

Hvordan går det borgere i kommunale forebyggelses- sestilbud?

Udvikling i egenomsorg og selvvrderet helbred
baseret på MoEva data 2019-2024

2026



Hvordan går det borgere i kommunale forebyggelsestilbud?

Udvikling i egenomsorg og selvvurderet helbred baseret på MoEva data 2019-2024
2026

©DEFACTUM, Region Midtjylland, 2026

Rapporten er udarbejdet af:

Cecilie Rud Budtz, seniorkonsulent, DEFACTUM

Tina Veje Andersen, faglig leder, DEFACTUM

Analyser er udarbejdet af:

Alberte Lykke Larsen, praktikant

Nathalie Nors Thusgaard Mortensen, praktikant

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Tina Veje Andersen

Mail: tivane@rm.dk

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	4
2 Metode	5
2.1 Population.....	5
2.2 Variable.....	5
2.3 Analyser	6
3 Resultater	7
3.1 Deltagelse og bortfald.....	7
3.2 Frafaldsanalyse.....	10
3.3 Helbredsrelateret egenomsorg	11
3.3.1 Udvikling i helbredsrelateret egenomsorg.....	11
3.3.2 Forbedret egenomsorg fra baseline til afslutning	12
3.3.3 Forbedret eller uændret egenomsorg fra afslutning til opfølgning	13
3.4 Selvvurderet helbred	15
3.4.1 Udvikling i selvvurderet helbred.....	15
3.4.2 Forbedret selvvurderet helbred fra baseline til afslutning	16
3.4.3 Forbedret eller uændret selvvurderet helbred fra afslutning til opfølgning.....	17
4 Konklusion og perspektivering	19
5 Bilag: Frafaldsanalyse	20

1 Indledning

Monitorering af kommunale sundhedstilbud har frem til december 2024 kunnet foregå i systemet MoEva¹, der er udviklet i et partnerskab mellem DEFACTUM, Region Midtjylland, og en række kommuner. MoEva er et generisk monitorerings- og evalueringsværktøj til sundhedsindsatser, herunder patientrettede forebyggelsestilbud (sundhedslovens §119) i kommunerne. Det er et ikke-sygdomsspecifikt værktøj, der for hvert forløb samler forløbs- og patientrapporterede oplysninger (PRO), der kan anvendes til at understøtte beslutningstagning vedrørende sundhedsindsatser for den enkelte samt give mulighed for overblik ved dataudtræk og aggregerede datavisninger. Derved kan data danne grundlag for lokal kvalitetsudvikling og ledelsesinformation samt understøtte vurderingen af den enkelte borgers helbred og trivsel.

Data fra systemet kan fortsat anvendes til kvalitetsudvikling, og DEFACTUM har i denne rapport, på vegne af styregruppen for MoEva, fokus på at undersøge sammenhængen mellem kommunale forebyggelsestilbud og borgernes udvikling i egenomsorg og selv vurderet helbred baseret på MoEva data.

Projektets formål er således at:

- **Karakterisere deltagende og frafaldne borgere** i kommunale sundhedstilbud.
- Beskrive borgernes **udvikling i helbredsrelateret egenomsorg og selv vurderet helbred** fra baseline til afslutning og opfølgning på forløbet.
- Undersøge om **diagnose eller forløbsvariable har betydning for sandsynligheden for at forbedre helbredsrelateret egenomsorg og selv vurderet helbred**.

Resultaterne vil kunne anvendes til at videreudvikle forebyggelsestilbuddene med udgangspunkt i data. Det kunne f.eks. være ved at prioritere og tilpasse indsatser med udgangspunkt i identificerede diagnoser og demografiske grupper med lavere sandsynlighed for forbedring eller højere frafalds-risiko. Det vil muliggøre udviklingen af målrettede opfølgingsstrategier (fx ekstra støtte) til at fastholde niveau efter afslutning eller reducere frafald.

¹ Læs mere om MoEva her: [MoEva 2.0 - DEFACTUM - Social, sundhed og arbejdsmarked](#)

2 Metode

2.1 Population

Populationen består af borgere henvist til kommunale forebyggelsestilbud, jf. sundhedslovens §119, med KOL, type 2 diabetes, kræft, overvægt, stress og andet (en samlet kategori af øvrige diagnoser). Borgere med henvisningsdiagnosen hjertekarsygdom ekskluderes i dette projekt, da denne gruppe tidligere er undersøgt særskilt².

Borgerne er registreret af syv kommuner; Herning, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg og Vejle i perioden januar 2019 til december 2024.

2.2 Variable

Data fra MoEva systemet omfatter opstart af forløb (baseline), afslutning af forløb og 12 måneders opfølgning. Data er baseret på spørgeskemaer besvaret af borgere samt forløbsdata og testresultater indtastet af sundhedsfaglige medarbejdere.

Demografi: Data om demografi omfatter køn, alder, diagnose, bopælskommune, bopælsstatus (samboende eller alene), uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning ved baseline.

Forløb: Forløbsvariable omfatter antal mødegange (inddelt i percentiler), forløbets længde i dage (inddelt i percentiler) og om forløbet er gennemført eller om borgeren er frafaldet.

Helbredsrelateret egenomsorg: Målt ved baseline, afslutning og opfølgning via *Patient Activation Measure* (PAM)³, som vurderer borgerens viden, færdigheder og tro på egne evner i forhold til at håndtere sygdom og sundhed. Ud fra borgerens PAM-score (0-100 skala) beregnes et aktiveringsniveau fra 1 til 4. På niveau 1 er borgeren passiv, mangler viden og føler sig overvældet, mens niveau 4 indikerer en aktiv borger, der er velinformeret om sit helbred og behandling og kan fastholde gode sundhedsvaner.

I udregning af ændring af PAM score er forbedret defineret som ≥ 7 , uændret som ± 6 og forværret som ≥ -7 på PAM fra baseline til afslutning og afslutning til opfølgning.

Selvvurderet helbred: Målt ved baseline, afslutning og opfølgning via ét spørgsmål om selvvurderet helbred fra SF-12⁴. Spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?", med svar fordelt på en 5-trins skala fra 1 "Dårligt" til 5 "Fremragende".

I grafer og tabeller præsenteres tre kategorier "Dårligt/mindre godt", "Godt" og "Vældigt godt/Fremragende", mens ændring i niveau (rykke op/ned i selvvurdering af helbred) beregnes ud fra den oprindelige 5-trins skala. En forbedring defineres som minimum ét niveau højere, og en forværring defineres som minimum ét niveau lavere.

² [2023 HjerterKomPRO resultater.pdf](#)

³ Maindal, H. T., Vedsted, P., & Mikkelsen, E. M. (2015). Oversættelse og kulturel tilpasning af den danske version af „The Patient Activation Measure“. *Klinisk Sygepleje*, 25(1), 7–17. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2011-01-03> og

Wilkinson TJ, Nair D, Smith AC, Sohansoha GK, Ford EC, Vadaszy N, Graham-Brown M, Lightfoot CJ. The Minimal Clinically Important Difference for the "Patient Activation Measure". *Kidney Int Rep*. 2025 May 14;10(7):2275-2283. doi: 10.1016/j.ekir.2025.04.044

⁴ Christensen, L.N., Ehlers, L., Larsen, F.B. *et al.* Validation of the 12 Item Short form Health Survey in a Sample from Region Central Jutland. *Soc Indic Res* **114**, 513–521 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0159-9>

2.3 Analyser

Analyserne omfatter både deskriptive analyser og regressionsanalyser.

Først beskrives populationen ved baseline ved hjælp af antal og procentfordelinger for demografiske karakteristika, diagnosegrupper, helbredsrelateret egenomsorg og selvvurderet helbred. Derudover gennemføres en frafaldsanalyse, hvor borgere, der har besvaret henholdsvis afslutnings- og opfølgningsskemaet, sammenlignes med borgere, der ikke har besvaret skemaerne. Frafaldet defineres således som forløb med manglende besvarelser ved afslutning og/eller opfølgning og er ikke baseret på registrering af frafald på forløbet. Formålet med frafaldsanalysen er at vurdere, om frafaldet er systematisk fordelt mellem forskellige grupper af borgere.

Udviklingen i såvel helbredsrelateret egenomsorg som selvvurderet helbred beskrives ved fordeling ved baseline, afslutning og opfølgning. Derudover opgøres andelen af borgere, der forbedrer, fastholder eller forværre deres niveau mellem måletidspunkterne.

For at undersøge faktorer associeret med udviklingen i helbredsrelateret egenomsorg og selvvurderet helbred gennemføres logistiske regressionsanalyser. Analyserne gennemføres særskilt for helbredsrelateret egenomsorg og selvvurderet helbred samt for perioderne baseline til afslutning og afslutning til opfølgning. I analyserne af perioden fra baseline til afslutning defineres udfaldet som forbedring af henholdsvis egenomsorg og selvvurderet helbred. I analyserne af perioden fra afslutning til opfølgning defineres udfaldet som fastholdelse eller forbedring af niveau. Denne tilgang er valgt, fordi formålet ved opfølgningen er at undersøge, om de opnåede forbedringer kan opretholdes over tid.

Regressionsanalyserne om sammenhæng mellem diagnose og sandsynlighed for forbedring er justeret for kommune, køn, alder, uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning, bopælsstatus, opstartsår og gennemførsel af forløbet. Regressionsanalyserne om sammenhæng mellem forløbsvariable og sandsynlighed for forbedring er justeret for kommune, diagnose og gennemførsel af forløbet. Resultaterne præsenteres som justerede sandsynligheder med 95% konfidensintervaller.

3 Resultater

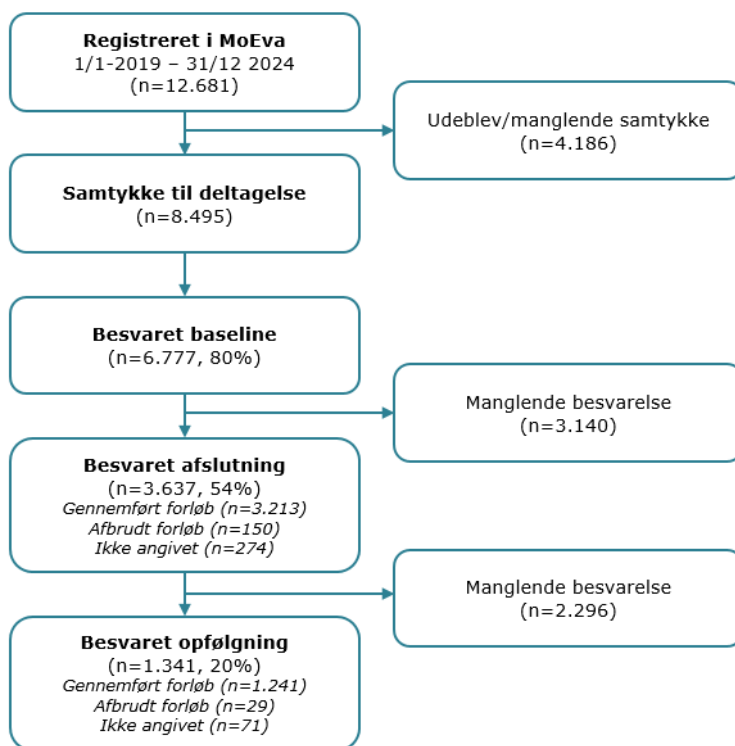
Resultatafsnittet indledes med en grafisk illustration af deltagelse og frafald i populationen samt en karakteristik af de deltagende borgere ved baseline (afsnit 3.1). Dernæst præsenteres en frafaldsanalyse fra baseline til afslutning og fra afslutning til opfølgning (afsnit 3.2).

Herefter beskrives udvikling i helbredsrelateret egenomsorg (afsnit 3.3) og udvikling i selv vurderet helbred (afsnit 3.4), inkl. en analyse af diagnose og forløbsvariables betydning for sandsynligheden for forbedring af hhv. egenomsorg og helbred.

3.1 Deltagelse og frafald

Figur 1 illustrerer populationen ved de forskellige tidspunkter; baseline, afslutning og opfølgning efter 12 måneder.

Figur 1 Deltagelse og bortfald



Figuren viser, at 80% af de borgere, der samtykkede til deltagelse, besvarede baseline spørgeskemaet. Af disse besvarede hhv. 54% og 20% det afsluttende og opfølgende spørgeskema. Bemærk at besvarelser fra borgere med afbrudte forløb også er inkluderet i de efterfølgende analyser.

Langt størstedelen af de inkluderede borgere er kun registreret med ét forløb (92%), mens under 1% er registreret med 3 eller 4 forløb på tværs af kommuner.

Karakteristik af borgere ved baseline

Tabel 1 viser karakteristikken af de deltagende borgere ved baseline. Af tabellen fremgår det bl.a. at Vejle Kommune bidrager med flest borgere til analysen (43%) og at de seks diagnosegrupper er nogenlunde ligeligt fordelt med KOL som den mindste (12%) og Andet som den største (21%).

Tabel 1 Karakteristik af deltagende borgere

	n	%
Kommune (n=6.777)		
Herning	1.036	15%
Ikast-Brande	519	8%
Lemvig	479	7%
Norddjurs	879	13%
Ringkøbing-Skjern	222	3%
Skanderborg	761	11%
Vejle	2.881	43%
Diagnose (n=6.777)		
KOL	812	12%
Type 2 diabetes	1.054	16%
Kræft	1.208	18%
Overvægt	1.105	16%
Stress	1.167	17%
Andet	1.431	21%
Køn (n=6.777)		
Kvinde	4.574	67%
Mand	2.203	33%
Alder (n=6.777)		
34-49 år	2.236	33%
50-64 år	2.549	38%
65 + år	1.992	29%
Bopælsstatus (n=6.738)		
Bor alene	1.654	25%
Bor med andre	5.084	75%
Højest gennemførte uddannelse (n=6.777)		
Grund-/ungdomsuddannelse	830	12%
Erhvervsfaglig/faglært	2.257	33%
Kort/mellemlang videregående	2.813	42%
Lang videregående	386	6%
Går stadig i skole/anden uddannelse/ukendt	491	7%
I arbejde eller under uddannelse (n=6.752)		
Ja	2.846	42%
Nej	3.906	58%
PAM aktiveringsniveau (n=6.777)		
Niveau 1	1.865	28%
Niveau 2	1.861	27%
Niveau 3	2.298	34%
Niveau 4	753	11%
Selvurderet helbred (n=6.777)		
Dårligt / mindre godt	3.512	52%
Godt	2.592	38%
Vældig godt / fremragende	673	10%

I alt 28% af borgerne er i PAM aktiveringsniveau 1 svarende til laveste niveau af egenomsorg, 27% er i niveau 2, 34% er i niveau 3 og 11% er i niveau 4 svarende til højeste niveau af egenomsorg. I alt 52% af borgerne rapporterer et dårligt eller mindre godt selvurderet helbred, 38% har et godt helbred og 10% et vældig godt eller fremragende helbred.

Tabel 2 viser fordeling af PAM og selv vurderet helbred fordelt på diagnosegrupper. Heraf fremgår det, at en højere andel af borgere med type 2 diabetes er på niveau 4 mens der er en højere andel af borgere i kategorien andet på niveau 1. Især borgere med KOL og andet rapporterer dårligt helbred med hhv. 61% og 60%, mens borgere med Type 2 diabetes i højere grad rapporterer vældigt godt eller fremragende helbred med 18%.

Tabel 2 Baseline %-vis fordeling af helbredsrelateret egenomsorg og selv vurderet helbred inddelt i diagnosegrupper

	KOL	Type 2 diabetes	Kræft	Overvægt	Stress	Andet	I alt
Egenomsorg							
Niveau 1	27%	23%	21%	25%	31%	36%	28%
Niveau 2	29%	25%	29%	25%	28%	28%	27%
Niveau 3	33%	36%	35%	39%	33%	29%	34%
Niveau 4	11%	16%	15%	11%	8%	7%	11%
Selv vurderet helbred							
Dårligt/mindre godt	61%	38%	45%	51%	55%	60%	52%
Godt	33%	44%	43%	40%	38%	32%	38%
Vældigt godt/fremragende	6%	18%	12%	9%	7%	8%	10%

Note: Gennemsnit, \pm 5%-point fra gennemsnittet, min. 5%-point under gennemsnittet, min. 5%-point over gennemsnittet.

3.2 Frafaldsanalyse

I det følgende afsnit gennemgås en frafaldsanalyse (se Bilag 1). Formålet er at vurdere, om frafaldet er koncentreret i bestemte grupper og samtidig tydeliggøre for hvilke borgere, der er registreret data, når udviklingen i egenomsorg og livskvalitet fra baseline til afslutning og fra afslutning til opfølgning undersøges. Frafaldet defineres alene som forløb med manglende besvarelser ved afslutning og/eller opfølgning og er ikke baseret på registrering af frafald på forløbet.

Ved analysen af frafald ses der generelt kun mindre forskelle mellem borgere, der har besvaret afslutningsskemaet, og borgere, der ikke har besvaret afslutningsskemaet (Bilag 1). Således er fordelingen stort set uændret i forhold til kommune, diagnose, køn, bopælsstatus, arbejdsmarkedstilknytning og PAM aktiveringsniveau. Det fremgår dog, at det i højere grad er de 34-49-årige, borgere med grund-/ungdomsuddannelse og borgere med dårligt selv vurderet helbred ved baseline, der ikke besvarer det afsluttende spørgeskema.

Ved opfølgning efter 12 måneder ses større forskelle mellem respondenter og ikke-responderter. Der ses således en markant anderledes fordeling af kommuner (f.eks. udgør data fra Herning en større andel og data fra Vejle en mindre andel) og diagnose (KOL og Type 2 diabetes udgør en højere andel). Derudover er det i højere grad de ældre (65+) og i mindre grad dem med lavt aktiveringsniveau og selv vurderet helbred, der svarer.

Frafald har betydning for tolkning af projektets resultater

Samlet peger resultaterne på, at frafaldet ved afslutning er begrænset og kun i mindre grad ser ud til at være systematisk. Ved opfølgning efter 12 måneder ses derimod tegn på selektivt frafald, idet borgere med lavere egenomsorg og dårligere selv vurderet helbred ved baseline er underrepræsenterede blandt respondenterne.

Frafaldet kan være problematisk i forhold til analyser af udviklingen af helbredsrelateret egenomsorg og selv vurderet helbred, og den skæve fordeling skal derfor medtages i fortolkningen af disse resultater.

3.3 Helbredsrelateret egenomsorg

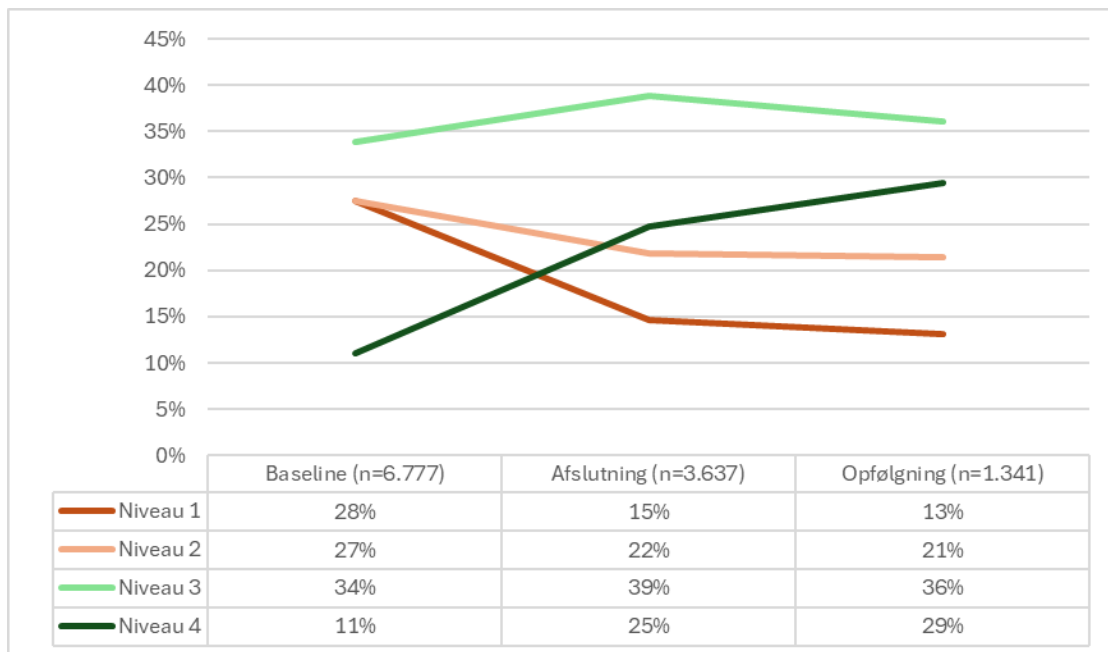
I dette afsnit gennemgås data om udvikling i helbredsrelateret egenomsorg. Dette gøres ved dels at illustrere udviklingen af PAM aktiveringsniveau grafisk, dels at vise hvor mange borgere, der hhv. har et forbedret, uændret eller forværret PAM niveau, samt dels at analysere justerede sandsynligheder for at forbedre sit PAM niveau.

3.3.1 Udvikling i helbredsrelateret egenomsorg

Af **figur 2** fremgår det, at andelen i PAM niveau 4 (højeste egenomsorg) stiger fra 11% ved baseline til 25% ved afslutning. Andelen stiger yderligere til 29% ved opfølgning.

Ligeledes falder PAM niveau 1 (laveste egenomsorg) markant fra 28% ved baseline til 15% ved afslutning. Andelen falder yderligere fra afslutning til 13% ved opfølgning.

Figur 2 Udvikling af PAM aktiveringsniveau fra baseline til opfølgning



Den samlede udvikling peger på styrket aktivering og mestring i relation til eget helbred ved forløbets afslutning, og på at denne forbedring kan fastholdes ved 12-måneders opfølgning. Samlet set stiger andelen af borgere i niveau 3 eller 4 fra 35% ved baseline til 65% efter 12 måneder, hvilket peger på en stabil og vedvarende styrkelse af borgernes evne til at håndtere deres helbred.

Ændring i helbredsrelateret egenomsorg fra baseline til opfølgning

I dette afsnit gennemgås ændring af egenomsorg fra baseline til afslutning og opfølgning. Af **Tabel 3** fremgår det, at 86% af borgerne formår at fastholde eller forbedre deres aktiveringsniveau fra baseline til afslutning. Andelen falder mellem afslutning og opfølgning, hvor 70% af borgerne formår at fastholde eller forbedre deres niveau.

Tabel 3 Ændring i PAM niveau fra baseline til opfølgning

	Baseline til afslutning		Afslutning til opfølgning	
	n	%	n	%
Forbedret	1.678	46%	362	27%
Uændret	1.442	40%	579	43%
Forværret	517	14%	400	30%

Samlet peger udviklingen på, at mange borgere formår at bevare deres niveau selv efter 12 måneder, og at en mindre del fortsat forbedrer sig. Der er dog også en gruppe af borgere, der efter afslutning af forløbet har svært ved at opretholde deres aktiveringsniveau.

3.3.2 Forbedret egenomsorg fra baseline til afslutning

I dette afsnit analyseres sandsynlighed for forbedring af helbredsrelateret egenomsorg fra baseline til afslutning. Af **Tabel 3** fremgår det, at der for hele gruppen af borgere er 46% sandsynlighed for en forbedring af niveau fra baseline til afslutning.

Analysen af diagnose og forløbet (varighed og mødegange) vises i **Tabel 4**. Heraf fremgår det, at borgere med KOL og diabetes har større sandsynlighed for forbedring end de øvrige diagnosegrupper, mens antal mødegange og forløbets varighed ikke ser ud til at betydningsfor sandsynligheden for forbedret helbredsrelateret egenomsorg.

Tabel 4 Diagnose og forløbsfaktorerers betydning for sandsynlighed for forbedret helbredsrelateret egenomsorg fra baseline til afslutning

	Justeret sandsynlighed	95% Konfidensinterval
Diagnosegruppe		
KOL	50%	(45%-53%)
Type 2 diabetes	54%	(50%-58%)
Kræft	44%	(40%-48%)
Overvægt	43%	(39%-47%)
Stress	45%	(41%-49%)
Andet	43%	(39%-47%)
Forløbets varighed		
7-56 dage	48%	(43%-60%)
57-63 dage	44%	(32%-55%)
64-77 dage	48%	(33%-60%)
78-182 dage	44%	(33%-51%)
Antal mødegange		
2-10	48%	(33%-60%)
11-16	44%	(33%-53%)
17-20	46%	(33%-60%)
21-27	48%	(35%-62%)

3.3.3 Forbedret eller uændret egenomsorg fra afslutning til opfølgning

I dette afsnit analyseres sandsynlighed for forbedret eller uændret helbredsrelateret egenomsorg fra afslutning til opfølgning. Af **Tabel 3** fremgår det, at 70% af borgerne bevarer eller forbedrer deres aktiveringsniveau fra afslutning af forløbet til opfølgning.

Analysen af diagnose og forløbsvariable vises i **Tabel 5**. Sandsynligheden for uændret eller forbedret helbredsrelateret egenomsorg er relativt stabil over diagnosegrupper, med højeste sandsynlighed for borgere med stress på 76%. Der ses en tendens til højere sandsynlighed for uændret eller forbedret helbredsrelateret egenomsorg ved længere varighed af forløbet, som dog ikke kan genfindes ved antal mødegange.

Udviklingen, der undersøges her, formodes at være stærkt korreleret med progression i sygdommen for den enkelte. Det er dog ikke muligt at tage højde for det i analyserne, da vi ikke har information om sygdomsforløb.

Tabel 5 Diagnose og forløbsfaktorerens betydning for sandsynlighed for forbedret eller uændret helbredsrelateret egenomsorg fra afslutning til opfølgning

	Justeret sandsynlighed	95% Konfidensinterval
Diagnosegruppe		
KOL	66%	(60%-73%)
Type 2 diabetes	71%	(66%-76%)
Kræft	66%	(59%-72%)
Overvægt	70%	(64%-77%)
Stress	76%	(70%-82%)
Andet	71%	(63%-78%)
Forløbets varighed		
35-56 dage	66%	(59%-76%)
57-70 dage	69%	(59%-77%)
71-77 dage	73%	(66%-79%)
78-182 dage	73%	(63%-79%)
Antal mødegange		
5-10	66%	(59%-74%)
11-16	74%	(64%-78%)
17-20	66%	(56%-73%)
21-27	75%	(65%-79%)

Helbredsrelateret egenomsorg forbedres for hovedparten af borgerne

Andelen af borgere med højt aktiveringsniveau (PAM niveau 3-4) steg fra 45% ved baseline til 65% efter 12 måneder. Samtidig faldt andelen med laveste aktiveringsniveau (PAM niveau 1) fra 28% til 13%.

Fra baseline til afslutning forbedrede 46% af borgerne deres PAM-niveau. Ved 12-måneders opfølgning fastholdt eller forbedrede 70% deres niveau. Resultaterne peger samlet på forbedret egenomsorg ved afslutning af forløbet. Blandt de borgere, der deltager i opfølgningen, ses der desuden tegn på, at forbedringerne i vid udstrækning kan fastholdes over tid. Udviklingen går igen på tværs af diagnosegrupper, selvom der er små variationer. Antal mødegange og forløbs varighed ser ikke ud til at have betydning for sandsynligheden for at forbedre eller fastholde helbredsrelateret egenomsorg.

Frafaldsanalysen giver ikke anledning til væsentlige bekymringer om selektivt frafald ved afslutning. Resultaterne ved 12-måneders opfølgning skal derimod fortolkes med forsigtighed, da borgere med lavt PAM aktiveringsniveau ved baseline i mindre grad besvarer opfølgningsskemaet. Samtidig har borgere med lavt PAM-niveau større potentiale for enten at forbedre eller fastholde deres niveau, mens borgere med højt PAM-niveau i mindre grad kan forbedre sig yderligere. Den skæve svarfordeling kan derfor påvirke estimerne af udviklingen i helbredsrelateret egenomsorg, dog uden at man med sikkerhed kan fastslå om de er over- eller underestimerede.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at analyserne udelukkende beskriver en udvikling. Resultaterne viser ikke noget om årsagssammenhæng, og det kan derfor ikke afvises, at borgerne ville have oplevet lignende forbedringer, hvis de ikke havde deltaget i de kommunale forebyggelsesforløb.

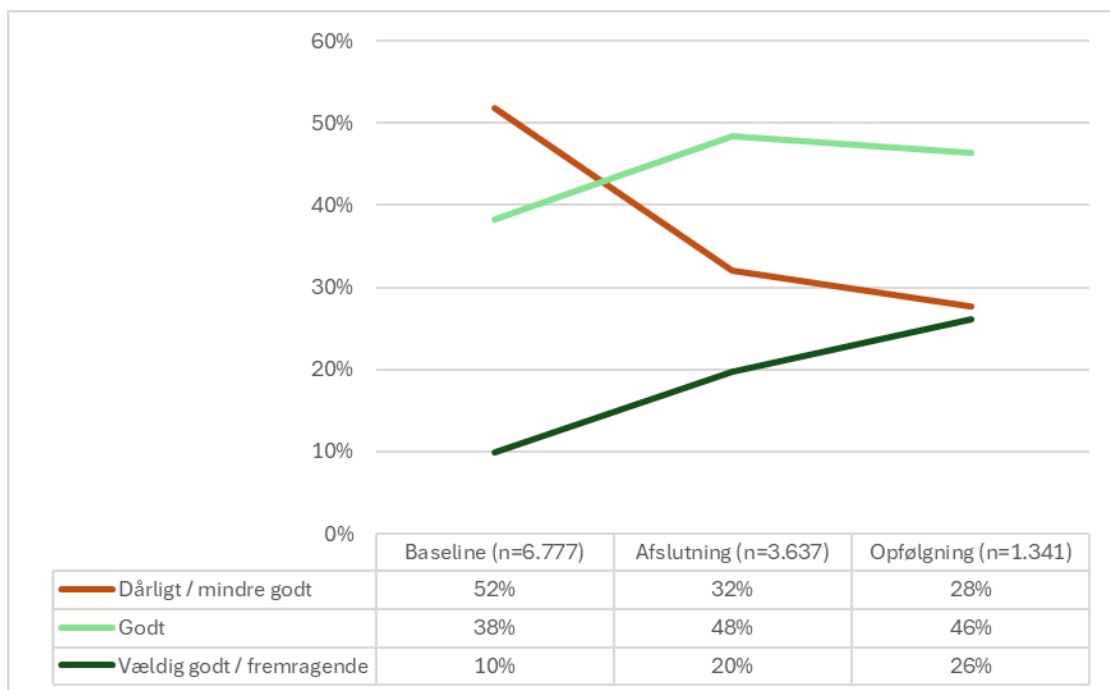
3.4 Selvvurderet helbred

I dette afsnit gennemgås data om udvikling i selvvurderet helbred. Dette gøres dels ved at illustrere udviklingen af selvvurderet helbred grafisk, dels ved at vise hvor mange borgere, der hhv. har forbedret, uændret eller forværret selvvurderet helbred, samt dels ved at vise justerede sandsynligheder for uændret eller forbedret selvvurderet helbred.

3.4.1 Udvikling i selvvurderet helbred

Af **figur 3** fremgår det, at andelen i dårligt/mindre godt helbred falder markant fra 52% ved baseline til 32% ved afslutning. Andelen falder yderligere fra afslutning til 28% ved opfølgning. Tilsvarende ses en stigning i vældig godt/fremragende helbred fra 10% ved baseline til 20% ved afslutning, og yderligere til 26% ved opfølgning.

Figur 3 Udvikling af selvvurderet helbred fra baseline til opfølgning



Den samlede udvikling peger på, at borgerne vurderer deres eget helbred som bedre fra baseline til afslutning af forløbet, og denne forbedring ser ud til at kunne fastholdes over tid.

Ændring i selvvurderet helbred fra baseline til opfølgning

I dette afsnit gennemgås ændring af selvvurderet helbred fra baseline til afslutning og opfølgning. Af **Tabel 6** fremgår det, at 90% af borgerne formår at fastholde eller forbedre deres selvvurderede helbred fra baseline til afslutning. Andelen falder mellem afslutning og opfølgning, hvor 80% af borgerne formår at fastholde eller forbedre deres niveau.

Tabel 6 Ændring i selvvurderet helbred fra baseline til opfølgning

	Baseline til afslutning		Afslutning til opfølgning	
	n	%	n	%
Forbedret	1.278	35%	304	23%
Uændret	2.004	55%	765	57%
Forværret	335	10%	272	20%

3.4.2 Forbedret selvvurderet helbred fra baseline til afslutning

I dette afsnit analyseres sandsynlighed for forbedring af selvvurderet helbred fra baseline til afslutning. Af **Tabel 6** fremgår det, at der for hele gruppen af borgere er 35% sandsynlighed for forbedret selvvurderet helbred fra baseline til afslutning. Analysen af diagnose og forløbets (varighed og mødegange) betydning for sandsynligheden for forbedret selvvurderet helbred vises i **Tabel 7**.

Heraf fremgår det, at sandsynligheden for at forbedre sit niveau varierer lidt over diagnosegrupperne med 41% for borgere med kræft som højeste sandsynlighed og 28% for borgere med KOL som laveste sandsynlighed. Samtidig ses en tendens til, at et længere forløb eller flere mødegange betyder højere sandsynlighed for forbedret selvvurderet helbred.

Tabel 7 Diagnose og forløbsfaktorerens betydning for sandsynligheden for forbedret selvvurderet helbred fra baseline til afslutning

	Justeret sandsynlighed	95% Konfidensinterval
Diagnosegruppe		
KOL	28%	(24%-33%)
Type 2 diabetes	36%	(32%-40%)
Kræft	41%	(37%-46%)
Overvægt	35%	(31%-39%)
Stress	37%	(33%-41%)
Andet	32%	(29%-36%)
Forløbets varighed		
7-56 dage	32%	(23%-40%)
57-63 dage	34%	(20%-42%)
64-77 dage	35%	(26%-47%)
78-182 dage	39%	(31%-50%)
Antal mødegange		
2-10	32%	(21%-40%)
11-16	35%	(29%-40%)
17-20	34%	(20%-43%)
21-27	39%	(26%-49%)

3.4.3 Forbedret eller uændret selvvruderet helbred fra afslutning til opfølgning

I dette afsnit analyseres sandsynlighed for forbedret eller uændret selvvruderet helbred fra afslutning til opfølgning. Af **Tabel 6** fremgår det, at 80% af borgerne bevarer eller forbedrer deres selvvrudede helbred fra afslutning af forløbet til opfølgning efter 12 måneder. Analysen af diagnose og forløbets (varighed og mødegange) betydning for sandsynligheden for uændret eller forbedret selvvruderet helbred vises i **Tabel 8**.

Heraf fremgår det, at sandsynligheden ligger relativt stabil for alle diagnosegrupper med et spænd på 76% til 84%. Samtidig ses, at sandsynligheden er stort set ens uanset forløbets længde eller antal mødegange.

Udviklingen, der undersøges her, formodes at være stærkt korreleret med progression i sygdommen for den enkelte. Det er dog ikke muligt at tage højde for det i analyserne, da vi ikke har information om sygdomsforløb.

Tabel 8 Diagnose og forløbsfaktorerers betydning for sandsynlighed for uændret eller forbedret selvvruderet helbred fra afslutning til opfølgning

	Justeret sandsynlighed	95% Konfidensinterval
Diagnosegruppe		
KOL	76%	(70%-82%)
Type 2 diabetes	82%	(77%-86%)
Kræft	76%	(71%-83%)
Overvægt	82%	(76%-87%)
Stress	84%	(79%-89%)
Andet	79%	(72%-85%)
Forløbets varighed		
35-56 dage	79%	(69%-95%)
57-70 dage	79%	(71%-91%)
71-77 dage	80%	(73%-85%)
78-182 dage	82%	(74%-92%)
Antal mødegange		
5-10	79%	(66%-93%)
11-16	85%	(78%-94%)
17-20	76%	(70%-82%)
21-27	80%	(67%-84%)

Selvurderet helbred forbedres på tværs af diagnosegrupper

Andelen af borgere med godt til fremragende selvurderet helbred steg fra 48% ved baseline til 72% efter 12 måneder.

Fra baseline til afslutning forbedrede 35% af borgerne deres selvurderede helbred. Udviklingen går igen på tværs af diagnosegrupper, selvom der er variationer. Samtidig ses en tendens til en sammenhæng mellem længere varighed eller flere mødegange og sandsynligheden for forbedret selvurderet helbred. Ved 12 måneders opfølgning fastholdt eller forbedrede 80% deres niveau på tværs af diagnosegrupper. I denne analyse ser forløbsvariable ikke ud til at have betydning for sandsynligheden for uændret eller forbedret selvurderet helbred.

Resultaterne peger samlet på, at borgerne vurderer deres eget helbred som bedre fra baseline til afslutning af forløbet, og blandt de borgere, der besvarer opfølgningsskemaet, ses der tegn på, at forbedringen kan fastholdes over tid. Selvom der er små variationer i sandsynlighed for forskellige diagnoser og tendens til, at forløbsvariable har betydning for forbedring fra baseline til afslutning, så er disse forskelle væk ved opfølgning.

Resultaterne skal dog fortolkes med forsigtighed, da borgere med dårligt eller mindre godt selvurderet helbred ved baseline er underrepræsenteret ved afslutning og opfølgning. Samtidig har borgere med dårligt selvurderet helbred større potentiale for enten at forbedre eller fastholde deres niveau, mens borgere med vældig godt eller fremragende selvurderet helbred i mindre grad kan forbedre sig yderligere. Den skæve svarfordeling kan derfor påvirke estimerne, dog uden at man med sikkerhed kan fastslå, om de er over- eller underestimerede.

Desuden beskriver analyserne udelukkende en udvikling. Resultaterne viser ikke noget om årsagssammenhæng, og det kan derfor ikke afvises, at borgerne ville have oplevet lignende forbedringer, hvis de ikke havde deltaget i de kommunale forebyggelsesforløb.

4 Konklusion og perspektivering

Der ses generelt forbedringer i borgernes helbredsrelaterede egenomsorg og selvvurderede helbred fra baseline til afslutning og opfølgning af forløbene. De mest markante forbedringer ses i perioden fra opstart til afslutning, hvor en stor andel af borgerne enten forbedrer eller fastholder deres niveau af egenomsorg og selvvurderet helbred. Udviklingen ses på tværs af diagnosegrupper, selvom der er variationer i omfanget af forbedringerne. Der ses ikke nogen tydelig sammenhæng mellem forløbets varighed eller antal mødegange og sandsynligheden for forbedret helbredsrelateret egenomsorg. For selvvurderet helbred ses der en tendens til højere sandsynlighed for forbedring ved længere forløb og flere mødegange. Ved 12-måneders opfølgning ses fortsat tegn på fastholdelse af forbedringerne på tværs af diagnosegrupper og forløbsvariable.

Resultaterne ved opfølgning skal dog fortolkes med forsigtighed. Frafaldsanalyserne viser, at borgere med lavere PAM aktiveringsniveau og dårligere selvvurderet helbred i mindre grad besvarer opfølgningsskemaerne. Samtidig har disse grupper ofte større potentiale for enten forbedring eller fastholdelse af niveau. Den selektive deltagelse ved opfølgning kan derfor påvirke estimaterne af den langsigtede udvikling, uden at det med sikkerhed kan fastslås, om resultaterne samlet set er over- eller underestimerede.

Resultaterne beskriver udelukkende udvikling blandt borgere, der deltager i kommunale forebyggelsestilbud. Da der ikke indgår en kontrolgruppe, er det ikke muligt at konkludere, om de observerede forbedringer skyldes deltagelse i tilbuddene i sig selv. Det kan derfor ikke afvises, at nogle borgere ville have oplevet lignende udvikling uden deltagelse i forløbene. Derudover er det ikke muligt at tage højde for sygdomsprogression eller andre forhold uden for forløbene, som kan påvirke borgernes udvikling over tid.

På trods af disse metodiske begrænsninger viser analyserne, at borgere, der deltager i kommunale forebyggelsestilbud, over tid rapporterer forbedringer i både helbredsrelateret egenomsorg og selvvurderet helbred. Resultaterne peger samtidig på, at forbedringerne ikke er begrænset til enkelte diagnosegrupper, men ses på tværs af forskellige målgrupper.

Resultaterne kan anvendes som et datagrundlag for den fortsatte kvalitetsudvikling af kommunale forebyggelsestilbud. Særligt peger analyserne på behovet for at styrke fastholdelsen af borgere med lav egenomsorg og dårligere selvvurderet helbred, da disse grupper i mindre grad deltager i opfølgningen. Fremtidige analyser bør desuden undersøge mulighederne for at koble data om sygdomsudvikling og andre relevante baggrundsfaktorer til monitoreringsdata for bedre at kunne belyse, hvilke forhold der har betydning for borgernes udvikling over tid.

5 Bilag: Frafaldsanalyse

	Besvaret afslutning (n=3.637)		Ikke besvaret afslutning (n=3.140)		Besvaret opfølgning (n=1.341)		Ikke besvaret opfølgning (n=2.296)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Frafaldsanalyse								
Kommune								
Herning	576	16%	460	15%	275	21%	301	13%
Ikast-Brande	282	8%	237	8%	101	8%	181	8%
Lemvig	234	6%	245	8%	53	4%	181	8%
Norddjurs	523	14%	356	11%	237	18%	286	12%
Ringkøbing-Skjern	111	3%	111	4%	38	3%	73	3%
Skanderborg	332	9%	429	14%	149	11%	183	8%
Vejle	1.579	43%	1.302	41%	488	36%	1.091	48%
Diagnose								
KOL	473	13%	339	11%	225	17%	248	11%
Type 2 diabetes	625	17%	429	14%	322	24%	303	13%
Kræft	628	17%	580	18%	207	15%	421	18%
Overvægt	530	15%	575	18%	198	15%	332	14%
Stress	638	18%	529	17%	215	16%	423	18%
Andet	743	20%	688	22%	174	13%	569	25%
Køn								
Kvinde	2.450	67%	2.124	68%	834	62%	1.616	70%
Mand	1.187	33%	1.016	32%	507	38%	680	30%
Alder								
34-49 år	1.010	28%	1.226	39%	290	22%	720	31%
50-64 år	1.452	40%	1.097	35%	511	38%	941	41%
65 + år	1.175	32%	817	26%	540	40%	635	28%
Bopælsstatus								
Bor alene	911	25%	743	24%	327	24%	584	26%
Bor med andre	2.704	75%	2.380	76%	1.008	76%	1.696	74%
Højest gennemførte uddannelse								
Grund-/ungdomsuddannelse	372	10%	458	15%	150	11%	222	10%
Erhvervsfaglig/faglært	1.247	34%	1.010	32%	474	35%	773	34%
Kort/mellemlang videregående	1.556	43%	1.257	40%	560	42%	996	43%
Lang videregående	210	6%	176	6%	63	5%	147	6%
Går stadig i skole/anden uddannelse/ukendt	252	7%	239	8%	94	7%	158	7%
I arbejde eller under uddannelse								
Ja	1.505	42%	1.341	43%	503	38%	1.002	44%

Nej	2.119	58%	1.787	57%	836	62%	1.283	56%
Pam aktiveringsniveau								
Niveau 1	958	26%	907	29%	163	12%	369	16%
Niveau 2	965	27%	896	29%	278	21%	516	22%
Niveau 3	1.298	36%	1.000	32%	519	39%	894	39%
Niveau 4	416	11%	337	11%	381	28%	517	23%
Selvvruderet helbred								
Dårligt/mindre godt	1.766	49%	1.746	56%	360	27%	803	35%
Godt	1.472	40%	1.120	36%	670	50%	1.068	47%
Vældig godt/fremragende	399	11%	274	9%	311	23%	405	18%
