra den begrundelse, at uddannelse hænger sammen med både indkomst og beskæftigelse. Ræsonnementet omkring sammenhæng mellem uddannelse, indkomst, beskæftigelse og helbred illustreres i figur 4.1.

Der er en tæt sammenhæng mellem uddannelse og forekomsten af kronisk sygdom, når man ser på befolkningen generelt. Således viser Region Midtjyllands

Sundhedsprofil 2010, at 14 ud af 18 kroniske sygdomme (herunder både KOL, hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes) forekommer hyppigst blandt de lavtuddannede befolkningsgrupper (Larsen et al. 2011). Det er således relevant at undersøge sammenhængen mellem uddannelse og deltagelse på patientuddannelser. Også indkomst bruges ofte som indikator for sociale forskelle i sundhed, også selv om sammenhængen ikke er lige så stærk og entydig som uddannelsesparameteren.

Der kan også tegnes en bredere social profil, hvor andre faktorer end uddannelse og indkomst inddrages. I et sundhedsfremmeperspektiv er der fokus på ressourcer, som omfatter andet og mere end indkomst eller uddannelse. I forbindelse med den første Hvordan har du det?-undersøgelse i 2001 i Århus Amt (Larsen 2003) blev der udviklet et indeks for levekårsressourcer. Indekset er et sammensat mål, som gennem otte eller ni spørgsmål kan beskrive sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold.

FIGUR 4.1
Social position og helbred – relevante årsagsrelationer



Kilde: Yngwe Åberg. *Health Equity Studies no.5, 2005. Karolinska Institut.*
(Sundhedsstyrelsen 2011:24)

Tankegangen er, at mennesket er et aktivt handlende og kreativt væsen, som selv definerer sine mål. Den enkeltes handlemuligheder begrænses imidlertid af de ressourcer, som han eller hun råder over. En persons sociale position er ifølge denne opfattelse lig med summen af ressourcer, som den enkelte kan bruge til at fremme sin trivsel og livskvalitet. Eksempler på ressourcer er penge, ejendom, uddannelse og viden, sociale relationer og netværk. Jo flere ressourcer man råder over, jo større muligheder har man for at realisere sine individuelle mål i tilværelsen.

I indeks for levekårsressourcer opgøres personens ressourcer ud fra følgende spørgsmål:¹

- Er du gift?
- Har du børn?
- Har du en boglig uddannelse?
- Har du en erhvervsindkomst?
- Er din årsindkomst på 250.000 eller mere?
- Er du funktionær/selvstændig?
- Har du et lederjob?
- Ejer du eller andre i din husstand din bolig?

Har en person ressourcen opnået værdien 1, mangler den værdien 0. Ressourcerne i indekset er ikke vægtes, dvs., at hver ressource tæller lige meget. Indekset kan i denne version antage værdien 0-8, hvor et lavt tal er få ressourcer, og et højt tal er mange. Indeks for levekårsressourcer viser det samme billede af fordelingen af sundheden i befolkningen som eksempelvis analyser, der bruger uddannelsesniveau som indikator, men adskiller sig fra mere traditionelle klasse- og socialgruppeinddelinger, fordi det giver et mere nuanceret billede af alle mennesker, uanset om de er på eller uden for arbejdsmarkedet, og det medtager vigtige forhold i den private sfære, som spiller en rolle for individets trivsel. Hertil kommer, at indekset beskriver social position som en placering på et kontinuum snarere end ved tilknytning til en afgrænset gruppe. Indekset giver os en mere nuanceret forståelse af fordelingen af sundhed i befolkningen og de parametre, som påvirker den.

I sundhedsprofilen *Hvordan har du det? 2010* er sammenhængen mellem levekårsressourcer og selvvurderet helbred undersøgt for hele den midtjyske befolkning (Larsen et al. 2011). Resultaterne viser en tydelig sammenhæng mellem antallet af levekårsressourcer og vurderingen af eget helbred, således at mennesker med få ressourcer generelt vurderer deres helbred dårligere end mennesker med mange ressourcer.

Mennesker med færre ressourcer deltager i mindre omfang i sundhedsfremmende tilbud. Blandt andet viser studier af hjertepatienter, at lavtuddannede er mindre tilbøjelige til at deltage, når de får tilbud om rehabilitering (refereret i Meillier 2007). Det er også en udbredt opfattelse, at tilbud om patientuddannelse oftest benyttes af forholdsvis ressourcestærke borgere, der har kompetencer og overskud til selv at være op-søgende i forhold til sundhedstilbud. Således fremgår det f.eks. af Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse fra 2009, at der er tendens til, "... at patientuddannelsesstilbud især appellerer til veluddannede, til kvinder og i det hele taget til personer, som i forvejen er ressourcestærke og forholdsvis selvhjulpne" (Sundhedsstyrelsen 2009).

Det er både, fordi der er mere kronisk sygdom, dårligere oplevet helbred og mindre deltagelse i patientuddannelser og rehabiliteringstilbud blandt mennesker med lavere social position, at det er meget relevant at undersøge den sociale position for deltagere i L&M i de seks kommuner og Hospitalsenheden Vest.

I denne evaluering benyttes tre mål for social position: uddannelse, indkomst og levekårsressourceindeks. Deltagerne i L&M sammenlignes med referencegruppen. I det følgende beskrives først deltagernes uddannelsesniveau og indkomst, da de ofte er de eneste variable til beskrivelse af social position. Dernæst beskrives deltagernes levekårsressourcer.

¹ Hvis der arbejdes specifikt med etniske minoriteter, suppleres de otte ressourcer med spørgsmål om dansk som førstesprog. Det er ikke tilfældet i forhold til L&M, hvor det forudsættes, at deltagerne taler og forstår dansk.

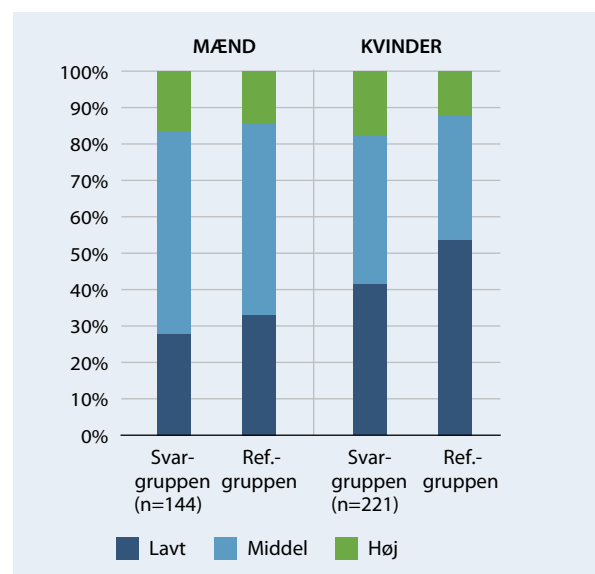
4.1 Uddannelse

Den anvendte opdeling i uddannelsesniveau bygger på det samlede antal års uddannelse (fuldført eller igangværende), en person har gennemgået fra skolestart til afslutning på en evt. erhvervsuddannelse.² Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau svarer i store træk til lærlinge-/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellem-lang og lang videregående boglig uddannelse.

uddannelsesparameter end referencegruppen, selv om forskellene ikke er store. Samtidigt ses, at en større andel af kvinder i både svar- og referencegruppen har et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med mænd.

FIGUR 4.2

Uddannelsesniveau fordelt på køn i svar- og referencegruppen



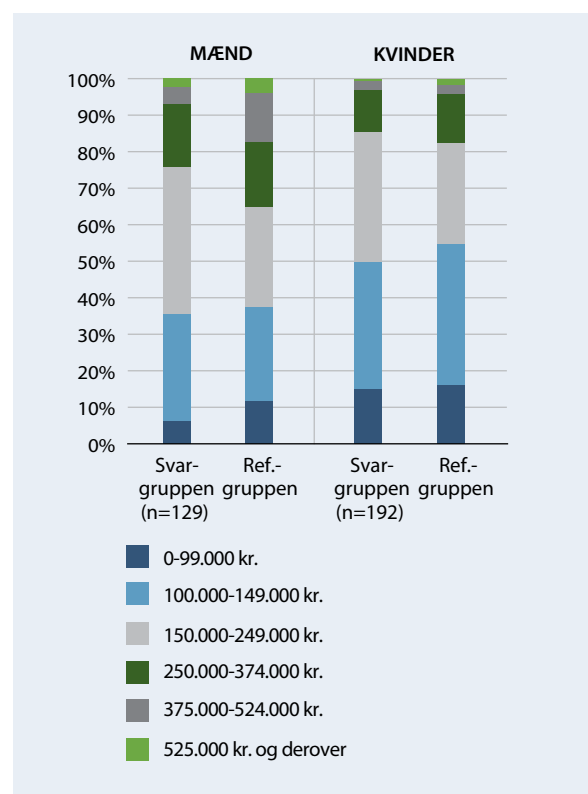
Figur 4.2 viser, at en mindre andel i svargruppen, både når det gælder mænd og kvinder, har et lavt uddannelsesniveau sammenlignet med referencegruppen, og tilsvarende har en større andel et højt uddannelsesniveau. For mænd er andelen med middel uddannelsesniveau næsten identisk i de to grupper, hvorimod der er en større andel af kvinder i svargruppen, der har et middel uddannelsesniveau. Svargruppen har således en bedre social position målt ved en

4.2 Indkomst

Indkomst bliver ligesom uddannelse ofte brugt som indikator for social position. Mange undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem indkomst og sundhed, således at høj indkomst har sammenhæng med god sundhedstilstand (Larsen et al. 2011).

FIGUR 4.3

Egen indkomst fordelt på køn i svar- og referencegruppen



2 Der anvendes *Dansk Uddannelses-Nomenklatur (DUN)*, der bygger på *International Standard Classification of Education (ISCED)* (Danmarks Statistik 2006). DUN er en registrering af nuværende og tidligere danske uddannelser af en varighed på mindst 80 timer. Niveauopdelingen går fra 0 til 8. De ni niveauer kan slås sammen til tre: lavt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 0-3 i DUN, middelhøjt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 4-5, og højt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 6-8.

Figur 4.3 viser, at i svargruppen er andelen af mænd med en indkomst på 150.000-249.000 kr. størst. Andelen af mænd i svargruppen i den laveste indkomstgruppe under 100.000 kr. og i indkomstgrupperne over 250.000 kr. er mindre sammenlignet med referencegruppen. Generelt er andelen af kvinder med lave indkomster i både svar- og referencegruppen større sammenlignet med mænd.

4.3 Levekårsressourcer

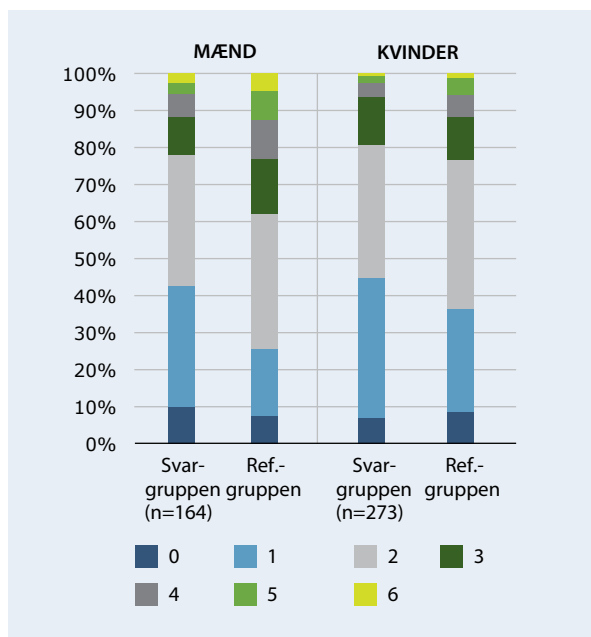
I indekset indgår, som tidligere beskrevet, 8 ressourcevariable, hvis det alene drejer sig om en etnisk danske befolkning. Spørgsmålet "Ejer du eller andre i din husstand din bolig?" udelukkes i denne evaluering af L&M, da spørgsmålet ikke har været medtaget i en tidligere version af MoEva, som en del af svargruppen har benyttet. Dermed er det højeste mulige antal ressourcer i denne analyse 7 i både svar- og referencegruppen.

Figureerne i dette afsnit viser andelen af borgere i henholdsvis svargruppen og referencegruppen, der har 1, 2, 3 osv. af de 7 ressourcer, der indgår i indekset. Hvis en respondent har undladt at svare på et eller flere spørgsmål, der indgår i indekset (f.eks. uddannelsesniveau), regnes disse som et nul, dvs., at respondenterne ikke registreres med den pågældende ressource.

Figur 4.4 viser, at andelen i svargruppen med maksimalt 0, 1 eller 2 ressourcer for mænd er 78% og for kvinder 81%, og i referencegruppen hhv. 62% for mænd og 77% for kvinder. En del af forklaringen er, at andelen af mænd i referencegruppen, der er i arbejde, er større sammenlignet med svargruppen. Vi har derfor i figur 4.5 valgt også at vise indekset alene for borgere uden for arbejdsmarkedet.

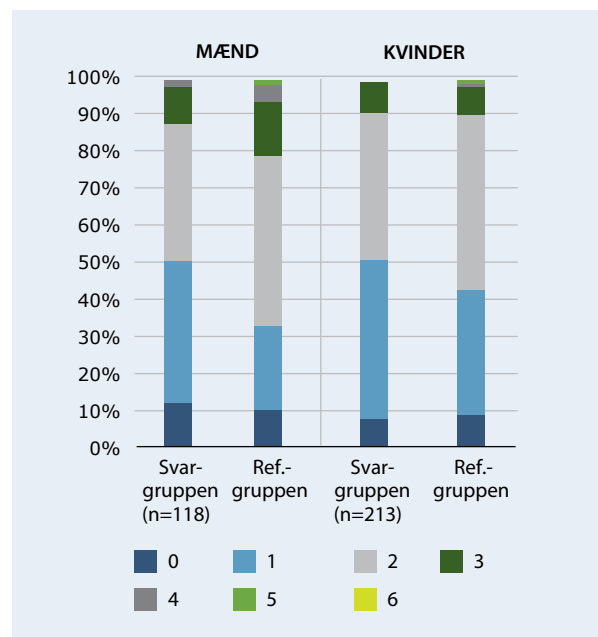
FIGUR 4.4

Levekårsressourcer fordelt på køn i svar- og referencegruppen



FIGUR 4.5

Levekårsressourcer for borgere uden for arbejdsmarkedet fordelt på køn i svar- og referencegruppen



Figur 4.5 viser, at selv om ressourceindekset kun opgøres på personer uden for arbejdsmarkedet, er der fortsat for mændenes vedkommende en forskel på 8%-point mellem svargruppen og referencegruppen, når man ser på 0-2 ressourcer. Den indbyrdes fordeling i grupperne er hos både mænd og kvinder forskellig, idet der i svargruppen er en større andel med 1 ressource og færre med 2.

4.4 Sociale relationer og netværk

Stærke sociale relationer og netværk reducerer dødelighed og sygelighed, fremmer borgeres/patienters udbytte af sundhedstilbud og virker positivt på gode sundhedsvaner. Forskningen tyder på, at både social integration og social støtte er vigtige for menneskers sundhed (Larsen 2004).

Der er sammenhæng mellem menneskers sociale relationer og netværk og deres sundhed og helbred, hvilket genfindes i Region Midtjyllands sundhedsprofil. Således viser Sundhedsprofilen, at der er signifikant større andel med dårligt selv vurderet helbred blandt mennesker, der lever alene, sammenlignet med mennesker der er gift/samboende (Larsen et al. 2011).

Sundhedsprofilen viser endvidere, at der er signifikante sammenhænge mellem civilstatus og sundhedsvaner, idet gifte/samboende mennesker har sundere vaner i forhold til både rygning, alkohol og kost (op cit.). Sammenhængen mellem civilstatus og deltagelse i rehabilitering dokumenteres bl.a. i Hjerteforeningens undersøgelse fra 2010 *Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering*. Undersøgelsen omhandler ikke kun kommunal rehabilitering, men det fremgår, at "samlivsstatus er et af de vigtigste parametre for, om patienter deltager i fuld eller delvis rehabilitering" (Bøgelund & Mønsted 2010). Undersøgelsen viser, at kun 29% af enlige deltager i fuld eller delvis rehabilitering, mens det gælder for 39% af dem, der bor sammen med en partner. Ifølge Hjerteforeningen kan en forklaring være, at partnere hjælper med at spørge ind til forskellige

muligheder for rehabilitering, og at partnere kan hjælpe med praktiske forhold så som transport og støtte til at deltage i rehabiliteringstilbud.

Civilstatus og børn

Ligesom en ægtefælle/samlever kan forventes at hjælpe med at opsøge og støtte op omkring deltagelse i rehabilitering, kan også voksne børn forventes at gøre en positiv forskel i forhold til deltagelse i læringsforløb.

MoEva indeholder oplysninger om sociale relationer og netværk, dels om civilstatus og børn, men også om kontakt til familie og venner og deltagernes oplevelse af social støtte og ensomhed.

TABEL 4.1
Civilstatus og børn i svar- og referencegruppen

	Svargruppen		Referencegruppen
	%	antal	%
Alene (mand)	28	45	31
Alene (kvinde)	37	100	37
Har børn	86	363	86
Hjemmeboende børn under 16 år	13	46	13

Tabel 4.1 viser, at svargruppen ikke adskiller sig væsentlig fra referencegruppen, hverken i forhold til at bo alene eller til at have børn. Der ses, at andelen af mænd, der bor alene, er lidt mindre i svargruppen end i referencegruppen. Der er 9% flere kvinder i svargruppen, der bor alene, sammenlignet med mænd.

Kontakt med familie og venner

Kontakten til familien bliver i MoEva undersøgt ved at spørge: "Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?"

Tabel 4.2 viser, at en større andel af svargruppen er dagligt eller næsten dagligt i kontakt med familien sammenlignet med referencegruppen. Andelen af kvinder i svar- og i referencegruppen, der er hyppigt i kontakt med familien, er større end for mænd. Kontakten til venner og bekendte bliver i MoEva un-

dersøgt ved at spørge: "Hvor ofte er du i kontakt med venner og bekendte, som du ikke bor sammen med?"

Tabel 4.3 viser, at der ikke er de store forskelle mellem svar- og referencegruppen. I svargruppen er andelen med daglig eller næsten daglig kontakt 36% for mænd og 35% for kvinder mod hhv. 38% og 36% i referencegruppen.

TABEL 4.2

Kontakt med familie fordelt på køn i svar- og referencegruppen

	Svargruppen				Referencegruppen	
	Mænd		Kvinder		Mænd	Kvinder
	%	antal	%	antal	%	%
Dagligt eller næsten dagligt	25	40	42	109	23	37
Ugentlig	49	76	43	113	43	44
Månedlig	14	21	9	24	24	10
Sjældent	10	15	5	12	7	8
Aldrig	2	3	1	2	3	1
Total	100	155	100	260	100	100

TABEL 4.3

Kontakt med venner og bekendte fordelt på køn i svar- og referencegruppen

	Svargruppen				Referencegruppen	
	Mænd		Kvinder		Mænd	Kvinder
	%	antal	%	antal	%	%
Dagligt eller næsten dagligt	36	55	35	93	38	36
Ugentlig	44	68	48	12	42	45
Månedlig	12	19	13	34	16	13
Sjældent	7	11	3	8	4	5
Aldrig	0	0	1	2	1	2
Total	100	153	100	262	100	100

4.5 Social støtte, ensomhed og belastninger

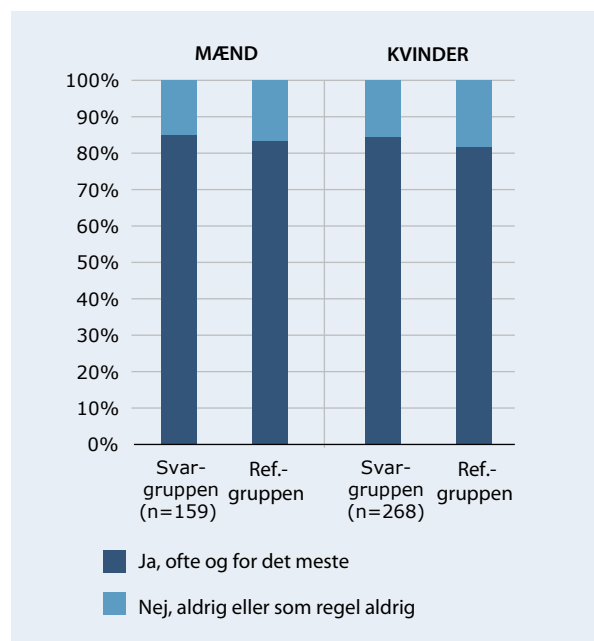
Der er desuden indsamlet oplysninger om deltagernes egen oplevelse af social støtte, ensomhed og belastninger i MoEva.³ Disse oplysninger kan bidrage til at nuancere billedet af deltagergruppen yderligere.

Social støtte

Social støtte bliver i MoEva undersøgt ved at spørge: "Hvor ofte oplever du at have nogen at snakke med, når du har brug for støtte?" Svarmulighederne 'ja ofte' og 'ja, for det meste', tolkes som udtryk for social støtte; 'ja, nogen gange' og 'nej, aldrig eller næsten aldrig' tolkes som udtryk for manglende social støtte. Figuren viser en dikotom svarfordeling.

FIGUR 4.6

Oplevelse af social støtte fordelt på køn i svar- og referencegruppen



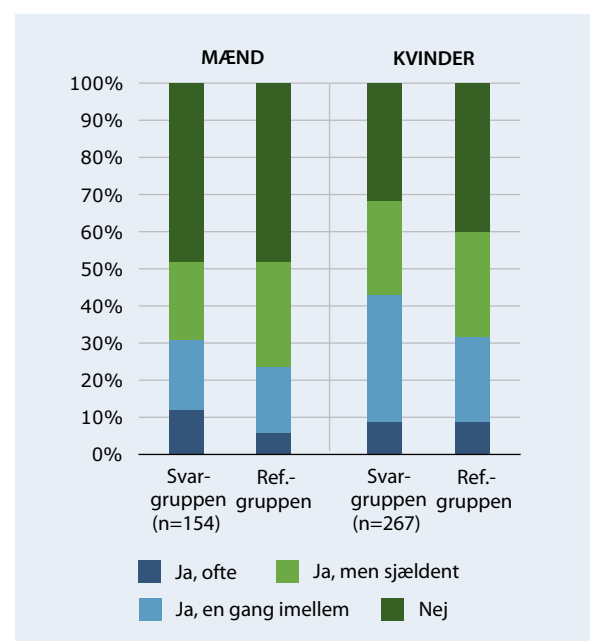
Figur 4.6 viser, at andelen med manglende støtte i svargruppen er hhv. 15% for mænd og 16% for kvinder. Der er stort set ingen forskel på svar- og referencegruppen, hvor andelen med manglende støtte i sidstnævnte gruppe er 17% for mænd og 18% for kvinder.

Ensomhed

Ensomhed bliver i MoEva undersøgt ved at spørge: "Hvor ofte oplever du at være alene, selv om du hellere vil være sammen med andre?" Svarmulighederne er 'ja, ofte', 'ja, en gang imellem', 'ja, men sjældent' og 'nej'. Svarmulighederne 'ja, ofte' og 'ja, en gang imellem' tolkes som udtryk for ensomhed.

FIGUR 4.7

Oplevelse af ensomhed fordelt på køn i svar- og referencegruppen



Figur 4.7 viser, at i svargruppen er andelen af kvinder, der oplever ensomhed, 43% mod 31% hos mændene. I referencegruppen er det 32% af kvinderne og 24% af mændene. Andelen er højest i svargruppen og i begge grupper højest blandt kvinder. 48% af mændene i både svar- og referencegruppen oplever aldrig ensomhed.

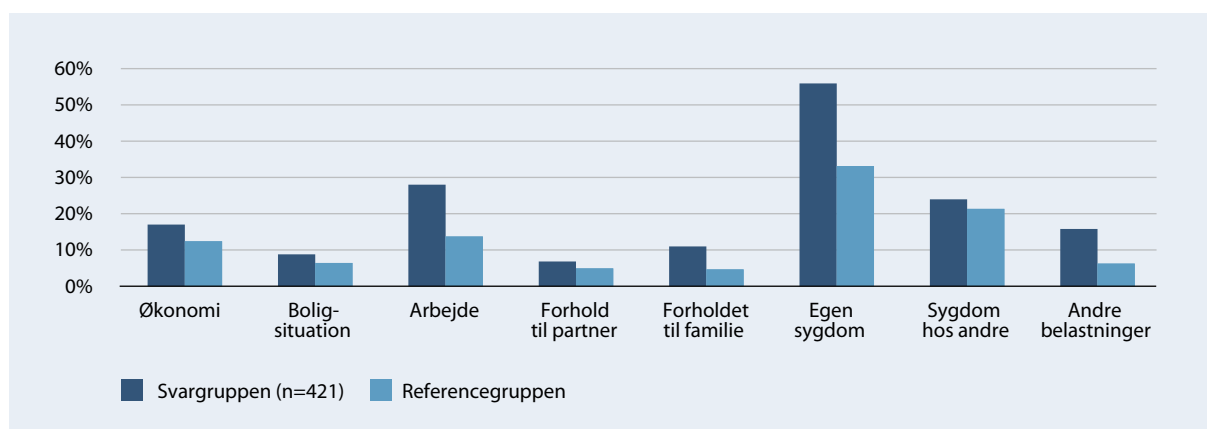
³ Der gøres her opmærksom på, at der undervejs i dataindsamlingen er sket et skift i formuleringen af spørgsmål vedr. social støtte og ensomhed. Skiftet skyldes, at formuleringen blev ændret i spørgeskemaet til Sundhedsprofilen. Der er således sket en vis fortolkning af kategorierne i forbindelse med anvendelse af begge spørgsmålsformuleringer i relation til denne evaluering.

Belastninger

Belastninger hos en selv eller hos nærmeste familie kan betyde noget for helbredet og for ens muligheder for at følge et sundhedstilbud. Oplevelse af belastninger er i MoEva belyst ved at spørge: "Har du gennem de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting? din økonomi, din boligsituation, din arbejdsituation, forholdet til din partner, forholdet til familie og venner, sygdom hos dig selv, sygdom hos din partner, familie eller nære venner." Svarpersonerne har haft mulighed for at svare 'nej', 'ja, lidt', 'ja, en del' og 'ja, meget' til hvert delspørgsmål. Kryds i 'ja, en del' og 'ja, meget' fortolkes som en oplevelse af belastning.

FIGUR 4.8

Oplevelse af belastning i svar- og referencegruppen



Figur 4.8 viser, hvor stor en andel af henholdsvis svargruppen og referencegruppen, der oplever sig belastet af hver kategori. Der gøres opmærksom på, at svarpersonerne har haft mulighed for at sætte flere kryds, hvorfor procenterne ikke sammenlagt giver 100%.

Figuren viser, at andelen i svargruppen, der føler sig belastet, er større end i referencegruppen. Det gælder alle kategorier. Forskellen er størst på 'arbejde' og 'egen sygdom' samt 'andre belastninger' (f.eks. dødsfald blandt dine nærmeste og bekymringer pga. børn eller børnebørn). Forskellen er mindst for 'forhold til partner' og 'boligsituation'.

TABEL 4.4

Andel fordelt på køn, der føler sig meget eller en del belastet i svar- og referencegruppen

	Svargruppen				Referencegruppen	
	Mænd		Kvinder		Mænd	Kvinder
	%	antal	%	antal	%	%
Økonomi	15	21	18	43	12	13
Boligsituation	8	11	10	24	6	7
Arbejde	22	29	32	65	14	13
Forhold til partner	6	8	7	14	5	5
Forhold til familie	8	11	13	29	3	6
Egen sygdom	53	80	58	144	31	36
Sygdom hos andre	17	24	29	64	19	24
Andre belastninger	13	15	20	32	5	8

Af tabel 4.4 fremgår, at andelen af kvinder der føler sig belastet, både i svar- og referencegruppen, altovervejende er større end blandt mænd. I svargruppen er det især 'egen sygdom', 'sygdom hos andre' og 'arbejde', der belaster kvinderne, og 'egen sygdom' og 'arbejde', der af mændene opleves som de største belastninger.

Deltagernes selvvaluerede effekt og udbytte

5

De følgende analyser omhandler selvvalueret effekt og udbytte af L&M-uddannelsen. I forhold til præsentationen af figurer og tabeller anvendes ved baseline data fra den samlede svargruppe, og ved opfølgingsmålingerne anvendes svar fra de deltagere, der har gennemført et L&M-forløb og har besvaret 1. eller 2. opfølgingskema. Alle effektanalyser er lavet på de deltagere, som både har udfyldt ved baseline og ved 1. eller 2. opfølgning.



Helbred og funktionsevne

VIGTIGSTE FUND

- I svargruppen oplyser 65% af kvinderne ved baseline om mindre godt eller dårligt helbred mod 41% i referencegruppen. For mænd er det 61% mod 32%. For den samlede svargruppe er tallet 64%
- Ved 1. opfølgning er andelen med mindre godt eller dårligt helbred 47%, hvilket holder sig frem til 2. opfølgning
- På alle otte SF-12-skalaer scorer svargruppen signifikant lavere end referencegruppen. Det gælder både mænd og kvinder. Begge grupper scorer under 50, hvilket vil sige lavere end en normalbefolkning
- Det fysiske helbred (sumscore) i svargruppen viser sammenlignet med referencegruppen en klinisk og socialt relevant forskel – 34% mod 42%
- Det psykiske helbred (sumscore) i svargruppen ligger på niveau med referencegruppens
- Lille, men ikke signifikant bedring af det fysiske og psykiske helbred ved 1. opfølgning.

5.1 Deltagernes sundhed

Der er mange måder at beskrive sundhed på. I denne analyse har vi valgt at beskrive sundhed gennem deltagernes

- egen oplevelse af sundhed og
- fysisk, psykisk og social funktionsevne.

Dette kan beskrives via *Short form 12 Health Survey version 2* (SF-12). Skemaet er et generisk måleredskab, hvorfor det kan anvendes til deltagerne i L&M på tværs af sygdomme og aldersgrupper. SF-12 findes i baseline- og opfølgningsskemaet. Det anvendes således både til at beskrive deltagerne og til at måle en effekt af L&M-uddannelsen. Der sammenlignes med referencegruppen. Alle kommuner har registreret ved baseline (n=434) og 1. opfølgning (n=332) på SF-12, men kun få

har haft en systematisk rykkerprocedure. Ved 2. opfølgning har ikke alle afsluttede deltagere fået udleveret skemaer (n=62).

Et af spørgsmålene i SF-12 er "Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?" med svarkategorierne 'fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'.

Tabel 5.1 viser, at andelen i svargruppen, der oplyser, at de har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er større end i referencegruppen. For kvinder i svargruppen 65% mod 41% og for mænd 61% mod 32%. Der ses ingen signifikante forskelle mellem køn i svargruppen.

TABEL 5.1

Selvvalgt helbred ved baseline – fordelt på køn i svar- og referencegruppen

	Svargruppen				Referencegruppen	
	Mænd		Kvinder		Mænd	Kvinder
	%	antal	%	antal	%	%
Fremragende	1	2	0	1	1	1
Vældig godt	7	11	6	17	15	8
Godt	31	50	28	76	51	49
Mindre godt	47	77	53	143	27	35
Dårligt	14	23	12	31	5	6

TABEL 5.2

Selvvalgt helbred ved baseline fordelt på uddannelsesniveau (DUN)

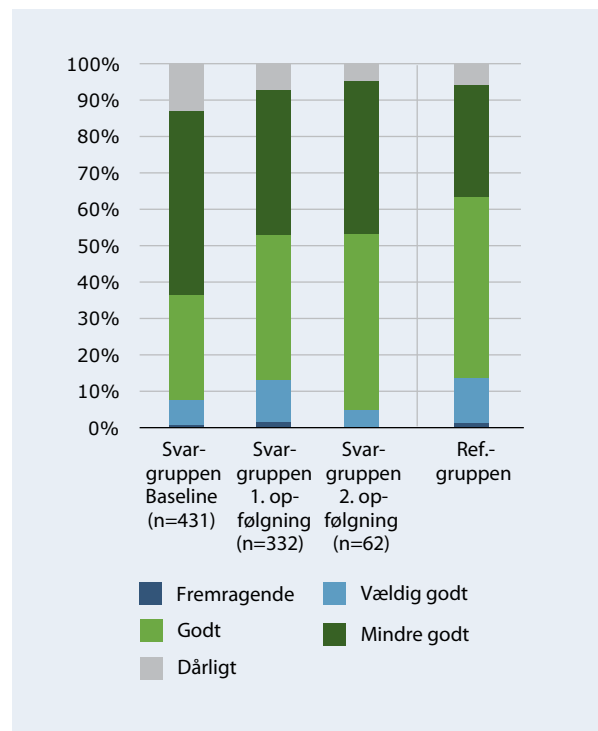
	Svargruppen					
	Lavt		Middel		Højt	
	%	antal	%	antal	%	antal
Fremragende	1	1	1	1		
Vældig godt	2	3	9	15	13	8
Godt	31	39	30	49	30	18
Mindre godt	52	66	51	85	44	27
Dårligt	14	18	10	16	13	8

Tabel 5.2 viser, at der er en stigende andel med mindre godt eller dårligt selvvalgt helbred med faldende uddannelse. Forskellene er ikke signifikante.

Figur 5.1 viser, at ved 1. opfølgning er andelen med mindre godt eller dårligt selvvalgt helbred 47%, hvilket holder sig frem til 2. opfølgning. Ved baseline er andelen 64%. Forskellen er signifikant. Andelen med mindre godt eller dårligt selvvalgt helbred er ved 1. og 2. opfølgning dog fortsat større end i referencegruppen med 37%.

FIGUR 5.1

Selvvalgt helbred i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



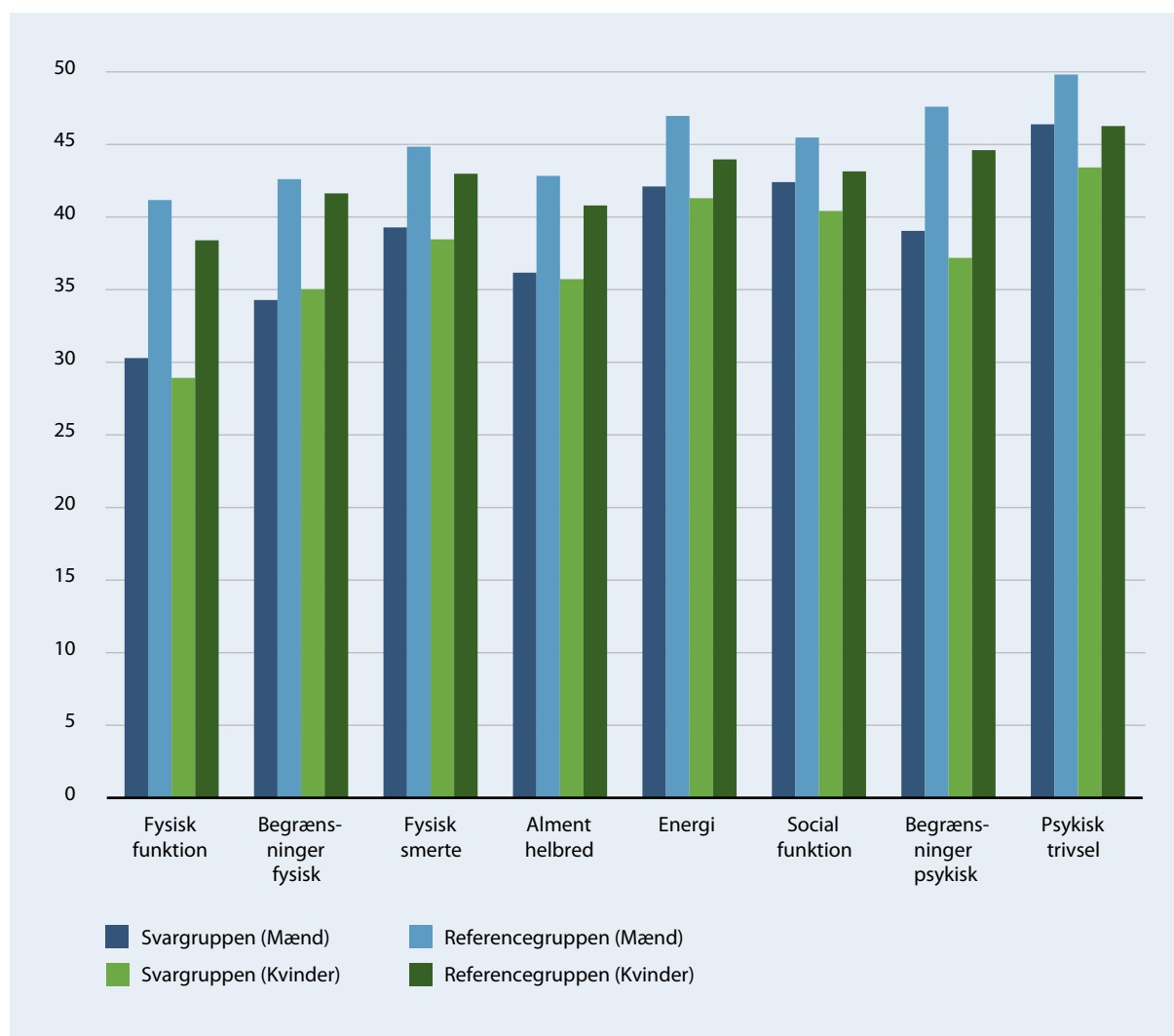
5.2 Fysisk, psykisk og social funktionsevne

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

Figur 5.2 viser de otte skalaer i SF-12; fire skalaer relateret til fysisk funktionsevne og generel helbredstilstand, fire skalaer om psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand. På alle skalaer på nær 'begrænsninger fysisk' og 'alment helbred' scorer mændene i svargruppen højere end kvinderne i svargruppen. På alle skalaer scorer svargruppen for både mænd og kvinder lavere end referencegruppen. Især vedrørende 'fysisk

FIGUR 5.2

Gennemsnitlig SF-12-score ved baseline – fordelt på køn i svar- og referencegruppen

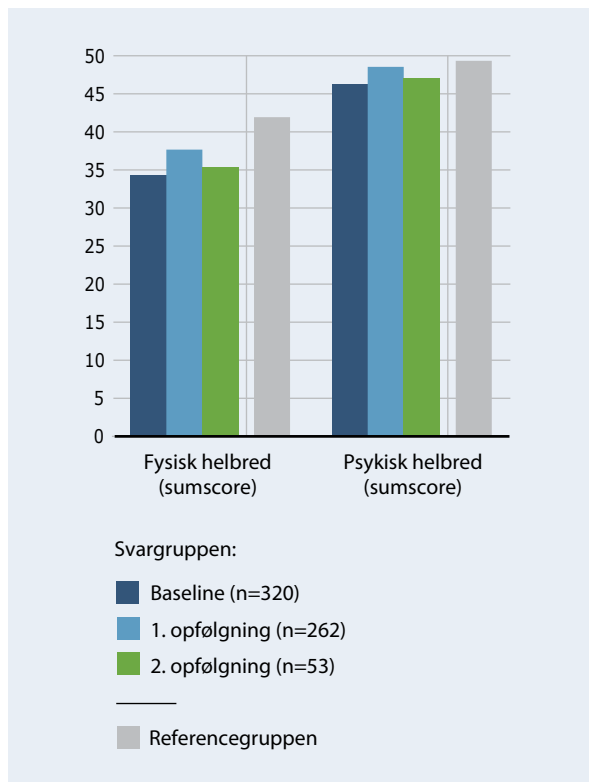


funktion' for både mænd (gennemsnit 30 mod referencegruppens gennemsnit 41) og kvinder (gennemsnit 29 mod gennemsnit 48). Alle forskelle er signifikante. Svar- og referencegruppen scorer på alle skalaer under 50, hvilket er gennemsnit for en normalbefolkning.

Når der ses på ændringer i de enkelte skalaer fra baseline til 1. og 2. opfølgning, ses der signifikante positive ændringer for følgende skalaer: 'fysisk funktion', 'begrænsninger fysisk', 'fysisk smerte', 'alment helbred'. For 'psykisk trivsel' og 'psykisk betingede begrænsninger' er der signifikante positive ændringer fra baseline til 1. opfølgning. For 'social funktion' ses der signifikante positive ændringer fra baseline til 2. opfølgning.

FIGUR 5.3

Gennemsnitlig sumscore for fysisk og psykisk helbred i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



Figur 5.3 viser de to sumscorer for fysisk og psykisk helbred i SF-12. Ved baseline er svargruppens gennemsnitsscore på 'fysisk helbred' 34 og på 'psykisk helbred' 46 sammenlignet med referencegruppens gennemsnitsscore på hhv. 42 og 49. Der er således en klinisk og socialt relevant forskel mellem svargruppen og referencegruppen på 'fysisk helbred'. Opdeling på uddannelsesniveau ved baseline viser ingen forskel på sumscoren, hverken på 'fysisk helbred' eller 'psykisk helbred' (ikke vist).

Deltagerne i svargruppen og referencegruppen scorer væsentlig lavere på 'fysisk helbred' sammenlignet med 'psykisk helbred'. Sidstnævnte ligger på niveau med normen på 50, hvor 'fysisk helbred' ligger væsentlig under normen.

Sammenlignes baseline med 1. opfølgning og 2. opfølgning er der ingen signifikante forskelle.

TABEL 5.2

Udviklingen i fysisk helbred ved 1. opfølgning – fordelt på uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau	Antal	Fysisk helbred (sumscore) Baseline		Fysisk helbred (sumscore) 1. opfølgning	
		Gennemsnit	95%-KI*	Gennemsnit	95%-KI*
Lavt	48	36	33,0-38,7	38	35,6-40,9
Middel	88	36	33,8-38,7	38	35,9-40,7
Højt	26	36	31,4-41,8	36	30,8-41,6

*95%-konfidensinterval

Tabel 5.2 viser en lille positiv udvikling hos de lavt- og middeluddannede på 'fysisk helbred'. Udviklingen er ikke signifikant. Der ses ingen forskel mellem uddannelsesniveauerne på 'psykisk helbred'.

TABEL 5.3

Udvikling i fysisk og psykisk helbred ved 1. opfølgning – fordelt på køn

	Mænd		Kvinder	
	Gennemsnit	95%-KI*	Gennemsnit	95%-KI*
Fysisk helbred (sumscore)				
Baseline	34	32,4-36,4	34	32,8-35,9
1. opfølgning	38	35,9-40,1	37	35,8-39,2
Psykisk helbred (sumscore)				
Baseline	48	45,9-50,0	45	43,6-46,8
1. opfølgning	49	47,0-50,8	48	46,6-50,1

*95%-konfidensinterval

Tabel 5.3 viser, at der for begge køn er en lille stigning fra baseline til 1. opfølgning på både fysisk og psykisk helbred. Stigningen er ikke signifikant.

Sundhedsadfærd: motion, kost, rygning, alkohol og søvn samt BMI

VIGTIGSTE FUND

- Andelen i svargruppen, der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, stiger ved 1. og 2. opfølgning. Stigningen er størst på '2-3 dage' og '6-7 dage'. Stigningen er signifikant. Andelen ved baseline er større i svargruppen end i referencegruppen
- Andelen i svargruppen, der dyrker idræt eller regelmæssig motion, er 49% mod 35% i referencegruppen. Andelen stiger ved 1. og 2. opfølgning til 64%. Stigningen er signifikant
- 80% i svargruppen ønsker at være mere fysisk aktive
- Kostmønsteret er uændret ved 1. opfølgning. Svargruppen og referencegruppen har samme kostmønstre med den største andel med et middelsundt kostmønster. Kvinderne har et sundere kostmønster sammenlignet med mændene
- 45% i svargruppen ønsker at spise sundere
- 19% mænd og 19% kvinder i svargruppen er rygere mod 33% mænd og 25% kvinder i referencegruppen. Der er ikke et fald i andelen af rygere ved 1. opfølgning
- 80% i svargruppen ønsker at stoppe med at ryge
- 6% i svargruppen har et højt alkoholforbrug mod 14% i referencegruppen. Andelen med rusdrikkeri er mindst i svargruppen
- 3% i svargruppen ønsker et lavere alkoholforbrug
- 65% mænd og 55% kvinder i svargruppen er overvægtige mod 68% mænd og 58% kvinder i referencegruppen
- 25% af begge køn og i begge grupper er svært overvægtige.

De følgende beskrivelser og analyser omhandler sundhedsadfærd. Det varierer, hvor mange deltagere der indgår i svargruppen i analyserne af de forskellige sundhedsadfærdsparemetre, da de enkelte kommuner selv har vurderet, om det var relevant at måle ændringer i deltagernes sundhedsadfærd – eller om delta-

gerne har svaret på alle moduler om sundhedsadfærd. Hvor det findes relevant, er resultaterne opgjort fordelt på køn. Der sammenlignes med referencegruppen. Alle deltagere har fået udleveret alle spørgsmål vedrørende sundhedsadfærd ved baseline. Generelt er antallet af besvarelser ved 2. opfølgning begrænset.

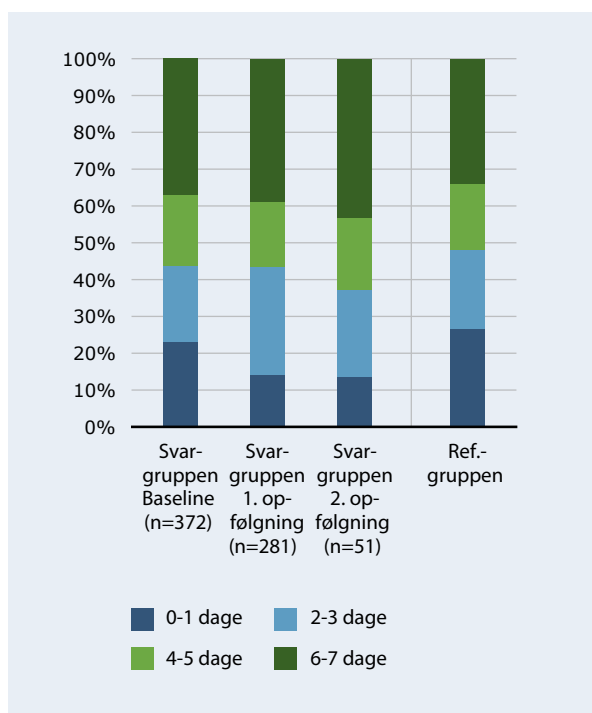
5.3 Bevægelse i dagligdagen

Følgende beskriver udvalgte analyser relateret til bevægelse i dagligdagen. I MoEva er der fem spørgsmål relateret til området. De udvalgte spørgsmål omhandler beskrivelse af graden af fysisk aktivitet, dyrkelse af regelmæssig idræt eller motion samt motivation til ændring af sundhedsvaner.

Fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen

FIGUR 5.4

Andel der er fysisk aktive mindst 30 min. om dagen i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



Figur 5.4 viser, at der er sket en signifikant stigning i andelen, der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, på 2% ved 1. opfølgning og 6% ved 2. opfølgning for '2-3 dage' samt '6-7 dage'. Sammenlignet med referencegruppen er andelen i svargruppen, der er fysisk aktive ved baseline større: 4% færre inaktive '0-1 dage' og 3% flere mest fysisk aktive '6-7 dage'.

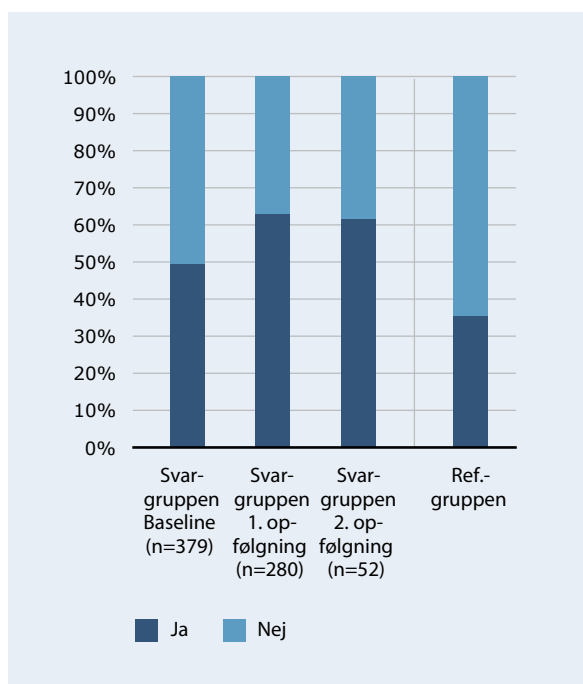
Når der ses på de 97 deltagere, der har deltaget på et hold på tværs, hvor de ikke systematisk har fysisk aktivitet i forløbet, og som har besvaret spørgsmålet, ses der ingen signifikante forskelle til de øvrige 275 deltagere ved baseline.

Når der ses på besvarelserne for deltagerne på hold på tværs ved baseline, 1. opfølgning og 2. opfølgning ses der en signifikant positiv forskel fra baseline til 1. opfølgning. Antallet af besvarelser ved 1. opfølgning er 69.

Dyrker idræt eller regelmæssig motion

FIGUR 5.5

Andel der dyrker idræt eller regelmæssig motion i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen

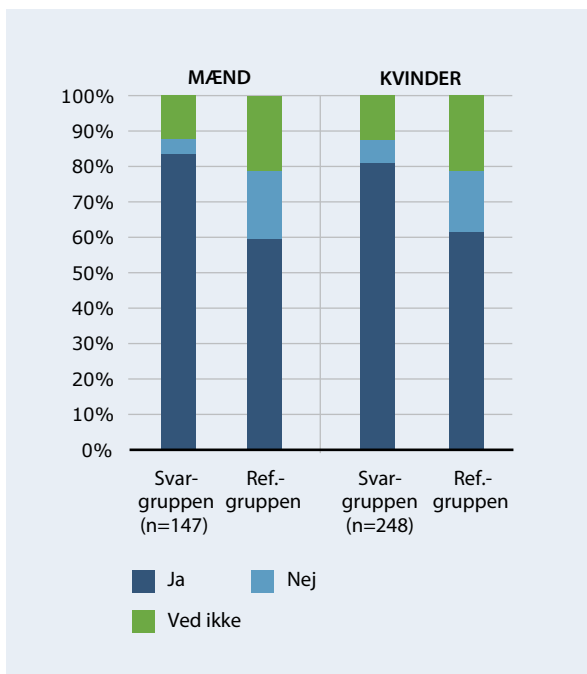


Figur 5.5 viser, at der er en signifikant stigning i andelen, der regelmæssigt dyrker idræt eller andre motionsgivende aktiviteter ved 1. opfølgning. Stigningen ved 2. opfølgning er ikke signifikant. Ved baseline er der en større andel i svargruppen (49%), der regelmæssigt dyrker idræt sammenlignet med referencegruppen (35%).

Når der alene ses på de 97 deltagere, der har deltaget på et hold på tværs, og som har besvaret spørgsmålet, ses der ingen signifikante forskelle til de øvrige 275 deltagere ved baseline. Der ses imidlertid ingen positiv udvikling fra baseline til 1. opfølgning eller 2. opfølgning for deltagere på hold på tværs.

FIGUR 5.6

Andel der ønsker at være mere fysisk aktive – fordelt på køn i svar- og referencegruppen



Motivation

Figur 5.6 viser, at en langt større andel af svargruppen ønsker at være mere fysisk aktive (84%) sammenlignet med referencegruppen (60%). Det gælder både mænd og kvinder. Der er ingen signifikant udvikling i motivation til at være fysisk aktiv ved 1. og 2. opfølgning (ikke vist).

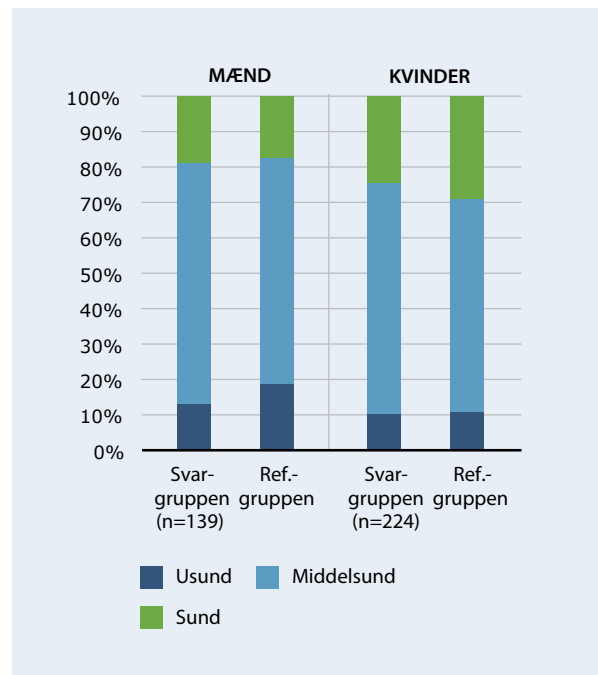
5.4 Kost

Der er otte spørgsmål med underspørgsmål vedrørende kost. I det følgende præsenteres resultater fra udvalgte analyser.

Deltagernes kostmønster vurderes ud fra flere spørgsmål omhandlende fedtstof, frugt og grønt, kød og fisk.

FIGUR 5.7

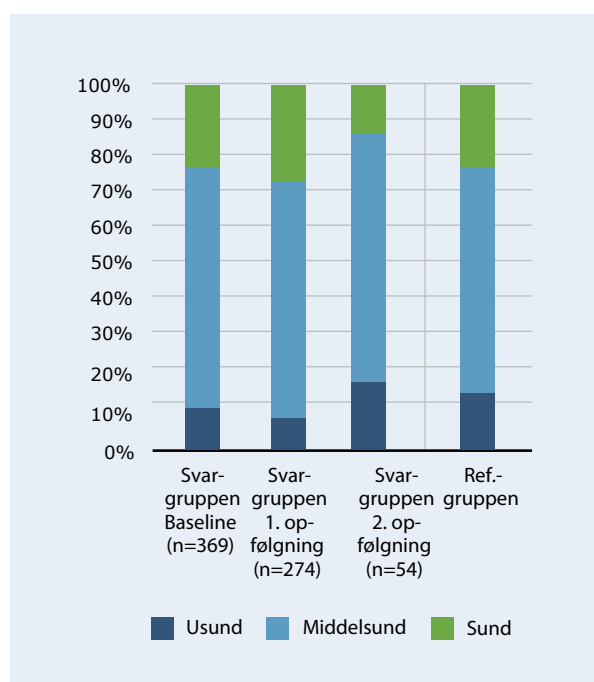
Kostmønster – fordelt på køn i svar- og referencegruppen



Figur 5.7 viser, at svargruppens kostmønster generelt kan beskrives som middelsundt og overordnet ligner referencegruppens. Mændene i svargruppen har dog et lidt sundere kostmønster end mændene i referencegruppen. Der er generelt en større andel kvinder, der har et sundt kostmønster, og færre der har et usundt.

FIGUR 5.8

Kostmønstre i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



Figur 5.8 viser kostmønstret ved baseline og 1. og 2. opfølgning. Der ses en lille ændring af andelen med et sundt kostmønster ved 1. opfølgning, som ikke kan genfindes ved 2. opfølgning, hvor andelen er mindre end ved baseline.

Blandt dem, der har svaret på spørgsmålet "Vil du spise mere sundt?," har 45% i såvel svargruppen som referencegruppen svaret, at de ønsker at spise mere sundt. Andelen, der ønsker at spise mere sundt, er uændret ved 1. og 2. opfølgning.

5.5 Rygning

I MoEva er der fem spørgsmål med underspørgsmål relateret til rygning. Sundhedsadfærd relateret til rygning beskrives ud fra udvalgte analyser: andelen af dagligrygere og motivation til rygestop.

TABEL 5.4

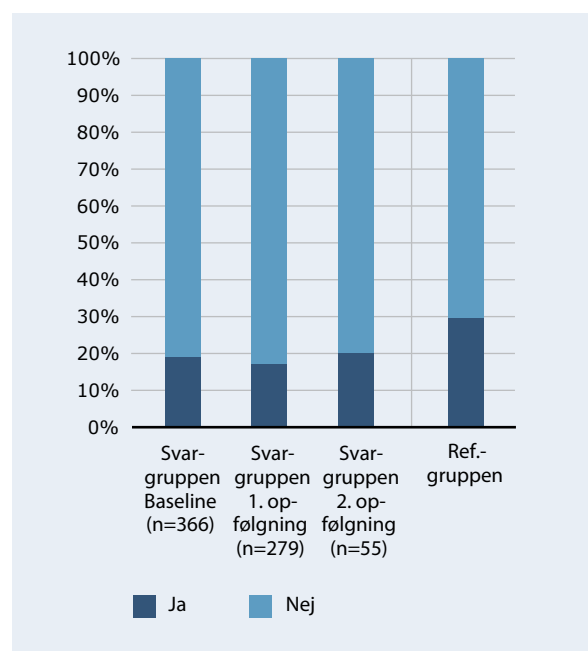
Dagligrygere – fordelt på køn i svar- og referencegruppen

	Svargruppen				Referencegruppen	
	Mænd %	Kvinder %	Mænd antal	Kvinder antal	Mænd %	Kvinder %
Dagligrygere	19	19	26	44	33	25

Tabel 5.4 viser, at andelen af dagligrygere for både mænd og kvinder i svargruppen er 19%. Hos både mænd og kvinder er andelen af rygere højere i referencegruppen med hhv. 33% og 25%.

FIGUR 5.9

Dagligrygere i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



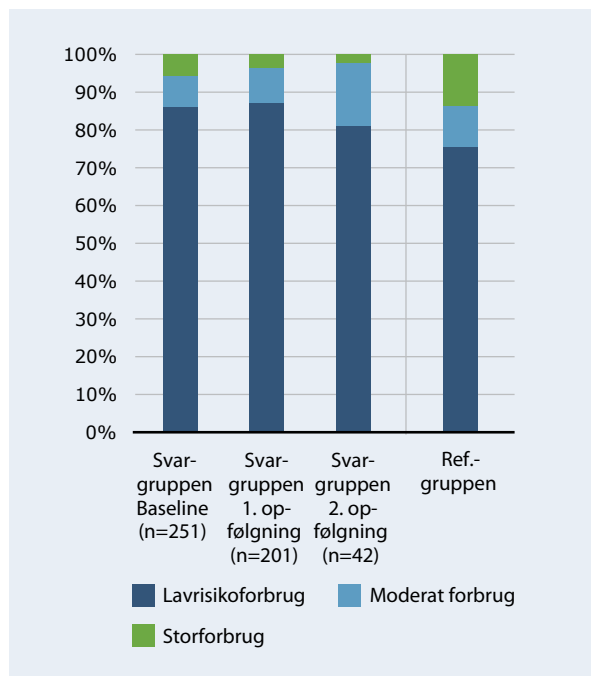
Figur 5.9 viser, at der ikke er sket større ændringer i andelen af dagligrygere fra baseline til 1. og 2. opfølgning. Blandt dem, der har svaret på spørgsmålet "Vil du holde op med at ryge?," ønsker 80% at holde op. I referencegruppen er det 70%, der ønsker at stoppe. Der ses ingen ændring fra baseline til 1. og 2. opfølgning.

5.6 Alkohol

I det følgende beskrives deltagernes sundhedsvaner relateret til alkohol. I MoEva er der syv spørgsmål med underspørgsmål, der beskriver alkoholforbrug, rusdrikkeri og motivation til ændring af alkoholvaner.

FIGUR 5.10

Alkoholforbrug i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



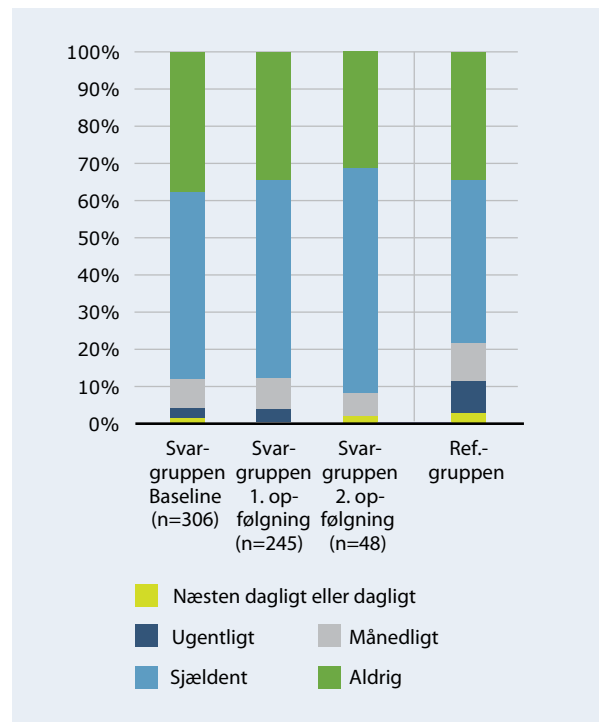
Figur 5.10 viser, at der er sket et lille fald i andelen, der har et stort alkoholforbrug fra baseline til 1. og 2. opfølgning. Sammenlignet med referencegruppen er andelen med et stort alkoholforbrug mindre i svargruppen.

Figur 5.11 viser, at der overordnet ikke ses ændringer fra baseline til 1. opfølgning eller 2. opfølgning. Andelen, der har et hyppigt rusdrikkeri, er lavere i svargruppen sammenlignet med referencegruppen.

På spørgsmålet "Vil du nedsætte dit alkoholforbrug?", har 3% angivet, at de vil ændre deres alkoholvaner, og andelen er uændret ved opfølgning. 8% af referencegruppen ønsker at ændre deres vaner (ikke vist).

FIGUR 5.11

Rusdrikkeri i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning – og i referencegruppen



5.7 Søvn

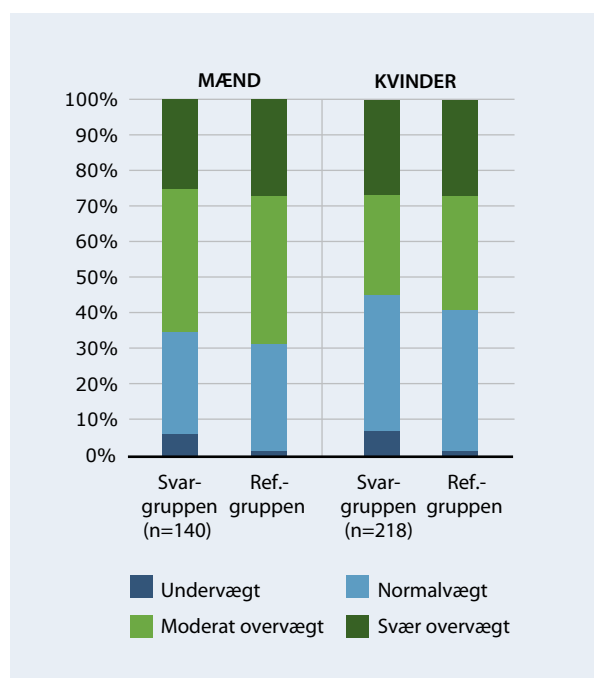
Deltagerne er adspurgt om deres søvnvaner. 329 deltagere har besvaret spørgsmålet. De oplyser deres gennemsnitlige søvn til at være 7,5 timer. I referencegruppen er den gennemsnitlige søvn 7,2 timer. Der er ingen signifikant forskel mellem svar- og referencegruppen (ikke vist).

5.8 BMI

Der er målt højde og vægt ved baseline og 1. og 2. opfølgning.

FIGUR 5.12

Vægtklasser fordelt på køn ved baseline
– svar- og referencegruppen



Figur 5.12 viser, at 65% af mændene i svargruppen og 68% af mændene i referencegruppen er overvægtige. 55% af kvinderne i svargruppen og 58% af kvinderne i referencegruppen er overvægtige. Når det gælder svær overvægt, er der ingen forskel mellem mænd og kvinder og mellem svar- og referencegruppe (25%). Der ses ingen ændringer i BMI fra baseline til 1. og 2. opfølgning (ikke vist).

At mestre dagligdagen – heiQ™

VIGTIGSTE FUND

- Ved 1. opfølgning ses en lille gruppeeffekt for domænerne 'sundhedsrelateret adfærd', 'konstruktive holdninger og tilgange' på 0,2 og 'færdigheder og hjælpemidler' på 0,3
- Ved 2. opfølgning ses en lille gruppeeffekt for 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler' på 0,3 og 'social integration og støtte' på 0,2
- Ved 1. opfølgning har 27,1% af svargruppen individuelle positive reliable ændringer for 'konstruktive holdninger og tilgange', 24,2% har for 'sundhedsrelateret adfærd', og 20,4% har for 'social integration og støtte'
- Ved 2. opfølgning har 20,5% af svargruppen individuelle positive reliable ændringer for 'konstruktive holdninger og tilgange', 18,8% har for 'sundhedsrelateret adfærd' og 23% har for 'social integration og støtte'
- Inden for næsten alle domæner har en større andel kvinder individuelle positive reliable ændringer sammenlignet med mænd. Forskellen er størst for 'konstruktive holdninger og tilgange', 'sundhedsrelateret adfærd' og 'social integration og støtte'
- Kun for 'navigering i sundhedsvæsenet' er andelen af mænd størst.

Måleværktøjet *Health Education Impact Questionnaire* (heiQ™) er et australsk spørgeskema til monitorering og evaluering af patientuddannelser og interventioner (Osborne et al. 2007; Nolte et al. 2007).¹ Det er målrettet mennesker med kronisk sygdom og fokuserer på mestring, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet. Spørgeskemaet består af 40 spørgsmåls, som opgøres på otte domæner, vist i tabel 5.5.

Skemaet indgår ved baseline og ved 1. og 2. opfølgning. Alle kommuner og Hospitalsenheden Vest har registreret heiQ™ ved baseline (n=362) og 1. opfølgning (n=242). Herning Kommune har ikke registreret ved 2. opfølgning, og de øvrige i mindre omfang (n=120).

Først undersøges om der ses en effekt på hele gruppen. Dernæst ses på individuelle reliable ændringer for hver enkelt svardeltager. Udregningsmetoder og tolkning af resultater er beskrevet under afsnittet statistisk metode (se s. 17).

¹ For flere informationer se www.heiq.org.au og www.crd.unimelb.edu.au/heiq

TABEL 5.5

Domæner i heiQ™ og fortolkningen heraf

Domæner		Fortolkning
1	Sundhedsrelateret adfærd	En høj score indikerer høj grad af sundhedsfremmende og forebyggende adfærd
2	Positivt og aktivt engagement i livet	En høj score karakteriserer personer, som er aktivt engagerede i livet, og som er motiverede for at forbedre deres levevilkår
3	Følelsesmæssigt velbefindende (omvendt skala)	En høj score identificerer personer, som har en høj grad af helbredsrelaterede negative følelser, negative holdninger til livet og høj grad af angst, stress, vrede og depression
4	Selvmonitorering og indsigt	En høj score identificerer selvmonitorering, egenomsorg, at personen sætter fornuftige grænser og mål og har indsigt i det at leve med et helbredsproblem
5	Konstruktive holdninger og tilgange	En høj score identificerer individer, som forsøger at minimere konsekvenserne af sygdommen, og som er besluttet på ikke at lade sygdommen kontrollere deres liv
6	Færdigheder og hjælpemidler	En høj score er karakteristisk for personer, som har højt udviklede færdigheder til at lette symptomer og teknikker til at håndtere eget helbred
7	Social integration og støtte	En høj score indikerer en høj grad af social integration, god oplevelse af støtte, at personen søger støtte fra andre og ikke oplever sygdomsrelateret isolation
8	Navigering i sundhedsvæsenet	En høj score karakteriserer personer, som har tillid til deres evne til at kommunikere med sundhedsprofessionelle, og som har en god forståelse for på hvilke måder, sundhedsvæsenet kan imødekomme deres behov

TABEL 5.6

Gruppeseffekt for de otte heiQ™-domæner ved 1. og 2. opfølgning

heiQ-domæner	Gruppeseffektstørrelse			
	1. opfølgning	signifikant	2. opfølgning	signifikant
1. Sundhedsrelateret adfærd	0,2	Ja	0,1	Nej
2. Positivt og aktivt engagement i livet	0,1	Ja	0,3	Ja
3. Følelsesmæssigt velbefindende	0,1	Nej	0,1	Nej
4. Selvmonitorering og indsigt	0,1	Ja	0,1	Nej
5. Konstruktive holdninger og tilgange	0,2	Ja	0,3	Ja
6. Færdigheder og hjælpemidler	0,3	Ja	0,3	Ja
7. Social integration og støtte	0,1	Ja	0,2	Ja
8. Navigering i sundhedsvæsenet	0,0	Nej	0,0	Nej

Tabel 5.6 viser, at der er signifikante forskelle mellem baseline og 1. opfølgning ved seks af de otte domæner. Undtaget er 'følelsesmæssigt velbefindende' og 'navigering i sundhedsvæsenet'. Gruppeneffekter kategoriseres i lille, middel og høj, hvor lille er 0,2-0,49. Der ses en lille gruppeeffekt for domænerne 'sundhedsrelateret adfærd', 'konstruktive holdninger og tilgange' på 0,2 og 'færdigheder og hjælpemidler' på 0,3.

Ved 2. opfølgning ses en lille gruppeeffekt for 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler' på 0,3 og 'social integration og støtte' på 0,2.

Tabel 5.7 viser de individuelle reliable scorer ved baseline og ændringer ved 1. opfølgning for hver svardeltager. Der er positive reliable ændringer inden for alle domæner fra 7,8 til 24,2. For 'konstruktive holdninger og tilgange' og 'sundhedsrelateret adfærd' er der

væsentlige reliable positive ændringer hos henholdsvis 27,1% og 24,2% af svargruppen. For 'social integration og støtte' ses positive reliable ændringer hos 20,4%.

Tabel 5.8 viser andel med positive reliable ændringer fordelt på køn. Inden for næsten alle domæner har en større andel kvinder individuelle positive reliable ændringer sammenlignet med mænd. Forskellen er størst for 'konstruktive holdninger og tilgange', 'sundhedsrelateret adfærd' og 'social integration og støtte'. Kun for 'navigering i sundhedsvæsenet' er andelen af mænd størst.

Tabel 5.9 viser positive reliable ændringer inden for alle domæner fra 11,6% til 23,3%. Hos 23,3 % af svargruppen er der en reliable positiv ændring for 'social integration og støtte'. 20% har reliable positive ændringer på 'konstruktive holdninger og tilgange' og 'færdigheder og hjælpemidler'.

TABEL 5.7

Gennemsnitsscorer ved baseline og individuelle reliable ændringer ved 1. opfølgning

heiQ™-domæner	Baseline			1. opfølgning		
	Antal	Gennemsnitsscore	SD*	Antal	Ændringer gennemsnitsscore	Andel med positive reliable ændringer (%)
1. Sundhedsrelateret adfærd	361	2,9	0,73	239	0,1	24,2
2. Positivt og aktivt engagement i livet	361	3,0	0,54	237	0,1	17,7
3. Følelsesmæssigt velbefindende	355	2,6	0,7	235	0,0	12,3
4. Selvmonitorering og indsigt	367	3,1	0,4	242	0,1	7,8
5. Konstruktive holdninger og tilgange	362	3,1	0,6	239	0,1	27,1
6. Færdigheder og hjælpemidler	360	2,8	0,6	238	0,2	16,3
7. Social integration og støtte	356	3,0	0,6	239	0,1	20,4
8. Navigering i sundhedsvæsenet	359	3,4	0,5	237	0,0	19,8

*Standard deviation (SD). Et udtryk for spredningen af observationer om en middelværdi

TABEL 5.8

Andel med positive reliable ændringer ved 1. opfølgning – fordelt på køn

heiQ™-domæner	Antal	Mænd	Kvinder
		Andel med positive reliable ændringer (%)	Antal Andel med positive reliable ændringer (%)
1. Sundhedsrelateret adfærd	90	20,0	150 26,7
2. Positivt og aktivt engagement i livet	89	15,7	149 18,8
3. Følelsesmæssigt velbefindende	89	11,2	147 12,9
4. Selvmonitorering og indsigt	90	7,8	153 7,8
5. Konstruktive holdninger og tilgange	90	18,9	150 32,0
6. Færdigheder og hjælpemidler	89	16,9	150 16,0
7. Social integration og støtte	89	15,7	151 23,2
8. Navigering i sundhedsvæsenet	89	23,6	149 17,5

TABEL 5.9

Gennemsnitsscorer ved baseline og individuelle reliable ændringer ved 2. opfølgning

heiQ™-domæner	Baseline			2. opfølgning		
	Antal	Gennemsnitsscore	SD*	Antal	Ændringer gennemsnitsscore	Andel med positive reliable ændringer (%)
1. Sundhedsrelateret adfærd	361	2,9	0,7	116	0,1	18,8
2. Positivt og aktivt engagement i livet	361	3,0	0,5	113	0,2	14,0
3. Følelsesmæssigt velbefindende	355	2,6	0,7	116	0,0	15,4
4. Selvmonitorering og indsigt	367	3,1	0,4	120	0,1	11,6
5. Konstruktive holdninger og tilgange	362	3,1	0,6	116	0,2	20,5
6. Færdigheder og hjælpemidler	360	2,8	0,6	119	0,2	20,0
7. Social integration og støtte	356	3,0	0,6	115	0,1	23,3
8. Navigering i sundhedsvæsenet	359	3,4	0,5	116	0,0	17,1

*Standard deviation (SD). Et udtryk for spredningen af observationer om en middelværdi

Tabel 5.10 viser, at for domænerne 'sundhedsrelateret adfærd', 'følelsesmæssigt velbefindende', 'færdigheder og hjælpemidler' og 'navigering i sundhedsvæsenet' er andelen med positive reliable ændringer størst i gruppen med lavt uddannelsesniveau. For 'positivt og aktivt engagement i livet', 'selvmonitorering', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'social integration og støtte' er andelen med højt uddannelsesniveau størst. Forskellene er ikke signifikante. Der er ikke lavet samme analyse ved 2. opfølgning på grund af det lavere antal besvarelser.

TABEL 5.10

Andel med positive reliable ændringer ved 1. opfølgning – fordelt på uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau	Lavt		Middel		Højt	
	Antal	Andel med positive reliable ændringer (%)	Antal	Andel med positive reliable ændringer (%)	Antal	Andel med positive reliable ændringer (%)
heiQ™-domæner						
1. Sundhedsrelateret adfærd	67	25,4	100	23	34	23,5
2. Positivt og aktivt engagement i livet	67	14,9	99	17,2	34	32,4
3. Følelsesmæssigt velbefindende	65	13,9	101	12,9	31	9,7
4. Selvmonitorering og indsigt	67	7,5	101	5	34	8,8
5. Konstruktive holdninger og tilgange	67	25,4	99	27,3	33	33,3
6. Færdigheder og hjælpemidler	67	22,4	99	12,1	34	14,8
7. Social integration og støtte	66	21,2	100	14	33	27,3
8. Navigering i sundhedsvæsenet	65	23,1	100	18	32	21,9

Følelse af sammenhæng i tilværelsen – SOC

VIGTIGSTE FUND

- 73% af svargruppen har ved baseline en høj Sense of Coherence, 14% en middel og 12% en lav
- 97% har ved 1. og 2. opfølgning en høj Sense of Coherence, og 3% har en middel.

Aron Antonovskys koncept om 'en følelse af sammenhæng' (Sense of Coherence, SOC) kan være en måde at beskrive psykiske og sociale forholds sammenhæng med sundhed og sygdom (Antonovsky 1987). Spørgeskemaer til undersøgelse af SOC findes i flere versioner bestående af enten 29, 13 eller 3 spørgsmål (jf. også side 17).

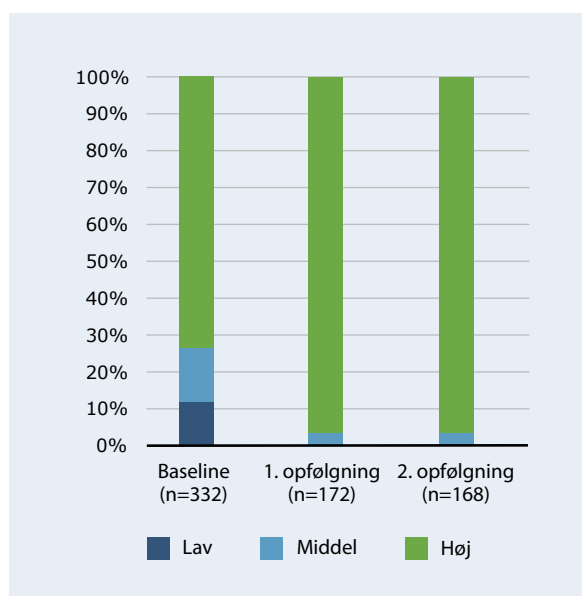
I MoEva benyttes udgaven med tre spørgsmål – et om hver dimension i SOC: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Lundberg et al. 1995; 1997; Larsen 2003). De tre spørgsmål er: "Oplever du tit at ting, som du kommer ud for i din dagligdag, er vanskelige at forstå?", "Plejer du at være god til at finde en løsning på problemer og vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse?" og "Plejer du at opleve din dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse?"

Spørgsmålene sammenfattes til et indeks for SOC, idet svarene scores med enten 0, 1 eller 2, således at respondenterne højest kan score 6 og mindst 0, og hvor en høj værdi indikerer en lav 'følelse af sammenhæng'. Scoren 0-6 inddeles i tre kategorier: et indeks med værdierne høj, middel og lav grad af oplevet sammenhæng i tilværelsen (Larsen 2003).

Alle kommuner og Hospitalsenheden Vest har registreret ved baseline (n=332) og ved 1. opfølgning (n=172), men i mindre udstrækning. Herning Kommune har ikke registreret ved 2. opfølgning (n=168).

FIGUR 5.13

Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen i svargruppen – ved baseline, 1. og 2. opfølgning



Figur 5.13 viser, at som udgangspunkt har deltagerne en høj SOC ved starten af L&M-forløbet, 27% har middel eller lav. Der er sket ændringer efter forløbet, og der er signifikant forskel mellem målingerne ved baseline og både 1. og 2. opfølgning. Ved opfølgning er der ingen andel med lav SOC, og andelen med middel er reduceret til 5%. Der er ikke signifikante forskelle mellem deltagere med lavt, middel eller højt uddannelsesnivea (ikke vist).



MoEva er et generisk modulopbygget spørgeskema til brug for monitorering og evaluering af patientuddannelser. Værktøjet har en kerne af spørgsmål, alle deltagere uanset diagnose besvarer, og enkeltmoduler, som besvares afhængigt af indholdet i den enkelte patientuddannelse. Værktøjet har taget udgangspunkt i spørgsmål fra befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* (Larsen et al. 2006; Larsen et al. 2011), et internationalt valideret spørgeskema til måling af mestring i patientuddannelser, heiQTM¹, og en udgave af SOC med tre spørgsmål valideret i et svensk studie (Lundberg & Nyström 1995; Lundberg 1997; Larsen 2003).

6.1 Udvikling, tilpasning og afprøvning

Udviklingen af værktøjet startede i 2006, og det blev taget i brug i 2007 på Lærings- og mestringsuddannelsen i de seks vestlige kommuner i Region Midtjylland – først som pilot og fra august 2008 til juni 2011 som led i evalueringen. Det er disse data, der danner grundlag for analyser og resultater i denne rapport.

MoEva er videreudviklet i den periode, det er benyttet. Dels er enkelte spørgsmål i HHDD 2010, Region Midtjylland ændret lidt for at tilgodese den fælles nationale kerne af spørgsmål i befolkningsundersøgelserne. Disse ændringer er overført til MoEva. Dels er heiQTM blevet oversat lege artis af Center for Folkesundhed (nu CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling), hvilket har betydet enkelte justeringer. Ændringerne i de nuværende skemaer, i forhold til de oprindelige som også indgår i vores data, er imidlertid så små, at vi har vurderet, at alle skemaer kunne analyseres under ét med små tilpasninger.

Udvikling og afprøvning af MoEva er sket parallelt med udviklingen og afprøvningen af L&M. Kommunerne har derfor på én gang skullet forholde sig til og uddannes i et nyt koncept og samtidigt forstå og acceptere nytten og nødvendigheden af at indsamle data til brug for monitorering og evaluering. Det sidste forudsætter stringens og en ensartet praksis i de forskellige kom-

muner. En praksis, som ikke altid er sammenfaldende med lokale behov og traditioner.

Det fordrer også en pædagogisk indsats fra 'udbyderne' i dette tilfælde Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, som vi ikke har levet op til. Vi var også i en udviklingsfase og erkendte ikke til fulde betydningen af den pædagogiske og koordinerende indsats. Hertil kommer, at vores planer om at kunne tilbyde informationer til kommunerne undervejs – gennem små relevante dataudtræk – ikke lykkedes. Værktøjet ligger som en internetapplikation, således at man fra enhver pc med internetforbindelse kan få adgang, hvis man er oprettet med brugernavn og adgangskode (Center for Folkesundhed 2009). Der var mange problemer med at oprette denne direkte adgang, og de første oplysninger blev udfyldt på papirskemaer. Det blev derfor ikke muligt for kommunerne løbende at trække data til brug for monitorering og kvalitetsudvikling af rekruttering, fastholdelse og indhold.

6.2 Indsamling af data – registreringspraksis

Det manglende pædagogiske fokus og den heraf mangelfulde indsats omkring dataindsamling sammenholdt med kommunernes manglende erfaringer på området har betydet, at registreringspraksis i kommunerne har været forskellig. Nogle har udleveret skemaet før den afklarende samtale, mens andre har bedt deltagerne udfylde skemaet i forbindelse med samtalen, og atter andre har udleveret skemaet ved samtalen og bedt deltagerne aflevere, når L&M-forløbet startede eller snarest herefter. Det kan have medført manglende opmærksomhed på, om skemaet nu også er udleveret til alle deltagere og efterfølgende afleveret, samtidig med at besvarelserne i nogle tilfælde er upåvirket af samtalen og i andre kan være påvirket. Vi ved ikke, hvad det betyder, men det er en mulig fejlkilde, når data bliver poolet og analyseret samlet.

¹ For flere informationer se: www.crd.unimelb.edu.au

Der er sket en registrering ved start: en basisregistrering, en registrering ca. tre måneder efter forløbets ophør: 1. opfølgning og en registrering efter et år: 2. opfølgning. Projektets mål for deltagerne er, at de styrker deres mestringsevne, får indsigt i, hvordan den kroniske sygdom påvirker dagligdagen, forbedrer deres sundhedsadfærd og styrker deres sociale relationer. MoEvas kernespørgsmål og forskellige moduler kan opfange og belyse alle de opstillede mål. Imidlertid varierer antallet af svar på de forskellige moduler allerede ved basisregistreringen, fra 434 for SF-12 til 251 for alkohol. HeiQ™ har 362 og SOC 332. Ved 1. opfølgning varierer antallet af besvarelser fra 332 for SF-12 til 201 for alkohol, altså et fald i registreringer som ikke svarer helt til antallet af registrerede gennemførte forløb på 379. For HeiQ™ var der 242 og for SOC 172 registreringer. Ved 2. opfølgning varierer det fra 62 for SF-12 til 42 på alkohol, et fald som ikke alene kan forklares ved, at en enkelt kommune slet ikke og hospitalet kun i meget begrænset omfang registrerede ved 2. opfølgning. Kun 224 deltagere kan registreres to gange, fordi nogle hold først startede i efteråret 2010. Det højeste antal besvarelser findes for HeiQ™ med 120 og SOC med 168, hvilket for sidstnævnte kun er et fald på 4 fra 1. til 2. opfølgning. De fleste kommuner oplyser, at de har udleveret skemaer ved baseline og både 1. og 2. opfølgning, men også at de ikke har været så påpasselige med at få dem samlet ind eller rykke for manglende besvarelser. De har heller ikke understreget betydningen af, at alle spørgsmål og spørgsmålskategorier skulle besvares.

Registreringspraksis er som tidligere nævnt ikke ensartet, og data er ikke indsamlet systematisk og med tydelig angivelse af, hvordan proceduren har været omkring instruktion ved udlevering og efterfølgende indsamling. Der ligger en betydelig opgave i at forbedre både registreringspraksis og datakvalitet. Det er en stor udfordring for kommunerne, både fordi det er nyt, og fordi så mange i yderste led er ansvarlige for indsamling. Men det er en lige så stor udfordring for dem, der skal samle og bearbejde data. De har en stor

pædagogisk opgave og en koordinerende funktion og rolle, som er afgørende for, at det kan lykkes. Samtidigt skal kommunerne kunne se nytten af at indsamle data, som kan bruges til at vise udbytte og effekt, og de skal også have direkte udbytte af deres anstrengelser undervejs, så de løbende kan monitorere og fortsat udvikle kvaliteten af deres tilbud.

6.3 Plads til forbedringer

– fortsat udvikling

Værktøjet udvikles fortsat med udgangspunkt i blandt andet kommunernes erfaringer. Der har været kontakt til og dialog med alle kommuner i regionen i forbindelse med tilbud om implementering af værktøjet som led i kronikerstrategien og som led i de tildelte midler til implementering af patientuddannelser i kommuner og på hospitaler fra regeringens pulje fra 2010. Mange finder, at MoEva er omfattende og tungt at udfylde for deltagerne og for ressourcekrævende for kommunerne (Bligaard et al. 2011). Der er gjort forsøg på at reducere i antallet af spørgsmål og overveje, hvordan nogle moduler kan gøres valgfri, uden at der er fundet en fælles konsensus.

Flere kommuner ser gerne værktøjet yderligere reduceret (jf. op.cit.). På den anden side er det en vurdering fra CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, at såfremt værktøjet skal kunne bruges til monitorering og kvalitetsudvikling lokalt, samtidigt med at det kan give viden om effekt af patientuddannelser mere generelt, forudsætter det en obligatorisk kerne af spørgsmål, som både kan sige noget om rekruttering af deltagere til patientuddannelsen og noget om udbytte af forløbet for deltagerne, uanset diagnose og indhold i patientuddannelsen. Redskabets fortsatte udvikling skal også ses i lyset af de resultater, vi har opnået med det nuværende værktøj.

– registreringspraksis

Registreringspraksis skal forbedres, og her er der to parter: kommunen og regionen/en anden evaluerings-

eller forskningsinstitution. Kommunerne skal kunne se relevansen og nytten af at indsamle data, ellers bliver det svært for frontpersonalet at forklare borgerne, hvorfor de skal udfylde oplysninger om sociale forhold, helbred og trivsel, mestring og sundhedsadfærd. Kommunen skal etablere stringens og systematik i udlevering og indsamling på fastsatte tidspunkter og måske etablere en fast praksis til oplysning om formål med monitorering og evaluering, samt eventuel støtte til udfyldelse af skemaer.

Når borgere henvises til patientuddannelsen L&M, tilbydes de en afklarende samtale. Det gælder også for mange andre patientuddannelser. Hvis man betragter samtalen som en forløber for eller optakt til, men ikke som en del af et uddannelsesforløb, bør monitorerings- og evalueringsskemaer først udleveres, når borgeren i samarbejde med den professionelle har besluttet at deltage på et hold. Betragter man derimod samtalen som led i et uddannelsesforløb, vil det nok være mere hensigtsmæssigt, at skemaerne udfyldes før samtalen, så de også kan bruges under samtalen. Hertil kommer den praktiske håndtering, som måske bedst tilgodeses ved udlevering i forbindelse med samtalen og aflevering ved første mødegang. Der skal under alle omstændigheder træffes en argumenteret beslutning, som skal følges af alle, der indsamler data til eget brug og til en fælles evaluering.

I dette forsøgs- og udviklingsarbejde er der registreret ved baseline, ved 1. opfølgning efter ca. tre måneder efter kursets ophør, og ved 2. opfølgning efter 12 måneder fra starttidspunkt. Både registreringerne ved 1. og især 2. opfølgning er mangelfulde og udnytter ikke potentialet for ny viden om patientuddannelsernes udbytte og effekt for deltagerne. At registrere to opfølgninger medfører et ikke ubetydeligt tidsforbrug for kommunerne (Bligaard et al. 2011).

“Der er en gennemgående tendens til, at opnåede effekter aftager eller forsvinder over tid” (Sundhedsstyrelsen 2009).

Det kan overvejes at registrere ved baseline og seks til ni måneder efter et kursus ophør. Denne opfølgning er imidlertid en udfordring. Her er der behov for kreativt at overveje, hvorvidt udfyldelse af et evalueringsskema kan kombineres med en eller anden form for opfølgning på selve uddannelsesforløbet. Det vil alt andet lige kunne få flere deltagere til at svare. Ved kursets afslutning efter ca. tre måneder er det måske mere hensigtsmæssigt at få en vurdering af deltagernes tilfredshed med kursets forløb og indhold. Og hvis der er energi til mere, vil en opfølgning et år efter den første have større merværdi.

– pædagogisk opgave

Også regionen har et stort forbedringspotentiale. Fortsat udvikling af værktøjer til kvantitativ evaluering skal ske i samarbejde med brugerne inden for fastlagte rammer, fx fastholdelse af validerede spørgsmål, og spørgsmål, som kan give solid og relevant viden om effekt og udbytte. Muligheder for sammenligning med en referencegruppe, sådan som det er gjort i denne evaluering med HHDD, har vist sig at give nyttige oplysninger, om hvem der rekrutteres til L&M, herunder deltagernes sundhed, sundhedsadfærd og sociodemografiske profil.

Den pædagogiske introduktion til et værktøj skal lægges i faste rammer, og der skal løbende ske en opfølgning, som sikrer kvaliteten. Der skal udvikles og løbende tilbydes dataudtræk, som kan bruges i monitorering af rekruttering til uddannelsesforløb, fastholdelse af deltagere og udbytte for den enkelte deltager.

Vores viden om effekt af patientuddannelser er fortsat sparsom, ligesom vi er på jomfruelig grund, når det gælder, hvilke måleredskaber og værktøjer der bedst kan give den viden, vi efterlyser. Kun ved samarbejde og fælles hjælp kan vi få større indsigt i patientuddannelser, hvad angår effektevaluering og behov for monitorering, og på længere sigt opfylde sundhedslovens § 194 om forskning i regioner og kommuner.

Opsamling
– resultater og diskussion

7



"Kønsfordelingen er 70/30 (kvinder/mænd) ligesom hos den praktiserende læge, og vi har haft det vanskeligt med at få fat i de svageste 20% patienter med kronisk sygdom, men den kritik gælder for hele systemet og ikke kun os" (National koordinator i Nielsen 2010).

Denne udfordring refererer til patientuddannelsen 'Lær at leve med kronisk sygdom', men genfindes i mange andre patientuddannelser og er også omtalt i Sundhedsstyrelsens MTV-rapport (2009): "patientuddannelsesstilbud appellerer især til veluddannede, til kvinder og i det hele taget til personer, som i forvejen er ressourcestærke og forholdsvis selvhjulpne". Vi har i denne evaluering undersøgt, hvem der deltager på L&M-uddannelsen i seks vestlige kommuner og i Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland, og har sammenholdt med en baggrundsbefolkning i samme område og med de samme kroniske sygdomme (HHDD). I denne opsamling ser vi også på ligheder og forskelle med 'Lær at leve med kronisk sygdom' (Marthedal et al. 2011). Vi tager i vores opsamling udgangspunkt i de deltagere, der indgår i deltagergruppen og svargruppen.

PROFIL AF DELTAGERNE

7.1 Hold og køn

L&M-uddannelsen er gennemført som KOL-hold, hjerte-kar-hold, diabeteshold og hold på tværs af diagnoser. Der har også været et enkelt kræfthold. Ser vi samlet på holdene, er godt 60% af deltagerne kvinder og knap 40% mænd, mens der i referencegruppen er 45% kvinder og 55% mænd. Det er ikke lykkedes at få en kønsfordeling på holdene, som svarer til baggrundsbefolkningens, idet der fortsat er flest kvinder; men det bevæger sig i den rigtige retning. Tallene dækker imidlertid over forskelle inden for de forskellige hold.

56% af deltagergruppen har gået på et KOL-hold, og undersøges kønsfordelingen på KOL-hold, er 53% kvinder og 47% mænd, altså en næsten ligelig forde-

ling mellem mænd og kvinder. I referencegruppen er der en lige kønsfordeling mellem den andel mænd og kvinder, som oplyser, at de har KOL. 27% af deltagerne har deltaget på hold på tværs af diagnoser, og her er fordelingen 75% kvinder og 25% mænd. Dette svarer til den kønsfordeling, der rapporteres fra 'Lær at leve med kronisk sygdom', hvor 79% er kvinder, og 21% er mænd. Disse forskelle kan give anledning til overvejelser over, hvorfor et diagnosespecifikt hold som KOL kan tiltrække flere mænd, og faktisk en andel som svarer til kønsfordelingen i referencebefolkningen. Vi har desværre ikke et tilstrækkeligt antal deltagere på diabeteshold og hjerte-kar-hold til at kunne sige noget om kønsfordelingen på disse hold. Vi ved derfor ikke, om det skyldes, at diagnosespecifikke hold signalerer noget mere konkret og handlingsrettet, som appellerer mere til mænd, eller om det er sygdommen KOL per se.

Det er et forhold, som bør undersøges nærmere, da det kan have betydning for, hvordan fremtidige hold skal organiseres, og hvilket indhold de skal have for at tiltrække flere mænd. På L&M har der eksempelvis været fokus på fysisk aktivitet på KOL-hold og de øvrige diagnosespecifikke hold, men ikke på hold på tværs.

Deltagerne beskriver selv, hvordan det at gøre noget 'praktisk' sammen også styrker det sociale samvær. Det kan være madlavning, fysisk aktivitet eller en gåtur, som giver anledning til at se nye sider af hinanden og sammen grine, svovle eller bande. Flere deltagere peger på en større integration af fysisk aktivitet og socialt samvær på holdene (Wittrup 2011).

7.2 Alder og beskæftigelse

Deltagerne i svargruppen har en gennemsnitsalder på 62 år for kvinder og 64 år for mænd, hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra referencegruppen med et gennemsnit på hhv. 64 år og 63 år. Kursisterne på 'Lær

at leve med kronisk sygdom' har en gennemsnitsalder på 58 år.

I L&M-svargruppen er 83% uden for arbejdsmarkedet, hvoraf 57% er pensionister og 21% førtidspensionister. I referencegruppen er andelen uden for arbejdsmarkedet 77%, og i 'Lær at leve med kronisk sygdom' er andelen 58%. Den faldende andel uden for arbejdsmarkedet har en klar sammenhæng med det faldende aldersgennemsnit. Et andet forhold, som har været nævnt i forbindelse med L&M, er, at den manglende tilslutning til L&M af de yngre aldersgrupper med kronisk sygdom kan bero på, at deltagelse foregår i dagtimerne og forudsætter, at folk i arbejde tager fri.

Et mere fleksibelt tidspunkt for afholdelse af patientuddannelse kan måske tiltrække flere yngre og flere mænd. I vores materiale er en højere andel mænd i beskæftigelse i referencegruppen end i svargruppen, hhv. 26% og 19%. Blandt kvinder er det 18% i referencegruppen og 16% i svargruppen. En medvirkende årsag til en større andel kvinder på L&M kan bero på, at der for de fleste kvinder i den potentielle målgruppe ikke er tidsmæssige begrænsninger for at deltage.

7.3 Social position

I L&M-svargruppen dominerer andelen med lavt og middel uddannelsesniveau hos både mænd og kvinder, dog således at andelen med lavt uddannelsesniveau er større hos kvinder end mænd. Andelen med et højt uddannelsesniveau er for begge køn ca. 18%. Social position udtrykt ved en uddannelsesparameter er bedre i svargruppen end i referencegruppen, hvor andelen med lavt uddannelsesniveau i sidstnævnte er lidt større. Forskellen er størst for kvinder.

I 'Lær at leve med kronisk sygdom' er der benyttet højeste fuldførte uddannelse som variabel, og også her er der tre niveauer: grundskole, erhvervsuddannelse

og gymnasial/videregående uddannelse. 27% har en gymnasial/videregående uddannelse, hvilket kunne tyde på en bedre social position for deltagerne på 'Lær at leve med kronisk sygdom'.

Et andet mål for social position er et levekårsressourceindeks (Larsen 2003). Indekset består af otte items i en etnisk dansk befolkning, hvor hvert item repræsenterer en ressource, som den enkelte kan bruge til at fremme sin trivsel og livskvalitet. Jo flere ressourcer, jo større muligheder for at individuelle mål i tilværelsen kan realiseres. I denne evaluering er det kun muligt at opnå syv ressourcer, da der ikke i den første udgave af MoEva er spurgt til bolig. 0 er dårligst og 7 bedst.

Andelen med 0, 1 eller 2 ressourcer i svargruppen er 78% for mænd og 81% for kvinder, hvilket er en større andel end i referencegruppen med hhv. 62% og 77%. Forskellen hos mændene kan delvis forklares med en større andel beskæftigede i referencegruppen. Imidlertid genfindes forskellen, hvis vi alene sammenligner borgere uden for arbejdsmarkedet, men forskellen reduceres for mænd fra 16% til 9%. Det kan tyde på, at det er lykkedes at rekruttere borgere med få ressourcer til L&M.

I denne evaluering, hvor fire femtedel er uden for arbejdsmarkedet, viser ressourceindekset nogle begrænsninger. Tre ressourcer i indekset er direkte knyttet til, om respondenter er i arbejde: 'erhvervsindkomst', 'funktionær/selvstændig', 'lederjob'. Tillige er ressourcen 'årsindkomst på 250.000 kr. eller mere' ikke et rigtig godt mål for mennesker på pension. Dette indskrænker ressourceindeksets relevans som bredt mål for social position for mennesker, der har nået pensionsalderen. Tidligere analyser har vist, at levekårsressourceindekset er en god indikator på sundhedstilstanden både på befolkningsniveau (Larsen 2003), for mennesker med psykisk sygdom (Vinther-Jensen et al. 2010) og for etniske minoriteter (Jakobsen 2010), idet der er vist en klar sammen-

hæng mellem få ressourcer og dårligt selv vurderet helbred.

Det bør overvejes at videreudvikle indekset, så det mere præcist kan beskrive ressourcer hos ældre mennesker på et kontinuum frem for ved tilknytning til en bestemt gruppe, som fx uddannelsesniveau eller indkomst. Ligesom der også er behov for at give en mere nuanceret forståelse af fordelingen af sundhed i den ældre del af befolkningen.

7.4 Social støtte, ensomhed og belastninger

Langt de fleste har hyppig kontakt med familie, de ikke bor sammen med, og med venner og bekendte. Og et flertal har social støtte, det gælder både i svar- og referencegruppen. Andelen, der ofte eller en gang imellem oplever ensomhed, er for kvinder 43% og for mænd 31%. Det er en større andel end i referencegruppen, hvor tallene er hhv. 32% og 24%. I begge grupper oplever kvinder oftere ensomhed, men på trods af kønsforskelle oplever en ikke ubetydelig andel af både mænd og kvinder ensomhed ofte eller en gang imellem. Det er et forhold, som hvis det ikke allerede er et fast punkt på L&M-uddannelsen, bør adresseres, dels for at afklare hvad der gemmer sig bag, dels for at arbejde med mulige handlinger og løsninger.

En større eller mindre andel af både svar- og referencegruppen føler sig belastet af alle de otte belastninger, der spørges til. For alle områder er andelen større i svargruppen, og forskellen er størst for 'egen sygdom', 'arbejde' og 'andre belastninger', som sammen med 'sygdom hos andre' er topscorere med 'egen sygdom' som den højeste i svargruppen (57%). Helt generelt er andelen af kvinder, der føler sig belastet, større end andelen af mænd. De største forskelle i svargruppen ses for 'arbejde', 'sygdom hos andre' og 'andre belastninger'. Det kan undre, at 'arbejde' scorer

højt, men der er spurgt til 'inden for de seneste 12 måneder', og det er muligvis en del af forklaringen. En anden mulighed er, at 'arbejde' opfattes som andet og mere end lønnet arbejde og fx omfatter hus- og havearbejde. Andre belastninger rummer bl.a. dødsfald blandt dine nærmeste og bekymringer pga. børn eller børnebørn. Det er belastninger, der måske afspejler typiske kvindelige bekymrings- og ansvarsområder i aldersgruppen.

Vi tillader os at konkludere, at det er lykkedes L&M at rekruttere deltagere, der føler sig mere belastede end referencegruppen af en lang række forhold i livet, og som derfor må forventes at have et større behov for støtte.

EFFEKT OG UDBYTTE

7.5 Helbred og funktionsevne

I denne evaluering er SF-12 benyttet som et mål for sundhed ved at beskrive deltagernes egen oplevelse af helbred og fysisk, psykisk og social funktionsevne. Oplysningerne gives ved baseline, hvor der sammenlignes med referencegruppen, og ved 1. og 2. opfølgning for at undersøge effekten af L&M.

I svargruppen oplyser 61% af mændene og 65% af kvinderne ved baseline, at de har et dårligt eller mindre godt helbred. Ser man alene på andelen, der har et dårligt helbred, er den for mænd 14% og for kvinder 12%. Kønsforskellen er ikke signifikant. Sammenlignes med referencegruppen, hvor andelen med et dårligt eller mindre godt helbred er 31% for mænd og 41% for kvinder, har svargruppen markant dårligere helbred. Man kan kun gisne om hvorfor.

L&M-deltagere udfylder spørgeskemaet i en situation, hvor de henvises, fordi de har en sygdom, og hvor flere har været igennem en afklarende samtale, som netop fokuserer på deres situation med en kronisk sygdom, mens referencegruppen udfylder som en del

af en befolkningsundersøgelse. Måske er der også flere henvisninger fra egen læge, hvis patienterne oplyser om dårligt helbred.

For hele svargruppen er andelen med dårligt eller mindre godt helbred faldet fra 64% til 47%; en andel, som holder sig frem til 2. opfølgning. Faldet er signifikant. Der er altså sket en forbedring af sundhed målt som 'helbred alt i alt'. Samtidigt skal det bemærkes, at andelen fortsat er højere end i referencegruppen (37%). Uanset forklaring kan vi konstatere, at L&M har rekrutteret borgere med dårligt selvrapporeret helbred, som må forventes at have mest brug for støtte, og at de har fået det bedre.

Fysisk funktionsevne og generel helbredstilstand kan både udtrykkes i fire skaler og en sumscore. Psykisk og social funktionsevne og psykisk helbredstilstand udtrykkes ligeledes i fire skalaer og en sumscore. På alle skalaer scorer svargruppen for både mænd og kvinder lavere end referencegruppen. Alle forskelle er signifikante. Svar- og referencegruppen scorer på alle skalaer under 50, hvilket er gennemsnit for en normalbefolkning. Befolkningen i Region Midtjylland i alderen 25-79 år bruges i denne analyse som referencebefolkning. Fra baseline til 1. og 2. opfølgning ses signifikante positive ændringer for: 'fysisk funktion', 'begrænsninger fysisk', 'fysisk smerte' og 'almment helbred'. For 'psykisk trivsel' og 'psykisk betingede begrænsninger' er der signifikante positive ændringer fra baseline til 1. opfølgning. For 'social funktion' ses signifikante positive ændringer fra baseline til 2. opfølgning.

Ses der på de to sumscorer for fysisk og psykisk helbred (SF-12), er svargruppens gennemsnitscore på 'fysisk helbred' og 'psykisk helbred' hhv. 34 og 46. Da referencegruppens gennemsnitsscore tilsvarende er hhv. 42 og 49, er der for 'fysisk helbred' en klinisk og socialt relevant forskel mellem svargruppen og referencegruppen. Ved baseline viser en opdeling på uddannelsesniveau ingen forskel på de to sumscorer.

7.6 Sundhedsadfærd

Andelen i svargruppen, der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, ændres i positiv retning fra baseline til 1. opfølgning og til 2. opfølgning på '2-3 dage' og '6-7 dage'. Ændringen er signifikant. Der er ligeledes en signifikant stigning på andelen, der dyrker idræt eller regelmæssig motion, fra baseline til 1. opfølgning. Der er således sket en klar forbedring af deltagernes fysiske aktivitetsniveau. Fysisk aktivitet har været en aktivitet på alle diagnosespecifikke hold, men ikke på hold på tværs, men også her genfindes de positive forandringer for fysisk aktiv mere end 30 minutter om dagen, men ikke for idræt og regelmæssig motion.

Der er ikke signifikante ændringer fra baseline og til 1. eller 2. opfølgning, hverken for kostmønster, rygning eller alkoholvaner. Helt generelt har svargruppen bedre sundhedsvaner end referencegruppen, fx er 19% i svargruppen dagligrygere hos både mænd og kvinder. I referencegruppen gælder det 33% af mændene og 25% af kvinderne.

En større andel i svargruppen er fysisk aktive, en mindre andel har et stort alkoholforbrug og rusdrikkeri. Der er også overvejende en større motivation til at ændre sundhedsvaner. 80% i svargruppen ønsker at være mere fysisk aktive mod 60% i referencegruppen. 45% i såvel svar- som referencegruppen ønsker at ændre kostvaner, 80% i svargruppen ønsker at holde op med at ryge mod 70% i referencegruppen. Med alkohol forholder det sig lidt anderledes. Kun 3% i svargruppen ønske at nedsætte forbruget mod 8% i referencegruppen, hvilket kan afspejle det lidt højere forbrug i denne gruppe. Den ringe motivation til at ændre alkoholvaner genfindes i befolkningsundersøgelsen HHDD.

En typisk eller 'gennemsnitsprofil' af en kvindelig og mandlig deltager på L&M kan tegnes således:

Marie

Marie går på KOL-hold eller måske et hold på tværs af diagnoser. Marie er 62 år, hun bor enten sammen med sin mand eller alene og har børn, som er flyttet hjemmefra. Hun er uddannet eller har en kort videregående uddannelse og er i dag folke- eller førtidspensionist. Marie ryger ikke, spiser forholdsvis sundt, drikker kun lidt og bevæger sig flere gange om ugen. Marie er overvægtig, og hun synes, hun har et dårligt helbred. På trods af god kontakt til familie og venner og god mulighed for at få hjælp føler hun sig ofte ensom. Marie føler sig meget belastet, og det er især hendes egen sygdom, som påvirker hende. Men også andres sygdom og når nogen hun kender dør, belaster hende. Hun bekymrer sig om sine børn og børnebørn. Hun har kun få ressourcer.

Peter

Peter går på KOL-hold. Han er 64 år, bor enten med sin kone eller mindre sandsynligt alene og har børn, som er flyttet hjemmefra. Han er faglært eller har en kort videregående uddannelse og er i dag folke- eller førtidspensionist. Hvis han arbejder, er det som funktionær eller tjenestemand. Peter ryger ikke, spiser ikke helt så sundt som Marie, drikker med måde og bevæger sig flere gange om ugen. Peter er overvægtig, og han synes, han har et dårligt helbred. Peter har ikke helt så god kontakt til familie og venner som Marie, og alligevel føler han sig sjældnere ensom. Peter føler sig ligesom Marie belastet, og for ham skyldes det især hans sygdom. Hans arbejde er også stærkt belastende, såfremt han er i arbejde. Han har kun få ressourcer.

7.7 At mestre dagligdagen – heiQ™

At mestre dagligdagen måles ved hjælp af et australsk udviklet og valideret spørgeskema, *Health education impact questionnaire* (heiQ™)¹, til brug i patientuddannelser og interventioner med fokus på mestring,

selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet. HeiQ™ er i den autoriserede oversættelse, som er gennemført af Center for Folkesundhed (nu CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling), Region Midtjylland, valideret i forbindelse med et ph.d.-studie, som er forankret på Bispebjerg Hospital (se note 2, side 67).

Skemaets 40 spørgsmål er placeret tilfældigt, men indgår i otte forskellige domæner: 'sundhedsrelateret adfærd', 'positivt og aktivt engagement i livet', 'følelsesmæssigt velbefindende', 'selvmonitorering og indsigt', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler', 'social integration og støtte', 'navigering i sundhedsvæsenet'. Der måles ændringer for hvert enkelt domæne. Dels på gruppeeffekt, som kategoriseres som lille, mellem og stor, dels på individuelle reliable ændringer for hver enkelt deltager, som måles i procent af deltagere, hvor der kan registreres ændringer. 360 har besvaret heiQ™ ved baseline, 242 har besvaret ved 1. opfølgning og 120 ved 2. opfølgning. Det er i denne undersøgelse det næststørste antal besvarelser for et modul ved 2. opfølgning.

Der er signifikante forskelle målt på gruppeeffekt mellem baseline og både 1. og 2. opfølgning på fire domæner: 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler', 'social støtte og integration'. Fra baseline til 1. opfølgning er der tillige signifikante forskelle på yderligere to domæner: 'sundhedsrelateret adfærd', 'selvmonitorering og indsigt'. Der er opnået en lille gruppeeffekt (0,2-0,49) ved både 1. og 2. opfølgning for domænerne 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler'. Ved 1. opfølgning er der tillige en lille gruppeeffekt for 'sundhedsrelateret adfærd', som ikke genfindes ved 2. opfølgning. Til gengæld er der ved 2. opfølgning en lille gruppeeffekt for 'positivt og aktivt engagement i livet' og 'social integration og støtte'.

Målt på individuelle reliable ændringer kan der fra baseline til 1. opfølgning ses positive ændringer for alle domæner. De varierer fra 7,8% ved 'selvmonitorering og indsigt' til 20,4% ved 'social integration og støtte', 24,2% ved 'sundhedsrelateret adfærd' og 27,1% ved 'konstruktive holdninger og tilgange'. For alle domæner er andelen af kvinder med positive ændringer større end andelen af mænd, bortset fra 'navigering i sundhedsvæsenet', hvor 23,6% af mændene viser positive ændringer. En opdeling på uddannelsesniveau viser ikke signifikante forskelle mellem deltagere med lavt, middel og højt uddannelsesniveau, og der ses heller ikke en entydig tendens.

Fra baseline til 2. opfølgning ses fortsat individuelle reliable ændringer for alle domæner fra 11,6% ved 'selvmonitorering og indsigt' til 20,0% ved 'færdigheder og hjælpemidler', 20,5% ved 'konstruktive holdninger og tilgange' og 23,3% ved 'social integration og støtte'.

Foreløbige resultater fra et ph.d.-projekt omhandlende patienters perspektiver på diabetes-patientuddannelse i Region Hovedstaden – med inklusion af fem kommuner og to diabetesambulatorier – viser positive individuelle reliable ændringer fra 18,4% ved 'social integration og støtte' til 31,6% ved 'færdigheder og hjælpemidler', 38,2 ved 'navigering i sundhedsvæsenet' og 40,8% ved 'selvmonitorering og indsigt' (Personlig meddelelse)². De domæner, hvor der ses størst positiv individuel ændring, er forskellige i de to undersøgelser og afspejler meget sandsynligt det, der lægges vægt på i uddannelserne.

De domæner, hvor der ses den største positive forandring for deltagerne på L&M – både på gruppeeffekt og individuelle reliable ændringer – er 'sundhedsrelateret adfærd', 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler' og 'social integration og støtte'. De spørgsmål, der indgår i 'sundhedsrelateret adfærd', omhandler alle bevægelse og fysisk aktivitet, hvilket netop

er den eneste sundhedsadfærd, hvor der ses positive ændringer for deltagerne på L&M. Spørgsmålene i 'positivt engagement og støtte' koncentrerer sig om at foretage sig interessante ting i livet, gøre noget man godt kan lide, være aktivt involveret og få det bedste ud af livet. 'Konstruktive holdninger og tilgange' handler om at man kan håndtere sine problemer, så de ikke ødelægger og styrer tilværelsen og forhindrer en i at nyde livet. Livet er godt på trods af helbredsproblemer. 'Færdigheder og hjælpemidler' indeholder spørgsmål om, hvorvidt deltageren kan takle sine helbredsproblemer og ved, hvordan hun kan undgå, at symptomer begrænser livet. Endelig fokuserer 'social integration og støtte' på, om man har familie og venner, man kan tale med og regne med, og som forstår og tager sig af en, når man er syg eller har behov for hjælp. Det vedrører alt sammen i høj grad områder, som knytter sig til det at leve med og håndtere livet med en kronisk sygdom, og i mindre udstrækning den mere konkrete håndtering af selve sygdommen. Hvilket svarer helt til, hvad der er lagt vægt på, og hvad der er det centrale omdrejningspunkt i L&M.

Linda Siminerio, som i en amerikansk sammenhæng har arbejdet med patientuddannelse og diabetes gennem mange år, skelner mellem patientuddannelse og patientstøtte, hvor patientstøtte foruden sundhed også omfatter bl.a. sociale forhold og familien, og hvor der altid deltager en 'erfaren patient'. I den forståelse og den terminologi kan L&M kategoriseres som patientstøtte, og det er også på disse områder, der ses de største positive udviklinger.

– fortsat udvikling

De første forsøg med brug af heiQ™ i forbindelse med udbytte og effekt af patientuddannelser i Danmark virker lovende, hvilket svarer til australske erfaringer (Elsworth 2011; Nolte et al. 2007), men der er behov for at afprøve det i nye sammenhænge, før det kan afgøres, om det kan anbefales som et værdifuldt redskab.

2 Ph.d.-studerende, cand.scient.san.publ. Ditte Hjorth Laursen, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden.

I forbindelse med den første autoriserede oversættelse var der nogle formuleringer, vi ikke fandt helt i overensstemmelse med dansk sprogbrug og forståelse, men det var ikke muligt på det tidspunkt at skabe lydhørhed for vores indvendinger. Ditte Hjorth Laurson (note 2, side 67) har gennemført telefoninterview med de diabetespatienter, der har udfyldt heiQ™. Hun har erfaret, at der var nogle spørgsmål, som flere deltagere oplevede uforståelige og uden mening. Det drejer sig om nogle af de samme spørgsmål, hvor vi havde indvendinger. Vi har efterfølgende undersøgt, om vi kan finde en systematik i ubesvarede spørgsmål, hvilket ikke er tilfældet. Vi har alligevel i samarbejde med Ditte Hjorth Laurson besluttet at afprøve skemaet sammen med 11 udvalgte personer, som vi observerer, mens de udfylder, og som vi efterfølgende interviewer. Vi vil sammen udarbejde en version 2 med udgangspunkt i resultaterne fra undersøgelsen. Det sker med tilladelse fra Richard Osborne, som har copyright til heiQ™.

7.8 Sense of Coherence – SOC

‘En følelse af sammenhæng’ (Sense of Coherence) er et samlebegreb for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Det fokuserer på de psykiske og sociale forhold, som fører til sundhed. Salutogenese har Antonovsky kaldt det som modsætning til patogenese (Antonovsky 1987). Flere af de seks deltagende kommuners sundhedspolitik bygger på denne tankegang og har direkte nævnt Antonovsky i politikken (Knudsen 2012).

I L&M måles SOC ved hjælp af tre spørgsmål, et for hver af de tre dimensioner (Lundberg 1997; Larsen 2003). Svarene sammenfattes til et indeks med høj, middel eller lav SOC. 73% af svargruppen har ved baseline høj, 15% middel og 12% lav SOC. Ved 1. opfølgning har 95% høj, 5% middel og ingen lav. Dette er også tilfældet ved 2. opfølgning. Der ses altså en markant og signifikant ændring fra baseline. Der er ikke signifikante forskelle

mellem deltagere med lavt, middel eller højt uddannelsesniveau.

Lundberg (1997) fandt i sin undersøgelse 19% med middel og lav, idet han har benyttet en dikotom skala med den begrundelse, at kun få har lav SOC, og at der ikke er stor forskel på helbredsstatus mellem lav og middel sammenlignet med høj. Undersøgelsen omfattede 4.390 borgere i Sverige i alderen 15-75 år.

Larsen (2003) fandt 81% med høj, 13% med middel og 6% med lav SOC i en undersøgelse med 3.879 borgere mellem 25 og 74 år. Han har desuden anvendt en analysemodel, hvor selv vurderet helbred er den afhængige variabel, SOC er en af de mellemkommende variable, og uddannelsesniveau, levekårsressourcer (social position), køn og alder (demografi) er uafhængige variable. Analysen viser, at der er en sammenhæng mellem lav SOC og på den ene side dårligt selv vurderet helbred og på den anden side lavt uddannelsesniveau og få levekårsressourcer (social position). SOC kan i denne analyse forklare en mindre del af forskellen i helbred på de forskellige uddannelsesniveauer: 7,2% for lavt og 7,8% for middel uddannelsesniveau. Høj er reference.

Andelen i svargruppen med høj SOC er ved både 1. og 2. opfølgning højere end andelen i både den danske og svenske befolkningsundersøgelse, hvorimod andelen er mindre ved baseline. Der ses heller ingen sociale forskelle målt ved en uddannelsesparameter. Det er således lykkedes gennem et L&M-forløb at skabe ændringer, så næsten alle deltagere oplever høj SOC, uanset social position.

Referencer

- Antonovsky A
Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- Bligaard D, Knudsen RK, Hansen RK, Svendsen B, Vinther-Jensen K, Christensen HJR
Evaluering af projekt Sundheds- og Patientskolen. Norddjurs Kommune og Region Midtjylland; 2011.
- Bøgelund M, Mønsted C
Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering. København: Hjertereforeningen; 2010.
- Center for Folkesundhed
Sundhedsprofiler på arbejde. mi(d)t Liv 2009;1. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
- Cohen J
Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
- Danmarks Statistik
Dansk Uddannelses-Nomenklatur, DUN; 2006.
- Diderichsen F, Andersen I, Manuel C
Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- Elsworth G
Warrejo Community Health – heiQ Results. Draft 11/04/2011. Ikke publiceret.
- Jakobsen IH
Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark – en kvantitativ analyse med fokus på socioøkonomisk og social position. Speciale. Aarhus Universitet: Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse; 2010.
- Knudsen BT
Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – Evaluering af kompetencer, organisering og implementering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.
- Knudsen BT, Drejø KL, Vinther-Jensen K, Wittrup I, Nørgård D
Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.
- Larsen FB
Selvvalderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? 2003;2. Aarhus: Århus Amt; 2003.
- Larsen FB
Hvad ved vi om sociale netværk og sundhed. Liv 2004;3. Aarhus: Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt.
- Larsen FB, Nordvig L
Hvordan har du det? 2006. Sundhedsprofil for region og kommuner. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; 2006 (2. rev. oplag 2008).
- Larsen FB, Ankensen PV, Poulsen S
Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; 2011.
- Lundberg O
Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. Social Science & Medicine 1997;44:6 pp. 821-831.
- Lundberg O, Nyström MP
A simplified way of measuring sense of coherence. European Journal of Public Health 1995;5:1.
- Maassen GH
Principles of Defining Reliable Change Indices. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2000;22:5 pp. 622-632.
- Maassen GH
The standard error in the Jacobson and Truax Reliable Change Index: The classical approach to the assessment of reliable change. Journal of the International Neuropsychological Society 2004;10 pp. 888-893.
- Marthedal AB, Johansen KS, Nielsen A, Hansen AR, Jensen MB
Lær at leve med kronisk sygdom. Evaluering af udbytte, selvvalderet effekt og rekruttering. København: DSI, Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- Meillier L
I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; 2007 p. 24.
- Nielsen AJ
Traveling technologies and transformations in health care. PhD Series 2010:36. Copenhagen Business School.
- Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH
The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: A national patient-reported outcomes survey. Patient Education and Counseling 2007;65 pp. 351-360. Epub 2006 Oct 5.
- Osborne RH
Translation of the Health Education Impact Questionnaire (heiQTM). Slides fra Deakin University. Melbourne; 2009.
- Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K
The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. Patient Education and Counseling 2007 May;66(2):192-201. Epub 2007 Feb 22.
- Sundhedsstyrelsen
Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11(3).
- Vinther-Jensen K, Larsen FB, Lou S
Patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse – et regionalt bidrag. In: Jørgensen P, Nordentoft M, Videbech P (red.). Forebyggelse af psykiske sygdomme. København: Munksgaard Danmark; 2010.

Ware J, Snow K, Kosinski M

SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality-Metric Incorporated; 1993.

Wittrup I

Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – Kvalitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2011.

Økonomi- og Indenrigsministeriet

De Kommunale Nøgletal. 2011 March 23 – www.noegletal.dk

WEBSITES

www.heiq.org.au

www.crd.unimelb.edu.au/heiq

www.cfk.rm.dk

Bilag

Bilag 1. Basisskema

Bilag 2. At mestre dagligdagen (heiQ™)

Bilag 3. En følelse af sammenhæng



Bilag 1

CPR _ _ _ _ _ Dato _ _ _ _ _
 dag måned år dag måned år

Helbred og trivsel

1 Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

2 Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter?
 I så fald hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

Ja, meget begrænset Ja, lidt begrænset Nej, slet ikke begrænset

2a	Krævende aktiviteter, som f.eks. at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b	Letere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c	At gå flere etager op ad trappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d	Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 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?

(Sæt ét X i hver linje)

Hele tiden Det meste af tiden Noget af tiden Lidt af tiden På intet tidspunkt

3a	Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b	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"/>

4 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?

(Sæt ét X i hver linje)

Hele tiden Det meste af tiden Noget af tiden Lidt af tiden På intet tidspunkt

4a	Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b	Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Højde og vægt

9 Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde _ _ _ cm. (fx 172 cm)

10 Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Skriv vægt _ _ _ kg.

11 Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav	<input type="checkbox"/>
Lidt for lav	<input type="checkbox"/>
Tilpas	<input type="checkbox"/>
Lidt for høj	<input type="checkbox"/>
Alt for høj	<input type="checkbox"/>

12 Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad	<input type="checkbox"/>
Ja, i nogen grad	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

5 Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de seneste 4 uger?

(Kun ét X)

Ingen smerter	<input type="checkbox"/>
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/>
Lette smerter	<input type="checkbox"/>
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/>
Stærke smerter	<input type="checkbox"/>
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/>

6 Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysiske smerter vanskeliggjort dit daglige arbejde? Både arbejde uden for hjemmet og husarbejde.

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

7 Hvor stor del af tiden i de seneste 4 uger har du:

	(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
7a	Følt dig rolig og afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b	Været fuld af energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c	Følt dig trist til mode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Inden for de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker? F.eks. besøge venner, familie osv.

(Kun ét X)

Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

Samvær med familie og venner

13 Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med? Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.

Dagligt eller næsten dagligt 1 eller 2 gange om ugen 1 eller 2 gange om måneden Sjældnere end 1 gang om måneden Aldrig

	(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
13a	Familie som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13b	Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13c	Kolleger eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13d	Naboer eller beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13e	Personer du mest kender fra internettet (mail, chatforum og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

15 Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Ja, nogen gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

16 Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?

(Sæt ét X i hver linje) Nej Ja, lidt Ja, en del Ja, meget

16a	Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16b	Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16c	Din arbejdsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16d	Forholdet til din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16e	Forholdet til familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16f	Sygdom hos dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16g	Sygdom hos partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16h	Dødsfald blandt dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16i	Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- skriv hvilke:

Børn og parforhold

17 Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(Kun ét X)

Gift	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 19
Registreret partnerskab	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 19
Separeret	<input type="checkbox"/>	} skriv hvornår du blev alene _ _ _ _ årstal
Skilt	<input type="checkbox"/>	
Enke(mand)	<input type="checkbox"/>	
Ugift	<input type="checkbox"/>	

18 Er du fast samlevende i papirløst samliv?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du tidligere haft en fast samlever? Ja Nej

19 Har du børn? Medregn både børn der bor hjemme og børn, der ikke bor hjemme.

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

20 Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?

- Skriv antal _ _

21 Når du tæller dig selv med, hvor mange personer på 16 år og derover bor der i din husstand?

(Kun ét X)

En	<input type="checkbox"/>
To	<input type="checkbox"/>
Tre	<input type="checkbox"/>
Fire	<input type="checkbox"/>
Fem eller flere	<input type="checkbox"/>

25 Hvilke indkomstkilder har du for tiden?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
25a Lønindkomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25b Anden erhvervsindkomst (f.eks. indtægter fra egen virksomhed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25c Indkomst der ikke kommer fra erhverv (f.eks. pension, SU, efterløn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26 Ejer du selv eller andre i din husstand

	Ja	Nej
... den bolig, du bor i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Hvor stor var din og din husstands indkomst sidste år før skat og andre fradrag (bruttoindkomst)

27a	Din egen indkomst	27b	Din husstands indkomst (inkl. din egen indkomst)
0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>	0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr.	<input type="checkbox"/>	100.000 - 149.000 kr.	<input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>	150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>	250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>	375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>
525.000 - 699.000 kr.	<input type="checkbox"/>	525.000 - 699.000 kr.	<input type="checkbox"/>
700.000 - 849.000 kr.	<input type="checkbox"/>	700.000 - 849.000 kr.	<input type="checkbox"/>
850.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>	850.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>

Uddannelse og arbejde

22 Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>
Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>

23 Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Faglært indenfor håndværk, handel, kontor m.v. (lærings- eller EFG-uddannelse)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. social- og sundhedsassistent, tekniker, merkonom)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. skolelærer, politbetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

24 Hvad er din uddannelse mere præcist?

- skriv hvad: _____

*** Denne side skal kun udfyldes, hvis du er i beskæftigelse nu ***

28 Hvad er din erhvervmæssige stilling?

(Kun ét X)

Selvstændig landmand	<input type="checkbox"/>
Selvstændig i øvrigt	<input type="checkbox"/>
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Arbejder faglært	<input type="checkbox"/>
Arbejder ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

Hvis anden, skriv hvilken: _____

29 Hvad er din stilling mere præcist? Nøjagtig angivelse: f.eks. butiksassistent i supermarkedet (ikke blot ansat i butik), kantorchef i kreditforening (ikke blot kantorchef)

- skriv hvad: _____

30 Er du offentligt ansat?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

31 Har du et lederjob?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 1-9 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 10-19 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 20 underordnede eller mere	<input type="checkbox"/>

32 Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

_____ timer om ugen

*** Denne side skal kun udfyldes, hvis du IKKE er i beskæftigelse nu ***

33 Hvad er din erhvervs-mæssige stilling?

(Kun ét X)

Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering	<input type="checkbox"/>
Uddannelsessøgende	
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Studerende	<input type="checkbox"/>
Skoleelev	<input type="checkbox"/>
Pensionister	
Alderspensionist	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Anden form for pension	<input type="checkbox"/>
Efterlønsmodtager, overgangsydelse	<input type="checkbox"/>
Andre	
Hjemmearbejdende husmor, husfar	<input type="checkbox"/>
Langtidssyg (3 måneder eller mere)	<input type="checkbox"/>
Værnepligtig	<input type="checkbox"/>
På kontanthjælp, bistandshjælp	<input type="checkbox"/>
Under revalidering	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>
Hvis andet, skriv hvad:	_____

34 Hvornår var du sidst i beskæftigelse?

År _ _ _ _ Måned _ _

Tidligere kursusforløb

35 Har du tidligere deltaget i kurser i sundhedsvæsenet?

evt. flere X'er

Nej	<input type="checkbox"/>
KOL eller astma-kursus	<input type="checkbox"/>
Hjerte-kurser	<input type="checkbox"/>
Diabeteskole	<input type="checkbox"/>
Rygestopkursus	<input type="checkbox"/>
Modtaget vejledning ved diætist	<input type="checkbox"/>
Patient-gruppe vedrørende kronisk sygdom	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>
- skriv hvilket:	_____

36 Har du tidligere deltaget i sundhedskurser f.eks. på aftenskole eller i patientforening?

evt. flere X'er

Nej	<input type="checkbox"/>
Sund madlavning	<input type="checkbox"/>
Tab i vægt kursus	<input type="checkbox"/>
Rygestopkursus	<input type="checkbox"/>
Gymnastik i forbindelse med kronisk sygdom	<input type="checkbox"/>
Patient-gruppe vedrørende kronisk sygdom	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>
- skriv hvilket:	_____

Mad (Sundhedsadfærd)

37 Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/aldrig
37a Smør, Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37b Minsarin eller plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37c Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37d Spiser brød uden fedtstof på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38 Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/aldrig
38a Pålæg, kød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38b Fiskepålæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38c Æg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38d Pålægssalater eller mayonnaisesalater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/aldrig
39a Kød (okse, kalv, svin, lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39b Fjerkræ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39c Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39d Grøntsags- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40 Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/aldrig
40a Blandt salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40b Andre rå grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

Mere end 1 gang om dagen

5-7 gange om ugen

3-4 gange om ugen

1-2 gange om ugen

Sjældnere/aldrig

41a Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41b Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41c Smør, kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41d Fedt/palmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41e Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41f Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41g Rapsolie, madolie, salatolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41h Laver mad uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41i Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her	<input type="checkbox"/>				

42 Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk eller 1 dl - medregn også frugtgrød og frugtmos

(Kun ét X)

Mere end 6 om dagen	5-6 om dagen	3-4 om dagen	1-2 om dagen	5-6 om ugen	3-4 om ugen	1-2 om ugen	Ingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43 Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt

(Kun ét X)

Meget sunde	<input type="checkbox"/>
Sunde	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde sunde	<input type="checkbox"/>
Usunde	<input type="checkbox"/>
Meget usunde	<input type="checkbox"/>

44 Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ved ikke	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------	----------	--------------------------

Rygning (Sundhedsadfærd)

45 Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 47 (midt på denne side)
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 47 (midt på denne side)
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 49 (nederst denne side)
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 50 (næste side)

46 Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

46a Antal cigaretter	__ __
46b Antal cerutter	__ __
46c Antal cigarer	__ __
46d Antal pipestop	__ __

47 Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	<input type="checkbox"/>

48 Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?

F.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

49 Har du tidligere røget hver dag?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Så meget er 1 genstand:

1 pilsner (33 cl)	1 glas vin (12 cl)	1 glas hedvin (8 cl)	1 glas spiritus (4 cl)
1 flaske stærk øl = 1,5 genstand			
1 flaske rødvin/hvidvin = 6 genstande			
1 flaske hedvin 70 cl = 10 genstande			
1 flaske spiritus 70 cl = 20 genstande			

57 Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Der er mulighed for at svare inden for kategorierne øl, vin/hedvin og spiritus.

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter også selv om svaret er 0)

	Antal genstande øl	Antal genstande vin/hedvin	Antal genstande spiritus
Mandag	__ __	__ __	__ __
Tirsdag	__ __	__ __	__ __
Onsdag	__ __	__ __	__ __
Torsdag	__ __	__ __	__ __
Fredag	__ __	__ __	__ __
Lørdag	__ __	__ __	__ __
Søndag	__ __	__ __	__ __

58 Hvor tit drikker du mere end 5 genstande ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

59 Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Alkohol (Sundhedsadfærd)

50 Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Gå til spørgsmål 60 (2 sider fremme)

51 Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

52 Er der nogen der, inden for de seneste 12 måneder, har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

53 Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

54 Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for "at berolige nerverne" eller holde "tømmermændene" kvit?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

55 Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>
4 dage	<input type="checkbox"/>
5 dage	<input type="checkbox"/>
6 dage	<input type="checkbox"/>
7 dage	<input type="checkbox"/>

56 Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

Bevægelse i dagligdagen (Sundhedsadfærd)

60 I de seneste 4 uger: Hvor mange timer og minutter sov du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn?

Timer	__ __	Minutter	__ __
-------	-------	----------	-------

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

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter - f.eks. motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid (gerne fordelt ud på dagen).

Ingen dage	<input type="checkbox"/>	4 dage	<input type="checkbox"/>
1 dag	<input type="checkbox"/>	5 dage	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>	6 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>	Hver dag	<input type="checkbox"/>

62 Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, hvad	<input type="checkbox"/>

63 Hvordan vurderer du din fysiske form?

(Kun ét X)

Virkelig god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Mindre god	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>

64 Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Bilag 2

At mestre dagligdagen (heiQ™)

CPR _ _ _ _ _
 dag måned år

Udfyldt d. Dato _ _ _ _ _
 dag måned år

Instrukser

Angiv venligst hvor meget du er uenig eller enig i følgende udsagn ved at markere det svar, som bedst beskriver din tilstand nu.

Eksempel

Jane Bygård har besvaret disse spørgsmål på følgende måde:

Sæt ét kryds

For tiden

Helt uenig
 Uenig
 Enig
 Helt enig

1. Jeg bekymrer mig ofte om mit helbred

2. Jeg foretager mig interessante ting i mit liv

For spørgsmål 1 viser Janes svar, at hun for tiden er helt enig i, at hun bekymrer sig om sit helbred.

For spørgsmål 2 viser Janes svar, at hun for tiden er uenig i udsagnet om, at hun foretager sig interessante ting i sit liv.

Besvar venligst følgende spørgsmål:

Sæt ét kryds

For tiden

Helt uenig
 Uenig
 Enig
 Helt enig

1 De fleste af ugens dage gør jeg mindst én ting for at forbedre mit helbred (eksempelvis gå ture, afspændingsøvelser, fysiske aktiviteter)

2 De fleste dage gør jeg noget, som jeg virkelig godt kan lide

3 Ud over lægebesøg, tjekker jeg selv regelmæssigt, om der er ændringer i min helbredstilstand

4 Jeg bekymrer mig ofte om mit helbred

Sæt ét kryds

For tiden

Helt uenig
 Uenig
 Enig
 Helt enig

5 Jeg forsøger at få det bedste ud af mit liv

6 Jeg ved hvad der udløser mine helbredsproblemer og gør dem værre

7 Mine helbredsproblemer gør mig meget utilfreds med mit liv

8 Jeg foretager mig interessante ting i mit liv

9 Jeg laver mindst én slags fysisk aktivitet i mindst 30 minutter hver dag (eksempelvis gå en tur, havearbejde, husarbejde, cykle, svømme)

10 Jeg planlægger inden for de nærmeste dage, at gøre noget for mig selv, som jeg godt kan lide

11 Jeg har et rigtigt godt kendskab til, hvornår og hvorfor jeg bør tage min medicin

12 Jeg føler ofte vrede, når jeg tænker på mit helbred

13 De fleste af ugens dage afsætter jeg tid til at gøre noget for min sundhed (eksempelvis går en tur, afspændingsøvelser, fysiske aktiviteter)

14 Jeg har en følelse af håbløshed på grund af mine helbredsproblemer

15 Jeg synes selv, jeg er aktivt involveret i livet

16 Når jeg har helbredsproblemer, har jeg et rigtigt godt kendskab til, hvad jeg skal gøre for at få dem under kontrol

© R.Osborne, K.Whitfield, G.Elsworth, heiQ™ BASELINE 3.0; Restricted License; Enquiries:+61 3 8344 7841; heiQ@unimelb.edu.au
 NO PART OF THE heiQ™ MAY BE OTHERWISE USED, REPRODUCED AND/OR ALTERED IN ANY FORM WITHOUT WRITTEN PERMISSION

© R.Osborne, K.Whitfield, G.Elsworth, heiQ™ BASELINE 3.0; Restricted License; Enquiries:+61 3 8344 7841; heiQ@unimelb.edu.au
 NO PART OF THE heiQ™ MAY BE OTHERWISE USED, REPRODUCED AND/OR ALTERED IN ANY FORM WITHOUT WRITTEN PERMISSION

Sæt ét kryds

For tiden

Helt uenig
Uenig
Enig
Helt enig

17 Jeg holder nøje øje med mit helbred, og gør hvad der skal til for at min sundhedstilstand forbliver så god som mulig

18 Jeg bliver forurolet, når jeg tænker på mit helbred

19 For at få motion går jeg en tur på mindst 15 minutter de fleste af ugens dage

20 Jeg har realistiske forventninger til, hvad jeg kan og ikke kan, mit helbred taget i betragtning

21 Hvis jeg tænker på mit helbred, bliver jeg deprimeret

22 Hvis jeg har brug for hjælp, har jeg mange, jeg kan regne med

23 Jeg har effektive måder til at undgå, at mine symptomer (eksempelvis ubehag, smerte og stress) begrænser, hvad jeg kan gøre i mit liv

24 Jeg har et meget positivt forhold til det sundhedspersonale, jeg har kontakt til

25 Jeg har en ret god fornemmelse for, hvordan jeg tackler mine helbredsproblemer

26 Når jeg har symptomer, så har jeg færdigheder der sætter mig i stand til at håndtere dem

27 Jeg prøver på ikke at lade mine helbredsproblemer forhindre mig i at nyde livet

28 Jeg har venner nok, som hjælper mig med at håndtere mine helbredsproblemer

© R.Osborne, K.Whitfield, G.Eisworth, heiQ™ BASELINE 3.0; Restricted License; Enquiries:+61 3 8344 7841; heiQ@unimelb.edu.au
NO PART OF THE heiQ™ MAY BE OTHERWISE USED, REPRODUCED AND/OR ALTERED IN ANY FORM WITHOUT WRITTEN PERMISSION

Sæt ét kryds:

For tiden

Helt uenig
Uenig
Enig
Helt enig

29 Jeg er meget tryk ved at tale med min læge om mine behandlingsbehov

30 Jeg har et godt kendskab, til hvilke hjælpemidler der kan gøre mit liv lettere

31 Når jeg føler mig syg, forstår min familie og andre omkring mig virkelig, hvad jeg går igennem

32 Jeg er tryk ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe mig

33 Jeg får dækket mine behov gennem eksisterende sundhedstilbud (eksempelvis fra læger, hospitaler og kommuner)

34 Mine helbredsproblemer ødelægger ikke mit liv

35 I det store og hele føler jeg, at mine venner og familie tager sig godt af mig

36 Jeg synes selv, jeg har et rigtigt godt liv, også når jeg har helbredsproblemer

37 Der er anledninger nok, hvor jeg kan tale om mine helbredsproblemer med folk, som forstår

38 Jeg indgår i et samarbejde med min læge og andet sundhedspersonale

39 Jeg lader mig ikke styre af mine helbredsproblemer

40 Hvis andre kan håndtere problemer som mine, så kan jeg også

© R.Osborne, K.Whitfield, G.Eisworth, heiQ™ BASELINE 3.0; Restricted License; Enquiries:+61 3 8344 7841; heiQ@unimelb.edu.au
NO PART OF THE heiQ™ MAY BE OTHERWISE USED, REPRODUCED AND/OR ALTERED IN ANY FORM WITHOUT WRITTEN PERMISSION

”Lærings- og mestringsuddannelsen til mennesker med kroniske lidelser” er et udviklings- og implementeringsprojekt med et patientuddannelsesforløb og et kompetenceudviklingsforløb for sundhedsprofessionelle. Projektet er forankret i bestemte sundhedspædagogiske principper, hvor brugerinddragelse, erfaringsudveksling, vidensformidling og lokal tilpasning er centrale omdrejningspunkter. Sundhedsprofessionelle planlægger og underviser sammen med ’erfarne patienter’.

Den kvantitative evaluerings formål er at undersøge, hvem der deltager i Lærings- og mestringsuddannelsen, og hvilket udbytte deltagerne får målt som helbredsstatus, fysisk og psykisk funktionsevne, sundhedsadfærd, mestringsevne og ’følelse af sammenhæng’. Der benyttes et monitorerings- og evalueringsværktøj, MoEva, som er udviklet i CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Værktøjet indeholder oplysninger om deltagernes socioøkonomiske baggrund, som bruges i analyserne af rekruttering til uddannelsesforløbet, og forskellige moduler som kan måle effekt og udbytte på de valgte sundheds- og trivselsmål. Værktøjet er generisk og fleksibelt og kan anvendes på tværs af sygdomme og i såvel kommuner som på hospitaler.