

Barrierer og facilitatorer i forebyggelse og rehabilitering til personer med kronisk sygdom

En vidensopsamling

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen



TITEL

Barrierer og facilitatorer for forebyggelse og rehabilitering til personer med kronisk sygdom
En vidensopsamling

FORFATTERE

Gitte Valentin, forsker, DEFACTUM, Region Midtjylland
Maiken Bay Ravn, forsker, DEFACTUM, Region Midtjylland
Anne-Sofie Meldgaard Nielsen, forskningsassistent, DEFACTUM, Region Midtjylland
Jeanet Brouer, forskningsassistent, DEFACTUM, Region Midtjylland
Thomas Maribo, forskningsleder, DEFACTUM, Region Midtjylland og professor, Aarhus Universitet

COPYRIGHT

©DEFACTUM, Region Midtjylland, April 2025

Rapporten er udarbejdet af:
DEFACTUM, Region Midtjylland

UDGIVER

DEFACTUM
Region Midtjylland
Evald Krogs Gade 16A
8000 Aarhus C

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES

Valentin G, Ravn MB, Nielsen ASM, Brouer J, Maribo T
Barrierer og facilitatorer i forebyggelse og rehabilitering til personer med kronisk sygdom. En vidensopsamling
Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2025

ISBN: 978-87-93657-46-5

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen.

FOR YDERLIGERE OPLYSNINGER RETTES HENVENDELSE TIL

DEFACTUM
Region Midtjylland
Evald Krogs Gade 16A
8000 Aarhus C
Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Forord

Denne vidensopsamling omhandler barrierer og facilitatorer i forebyggelse og rehabilitering for personer med kronisk sygdom. Der foreligger god evidens for effekten af forebyggelse og rehabilitering, men udbyttet afhænger i høj grad af, at de borgere, der har behov, også deltager i relevante forløb. Forskning viser imidlertid, at ikke alle relevante målgrupper deltager – enten fordi de ikke modtager et forløb, ikke finder det relevant, eller fordi de oplever barrierer for at deltage.

Med denne vidensopsamling ønsker Sundhedsstyrelsen at styrke ligheden i deltagelse ved at forbedre henvisningssystemet og styrke sundhedsorganisationernes evne til at reducere barrierer. Formålet med vidensopsamlingen er at belyse, hvorfor nogle borgere enten ikke får adgang til eller fravælger forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Vidensopsamlingen er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland, på vegne af Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen er en del af et initiativ i regeringens handlingsplan for mænd og drenge ligestilling. Opgaven blev formuleret af Sundhedsstyrelsen i april 2024 og blev således initieret, før udspillet og aftalen om sundhedsreformen 2024 blev præsenteret.

Gennem en systematisk gennemgang af nyere forskning, analyseres årsagerne til manglende henvisning til og/eller deltagelse i forløb. Derudover er der gennemført interviews med borgere i målgruppen for at opnå en dybere forståelse af de barrierer og facilitatorer, de oplever i forbindelse med deltagelse i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Vidensopsamlingen understøtter ønsket om at fremme social lighed i både adgang til og udbytte af forebyggelse og rehabilitering i sundhedsvæsenet.

En stor tak til alle videnspersoner og borgere, der har bidraget til denne vidensopsamling, samt til Sundhedsstyrelsen, der har finansieret dette arbejde.



Thomas Maribo

Professor og forskningsleder ved DEFACTUM, Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

1	Læsevejledning	3
2	Definitioner	5
3	Sammenfatning	8
3.1	Sociodemografiske faktorer med betydning for henvisning og deltagelse	9
3.2	Faktorer der fremmer eller hæmmer henvisning og deltagelse	9
3.3	Metodiske overvejelser	11
3.4	Videnshuller	12
4	Opmærksomhedspunkter til beslutningstagere	14
5	Introduktion	16
5.1	Baggrund for vidensopsamlingen	16
6	Litteraturgennemgang	19
6.1	Metode, litteraturgennemgang	19
6.2	Resultat af litteraturgennemgangen – Kræft	23
6.3	Resultat af litteraturgennemgangen – Hjertesygdom	33
6.4	Resultat af litteraturgennemgangen – KOL	45
6.5	Resultat af litteraturgennemgangen – Type 2-diabetes	54
6.6	Resultat af litteraturgennemgangen – Lænderyg-smerter	63
6.7	Sammenfatning	71
7	Interviewundersøgelse	76
7.1	Metode, interviewundersøgelse	76
7.2	Resultater af interviewundersøgelse	83
7.3	Sammenfatning	96
8	Konklusion	100
9	Referenceliste	102
10	Bilag	106

Læsevejledning

1 Læsevejledning

Fokus i denne vidensopsamling er at præsentere forhold, der kan fremme eller hæmme deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for personer med kronisk sygdom. De identificerede faktorer kan bidrage som vidensgrundlag i arbejdet med nye initiativer til, at skabe øget social lighed i adgang og udbytte af forebyggelse og rehabilitering i det danske sundhedsvæsen.

Vidensopsamlingen indledes med en sammenfatning af formål, hovedfund og metode (kapitel 3). Derefter præsenteres opmærksomhedspunkter for beslutningstagere og praksis, baseret på litteraturgennemgang og interviews med personer med kronisk sygdom (kapitel 4). Herefter følger et introduktionsafsnit, hvor baggrunden og formålet med vidensopsamlingen beskrives (kapitel 5).

I kapitel 6 præsenteres metoden og syntesen fra litteraturgennemgangen, som er opdelt i de fem udvalgte diagnosegrupper. Hvert analyseafsnit er struktureret omkring fire tematikker: 1) sociodemografiske karakteristika, 2) individuelle faktorer, som kan have betydning for deltagelse i rehabiliteringsforløb, 3) relationelle faktorer, der kan påvirke deltagelse, og 4) organisatoriske forhold af betydning for deltagelse.

Litteraturgennemgangen afsluttes med en sammenfatning af resultaterne på tværs af diagnoser samt en diskussion af metodens styrker og svagheder.

I kapitel 7 præsenteres metoden og temaerne fra interviewundersøgelsen. Der blev i alt identificeret 3 overordnede temaer, og 6 undertemaer: 1) individuelle forhold, herunder "temporale aspekter" og "sygdomsmæssige aspekter", 2) relationelle forhold, herunder "Betydningen af kommunikation", og "Fællesskab i forløbet", og 3) organisatoriske forhold, herunder "Vejen til forløbet" og "Plads til forskelligheder". Kapitlet afsluttes med en sammenfatning, samt en diskussion af styrker og svagheder.

I kapitel 8 præsenteres den samlede diskussion for vidensopsamlingen.

Efterfølgende præsenteres casebeskrivelser, som repræsenterer typiske livssituationer, sygdomsforløb og sygdomshistorik for personer med kræft, hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2-diabetes samt lænderyg-smerter (Bilag 1).

Definitioner

2 Definitioner

I dette kapitel defineres de forskellige begreber, som anvendes i denne vidensopsamling.

Kronisk sygdom defineres som en sygdom, der har et langvarigt eller tilbagevendende forløb (1). I denne rapport er dette afgrænset til at inkludere personer med KOL, kræft, hjertesygdom, type 2-diabetes og lænderyg-smerter.

Forebyggelse refererer til patientrettet forebyggelse, der ”handler om at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer” og, at sætte den enkelte i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv (1, 2).

Rehabilitering refererer til en målrettet og vidensbaseret samarbejdsproces, der skal understøtte personer med begrænset funktionsevne i at opnå et meningsfuldt liv med størst mulig aktivitet, deltagelse og livskvalitet. Rehabilitering forstås som en helhedsorienteret indsats, der understøtter individets mulighed for at genvinde eller opretholde funktionsevne, trivsel og selvstændighed i hverdagen (2).

Genoptræning refererer til indsatser målrettet både fysiske, kognitive, kommunikative og psykiske funktioner (2).

Patientrettet forebyggelse, rehabilitering og genoptræning anses derfor som tæt forbundne, da de ofte hænger sammen i praksis og alle afspejler en helhedsorienteret tilgang, hvor indsatsen samlet set bidrager til at fremme funktionsevne og livskvalitet. Derfor inddrages alle tre begreber i undersøgelsen.

Barrierer refererer til forhold, der forhindrer eller hæmmer adgang til og/eller deltagelse i forebyggelse, rehabilitering eller genoptræning. Disse barrierer kan have forskellig karakter og kan hver for sig eller i samspil hæmme henvisning til og/eller deltagelse i relevante forløb til personer med kronisk sygdom.

Facilitatorer refererer til forhold, der kan være med til at fremme henvisning til og/eller deltagelse i forløb. Facilitatorerne kan have forskellig karakter og kan hver for sig eller i samspil fremme henvisning til og/eller deltagelse i relevante forløb til personer med kronisk sygdom.

Frafald i rehabiliterings- og forebyggelsesforløb refererer til situationer, hvor en person, der af sundhedsprofessionelle vurderes til at have et rehabiliterings- eller forebyggelsesbehov, vælger ikke at deltage. Et frafald kan ske på forskellige tidspunkter:

- Ved henvisning: Personer, der får tilbudt et rehabiliterings- eller forebyggelsesforløb, men som takker nej.
- Ved den afklarende samtale: Personer, der er henvist til et rehabiliterings- eller forebyggelsesforløb, men som takker nej til at deltage under eller efter den første samtale på rehabiliteringsenheden.
- Under forløbet: Personer, der har deltaget i den første samtale på rehabiliteringsenheden og takket ja til et forløb, men som afslutter forløbet før planlagt afslutning.

Mestring refererer til de strategier og metoder, som personer bruger til at håndtere udfordrende eller nye situationer samt ændringer i fysisk, psykisk eller kognitiv funktion og de medfølgende følelser (2). Her forstås mestring som den enkeltes evne til at håndtere sådanne situationer og ændringer samt til at kompensere og tilpasse sig omgivelserne.

Sammenfatning

3 Sammenfatning

Vidensopsamlingen er udarbejdet med henblik på at belyse de faktorer, der fremmer eller hæmmer henvisning til og deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb blandt personer med kronisk sygdom. Baggrunden for arbejdet er et ønske om at reducere social ulighed i sundhed og sikre, at flere personer med behov deltager i relevante forløb. Opsamlingen er gennemført af DEFACTUM på vegne af Sundhedsstyrelsen og bygger på en systematisk litteraturgennemgang samt interviews med personer, som har haft kontakt med forebyggelses- og rehabiliteringsforløb i kommunalt regi.

Vidensopsamlingen tager afsæt i fem store diagnosegrupper: Kræft, hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og lænderyg-smerter. Der er særligt fokus på henholdsvis adgang til, deltagelse i og fastholdelse i forløbene – samt på, hvordan sociodemografiske, individuelle, relationelle og organisatoriske faktorer spiller ind i denne sammenhæng.

Samlet set peger resultaterne på:

- At en mere personcentreret, systematisk og tilgængelig henvisning til samt opbygning af indsatser i forebyggelse og rehabilitering, kan øge både deltagelsen i og effekten af forebyggelses- og rehabiliteringsforløb i Danmark.
- At tid er et afgørende og komplekst vilkår for deltagelse i forebyggelse og rehabilitering på tværs af diagnoser, idet tid både kan udgøre en barriere og fungere som en facilitator. Dette afhænger af, hvornår i sygdomsforløbet forebyggelse/rehabilitering tilbydes, tidspunktet på dagen for tilbuddet, samt den enkeltes øvrige livsomstændigheder og forpligtelser.
- At manglende henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringsforløb er en væsentlig barriere for deltagelse. Flere oplever selv at skulle bede om en henvisning, hvilket udgør en betydelig barriere og kan medføre ulighed i adgangen til et forløb. Resultaterne viser, at barriererne for henvisning varierer mellem diagnosegrupperne.
- At det ikke er muligt at konkludere, om køn er en væsentlig barriere for deltagelse. Enkelte studier har vist, at mænd i ringere grad deltager i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb end kvinder. Evidensen på dette område er ikke stærk, og der kan ikke angives entydige forhold, der forklarer denne kønsforskel. Interviewundersøgelsen har heller ikke givet stærke svar på spørgsmålet om kønnets betydning for deltagelse.

3.1 Sociodemografiske faktorer med betydning for henvisning og deltagelse

Resultaterne baseret på litteraturgennemgange peger på, at flere forskellige sociodemografiske faktorer kan have betydning for henvisning og deltagelse i forebyggelse og rehabilitering. På tværs af diagnoserne viser resultaterne, at køn, alder, socioøkonomisk position, indkomst, samlivsstatus, tilknytning til arbejdsmarkedet og etnicitet kan have betydning for henvisning og deltagelse i varierende omfang. Selvom ikke alle faktorer er identificeret på alle diagnoserne, betyder dette ikke nødvendigvis, at det ikke har betydning - men snarere, at de ikke nødvendigvis er blevet undersøgt i de inkluderede studier.

I vidensopsamlingen har der været et særligt fokus på henvisning og deltagelse blandt mænd. Enkelte studier har vist, at mænd i mindre grad deltager i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb end kvinder. Dette er særligt undersøgt inden for kræftområdet, hvor mænd generelt deltager i mindre omfang. Udover dette har litteraturgennemgangen dog ikke givet grundlag for entydige konklusioner om kønsforskelle. Interviewundersøgelsen har heller ikke givet entydige svar på spørgsmålet om kønnets betydning for deltagelse.

På tværs af diagnoseområderne er det vist, at personer med lavt uddannelsesniveau eller lav socioøkonomisk status i mindre grad deltager i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Hos personer med etnisk minoritetsbaggrund kan sproget være en barriere og føre til lavere deltagelse. Resultaterne viser desuden, at enlige og personer uden netværk er mindre tilbøjelige til at tage imod eller fastholde deltagelse i et forløb. Alder ser også ud til at spille en rolle i forhold til henvisning og deltagelse, men litteraturgennemgangen viser ikke enighed om, hvorvidt høj eller lav alder fungerer som en barriere eller en facilitator, når man ser på tværs af diagnoserne.

3.2 Faktorer der fremmer eller hæmmer henvisning og deltagelse

På tværs af de undersøgte diagnosegrupper peger resultaterne fra interviewundersøgelsen og litteraturgennemgangen samlet set på en række faktorer, som kan fremme eller hæmme henvisning til og deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

En faktor er henvisningstidspunktet, som har betydning for deltagelse, idet mange oplever et mismatch mellem tidspunktet for henvisning og deres behov eller overskud. Dette gælder særligt for personer med kræft, hvor en tidlig henvisning kan virke overvældende, hvis man ikke har det nødvendige overskud eller energi til at deltage. Samtidig viser erfaringer fra personer med hjertesygdom, at sen henvisning kan mindske motivationen, fordi behovet ikke længere opleves som presserende. Selvom resultaterne ikke viser et entydigt tidspunkt, hvor forløb bør tilbydes, så understreger de vigtigheden af, at der bør være plads til individuelle tilpasninger og en åben dialog med den enkelte.

En anden faktor relateret til henvisning er manglende systematik og viden om de eksisterende forløb blandt de relevante aktører. Særligt peges der på, at der er behov for

et større fokus på forebyggelses- og rehabiliteringsforløb blandt almen praksis, som spiller en central rolle i at informere og henvise patienter til disse forløb. Litteraturen peger på, at praktiserende læger kan have begrænset kendskab til de eksisterende tilbud eller opleve, at henvisningsprocedurerne er uklare og administrativt tidskrævende. Dette kan resultere i, at personer med kronisk sygdom enten ikke bliver henvist rettidigt eller slet ikke får kendskab til mulighederne for forebyggelse og rehabilitering. I interviewene fortalte flere personer, at de selv havde været opsigende i at få adgang til forløbet. De havde fået kendskab til forløbene via andre end deres egen praktiserende læge, enten personlige relationer, tidligere forløb, eller andre netværk. For personer med kronisk sygdom kan det være en udfordring selv at skulle finde vej til relevante tilbud, særligt hvis man mangler overskud eller viden om, hvor informationen findes. Dette kan resultere i, at personer med kronisk sygdom oplever usikkerhed om, hvor og hvordan de skal henvende sig og øger risikoen for, at nogle ikke deltager i de relevante forløb. Når adgangen til forløbene i så høj grad afhænger af individets egne ressourcer og netværk, kan det medvirke til at forstærke eksisterende ulighed i sundhed.

En tredje faktor handler om, at personer med kronisk sygdom kan opleve barrierer relateret til deres helbredstilstand, funktionsevne og daglige belastninger. Fysisk træthed, psykisk belastning og komorbiditet er faktorer, der reducerer evnen og overskuddet til at deltage i forløb. I forløb for personer med KOL og type 2-diabetes fremgår det, at både lav fysisk kapacitet og begrænset viden om fordele ved træning og kostomlægning kan være en barriere for deltagelse. I interviewene med personer med hjertesygdom, var der desuden flere, der oplevede andre komorbiditeter, som udfordrede dem på forskellig vis. Dette var både relateret til deres egen oplevelse af at kunne deltage i den fysiske del af forløbet, men ligeledes en oplevelse af, at deres henvisningsdiagnose var sekundær. Hos personer med kronisk sygdom, der særligt er udfordret ved deltagelse i fysisk træning på hold, kan en personcentreret tilgang, hvor forløbene tilpasses individuelle behov og præferencer, være en effektiv strategi. Fleksible og skræddersyede forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, der tager højde for den enkeltes fysiske formåen og livsomstændigheder, kan øge engagementet og fastholdelse.

En fjerde faktor er digitale løsninger, som kan have en positiv effekt på henvisning og deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb ved at gøre information mere tilgængelig, lette koordinationen mellem sundhedsaktører og tilbyde mere fleksible behandlingsmuligheder. Digitale henvisningssystemer kan hjælpe læger med hurtigere og mere præcist at identificere patienter, der har gavn af forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, og patientportaler kan øge borgernes egen adgang til information. Der kan dog også være udfordringer forbundet med dette; nogle vil finde det motiverende og praktisk at deltage i et digitalt forløb, mens det for andre kan udgøre en barriere.

En sidste faktor er, at det relationelle aspekt har betydning for deltagelse. Opbakning, støtte og praktisk hjælp kan for nogen være en forudsætning for deltagelse, navnlig hos ældre og personer i en socialt sårbar situation, mens manglende støtte eller belastende familieforhold kan virke hæmmende. Ligeledes kan måden, hvorpå sundhedsprofessionelle kommunikerer og møder den enkelte, være afgørende for oplevelsen af motivation og tryk.

3.3 Metodiske overvejelser

Vidensopsamlingen bygger på en kombination af litteraturgennemgang og interviewundersøgelse, hvilket har givet os en omfattende viden om faktorer, der fremmer eller hæmmer deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Litteraturgennemgangen har bidraget med viden fra eksisterende forskning, mens interviewundersøgelsen har givet os mulighed for at fokusere specifikt på den danske kontekst. Ved at inkludere studier fra lande, der er sammenlignelige med Danmark, har vi sikret, at fundene er relevante og kan overføres til danske forhold. Tilgangen har gjort det muligt at kombinere den internationale evidens med dybdegående indsigt i lokale forhold, hvilket har styrket det samlede datagrundlag. Sammen har disse metoder suppleret hinanden og givet en nuanceret forståelse af de mange forskellige aspekter, der påvirker deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Der blev foretaget forskellige afgrænsninger for litteraturgennemgangen. Tidsmæssigt blev der søgt litteratur fra 2018 og frem for at sikre, at den nyeste viden på området blev inkluderet. Selvom denne afgrænsning blev valgt for at sikre opdateret og relevant information, kunne en bredere tidsramme have givet et mere omfattende billede af udviklingen. Ved at fokusere på nyere studier har vi dog kunnet indfange de seneste tendenser og forskningsresultater, hvilket styrker relevansen af vores fund i forhold til praksis og aktuelle udfordringer.

Interviewundersøgelsen viste, at det var særdeles vanskeligt at rekruttere personer med kronisk sygdom, som takker nej til eller falder fra et forløb. På trods af et tæt samarbejde med flere sundhedsenheder som henviser borgerne, og de, der udbyder forløb, samt en rekrutteringsstrategi tilpasset den enkelte praksis, rekrutterede vi færre personer, som takkede nej til forløb end forventet. Det tætte samarbejde og den åbne dialog gav os dog en unik indsigt i aktuelle processer og udfordringer i adgang til forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Det blev tydeligt, at flere enheder allerede har fokus på denne problemstilling, og nogle havde iværksat initiativer for at reducere frafald. Det blev ligeledes klart, at der er stor variation i, hvor stort problemet opleves i praksis. Indenfor rammerne af denne undersøgelse var det ikke muligt at iværksætte yderligere rekrutteringsstrategier. Ved fremtidige undersøgelser med fokus på personer som takker nej til deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, er tidlig inddragelse af sundhedsprofessionelle en vigtig faktor. Derudover bør andre rekrutteringsprocesser overvejes for at sikre et større datagrundlag (f.eks. samarbejde med patientforeninger, opslag på sociale medier, eller længerevarende feltarbejde).

Interviewundersøgelsen tager udgangspunkt i oplevelser og erfaringer fra personer med kronisk sygdom. Indledningsvist blev der forsøgt at rekruttere personer, som havde takket nej til forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud, men det viste sig at være vanskeligt. På grund af disse rekrutteringsudfordringer blev der ikke foretaget yderligere selektion i forhold til køn, alder, etnicitet eller social sårbarhed. Undersøgelsen inddrager heller ikke sundhedsprofessionelles perspektiver, da fokus udelukkende har været på oplevelserne

fra personer med kronisk sygdom. En bredere og mere målrettet rekrutteringsstrategi kunne muligvis have bidraget med et mere nuanceret billede af forskellige erfaringer med kronisk sygdom og rehabilitering.

3.4 Videnshuller

For at kunne forbedre forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for personer med kronisk sygdom, er det afgørende at identificere og adressere eksisterende videnshuller. Disse huller udpeger områder, hvor der mangler tilstrækkelig forskning og viden, hvilket kan begrænse effektiviteten af den nuværende praksis og de anvendte interventioner. Ved at belyse disse mangler kan vi identificere nødvendige fokusområder for fremtidig forskning og udvikling, som kan bidrage til at optimere forløb og sikre bedre resultater for personer med kronisk sygdom. I det følgende afsnit præsenteres de mest fremtrædende videnshuller, som er identificeret gennem litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen.

1. Der er behov for mere forskning om praktiserende lægers kendskab til og engagement i henvisningsprocessen til forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Dette inkluderer deres viden om eksisterende forløb, oplevelse af henvisningsprocedurer, og hvordan samarbejdet med rehabiliteringsenheder kan forbedres.
2. Der mangler viden om, hvordan digitale løsninger kan påvirke henvisning og deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Dette inkluderer både de positive aspekter, såsom øget tilgængelighed og koordination, samt de potentielle barrierer, som teknologiske udfordringer og lav digital kompetence blandt personer med kronisk sygdom.
3. Der er behov for mere forskning om, hvordan forebyggelses- og rehabiliteringsforløb kan tilpasses individuelle behov og præferencer. Dette inkluderer fleksible og skræddersyede forløb, der tager højde for den enkeltes fysiske formåen, livsomstændigheder, og personlige præferencer, samt hvordan disse tilpasninger kan øge engagement og fastholdelse.
4. Der mangler viden om, hvordan sociale og kulturelle faktorer påvirker deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Dette inkluderer barrierer relateret til etnisk minoritetsbaggrund, sprogbarrierer, og kulturelle opfattelser af sundhed og rehabilitering, samt hvordan sundhedsprofessionelle kan adressere disse barrierer effektivt.
5. Der er behov for mere forskning om de borgere, som slet ikke bliver tilbudt et forløb. Dette inkluderer at identificere årsagerne til, at de ikke bliver tilbudt forløb, og hvordan sundhedssystemet kan sikre, at flere får adgang til forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Opmærksomhedspunkter til beslutningstagere

4 Opmærksomhedspunkter til beslutningstagere

Vidensopsamlingen peger på en række opmærksomhedspunkter til det videre arbejde. Et tættere samarbejde med praktiserende læger kan være en god start, da de spiller en central rolle i henvisningsprocessen. Ved at øge deres kendskab til eksisterende forløb og forbedre samarbejdet med rehabiliteringsenheder kan flere personer med kronisk sygdom få adgang til nødvendige forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Derudover kan inddragelse af den praktiserende læge som tovholder være med til at fremme deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Derudover kan udvikling og implementering af digitale løsninger potentielt forbedre tilgængeligheden og koordinationen af forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Investering i teknologiske platforme, der kan lette henvisningsprocessen og gøre information mere tilgængelig for både sundhedsprofessionelle og deltagere, kan være en god idé. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at digitale løsninger ikke altid er en entydig god idé. Resultaterne peger på, at der kan være personer med kronisk sygdom, som er udfordret af teknologiske løsninger. Teknologiske udfordringer og manglende digital kompetence kan udgøre betydelige barrierer for nogle, og det er derfor nødvendigt at tage højde for disse udfordringer, når digitale løsninger implementeres.

Fleksible og skræddersyede forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, der tager højde for individuelle behov og præferencer, kan også være en effektiv strategi. Ved at tilpasse forløbene til den enkeltes fysiske formåen, livsomstændigheder og personlige præferencer kan engagementet og fastholdelsen øges. Beslutningstagere bør derfor have fokus på udviklingen af sådanne tilpasninger.

Det er også vigtigt at forstå og adressere de sociale og kulturelle barrierer, der påvirker deltagelse i rehabiliteringsforløb. Dette inkluderer at sikre, at rehabiliteringsforløb er tilgængelige for personer med etnisk minoritetsbaggrund og sprogbarrierer, samt at sundhedsprofessionelle er uddannet i kulturel kompetence.

Det er også vigtigt at inddrage sundhedsprofessionelle i praksis, da de besidder vigtig viden og har iværksat vigtige initiativer på lokalt niveau. Deres erfaringer og indsigt kan være afgørende for at udvikle og implementere effektive rehabiliteringsforløb, der er tilpasset de lokale behov og udfordringer. Endelig er der behov for mere forskning om de personer med kronisk sygdom, som slet ikke bliver tilbudt rehabilitering.

Samlet set bidrager vidensopsamlingen med vigtig viden om de mange faktorer, der påvirker personer med kronisk sygdoms vej ind i og udbytte af forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Indsigterne kan anvendes til at kvalificere udvikling og implementering af indsatser, der fremmer social lighed i sundhed og styrker den enkeltes muligheder for at leve et meningsfuldt liv med kronisk sygdom.

Introduktion

5 Introduktion

5.1 Baggrund for vidensopsamlingen

Personer med kronisk sygdom og behov for forebyggelse og rehabilitering skal tilbydes forebyggende og/eller rehabiliterende forløb. I Danmark tilbydes disse forløb med afsæt i sundhedsloven, som genoptræning i §140, samt forebyggelse i §119. Ansvar for den patientrettede forebyggelse og rehabilitering har været delt mellem kommuner og regionerne siden strukturreformen i 2007 (3).

Patientrettet forebyggelse har til formål at sikre optimal behandling og muliggøre at den enkelte har de rette forudsætninger for at tage bedst muligt vare på sig selv. Rehabilitering henvender sig til personer med eller i risiko for begrænsninger i funktionsevne og dagligdagen, og har til formål at skabe et meningsfuldt liv med størst mulig aktivitet, deltagelse og livskvalitet. Forebyggelse og rehabilitering er således tæt forbundne, og der er flere fællestræk mellem dem, da begge fokuserer på at optimere behandling og styrke egenomsorg. Gennem rehabilitering, patientundervisning og genoptræning opnår personer med kronisk sygdom den nødvendige viden og kompetencer til at tage bedst muligt vare på sig selv (2). I Danmark anvendes både sundhedslovens §119 og §140 som afsæt til forebyggelses- og rehabiliteringsforløb (3). Formålet med disse forløb er, at give den enkelte indsigt, redskaber og tro på egne evner, hvilket på sigt kan føre til bedre håndtering af livet med en kronisk sygdom (1). Forløbene tilpasses den enkeltes behov og inkluderer en afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol. Dette skal tilpasses på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af den enkeltes funktionsevne og helbredsforhold. Som udgangspunkt henvises personer med kronisk sygdom til forløbene via sygehuse, speciallæger eller almen praksis. Derudover er der mulighed for, at personer med kronisk sygdom selv kan henvende sig eller henvises af andre forvaltningsområder som fx jobcenteret.

Der er evidens for, at rehabiliteringsforløb og individuelt tilrettelagte forløb har stor betydning for funktionsevne hos personer med kronisk sygdom og deres muligheder for at leve et godt liv med sygdommen (4). En forudsætning for dette er, at personer med kronisk sygdom henvises til og deltager i forløbene.

Til trods for dette, er der stor variation i, hvor mange der deltager. Dette kan skyldes manglende henvisning til forløb eller manglende mulighed for eller oplevet relevans af at deltage i disse forløb. Eksempelvis fandt en systematisk gennemgang af lungerehabilitering i 10 forskellige lande henvisningsrater på under 35% i 93% af de inkluderede studier (5). Ligeledes fandt et scoping review fra 2023, at 52% af de inkluderede studier rapporterede lav deltagelse ($\leq 50\%$) og 30% af studierne rapporterede moderat deltagelse (51-75%) til hjerterehabilitering (6).

Forskning peger desuden på, at der er social ulighed i, hvem der henvises til, og hvem der deltager i, og hvem der gennemfører forløb. Et dansk studie fandt fx, at lav socioøkonomisk position var associeret med signifikant lavere deltagelse og højere frafald i hjerterehabilitering sammenholdt med personer med høj socioøkonomisk position (7).

I Danmark har vi et mål om lighed i deltagelse i disse forløb, og at flere med stort behov deltager i forløbene (1). Målet skal opnås ved at styrke den systematiske henvisning fra sygehus og almen praksis til forebyggelses- og rehabilitering, samt hjælpe sundhedsorganisationer med at udvikle organisatorisk sundhedskompetence, der kan nedbryde de barrierer, der måtte stå i vejen for, at nogle borgere deltager i forløbene.

På denne baggrund har DEFACTUM, på opdrag fra Sundhedsstyrelsen, udarbejdet denne vidensopsamling. Vidensopsamlingen består af to centrale elementer: en systematisk litteraturgennemgang og en interviewundersøgelse med borgere i målgruppen for forløbene. I denne rapport er målgruppen afgrænset til at omfatte personer med kræft, hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og lænderyg-smerter.

Formål

Formålet med vidensopsamlingen er at levere viden og indsigt i, hvorfor nogle borgere ikke får adgang til, eller vælger ikke at deltage i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Rapportens resultater kan bidrage som vidensgrundlag i arbejdet med nye initiativer at skabe øget social lighed i adgang og udbytte af forebyggelse og rehabilitering i det danske sundhedsvæsen.

Litteraturgennemgang

6 Litteraturgennemgang

I dette kapitel opsummeres eksisterende viden om barrierer og facilitatorer for deltagelse i forebyggelse eller rehabiliteringsforløb udenfor hospitalet. Litteraturgennemgangen fokuserer på forskning i en dansk kontekst eller fra sammenlignelige lande, som er udgivet i perioden 2018 til juni 2024. Kapitlet indledes med kort metodeafsnit inklusiv en beskrivelse af in-og eksklusion af studier og rapporter. Herefter følger fem resultatafsnit, som er opdelt efter diagnose (kræft, hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og lænderyg-smerter). Hvert resultatafsnit indeholder en gennemgang af centrale fund fra de inkluderede studier i relation til forhold, der kan hæmme eller fremme deltagelse i forebyggelses- eller rehabiliteringsforløb.

6.1 Metode, litteraturgennemgang

Den systematiske litteraturgennemgang er gennemført som et scoping review. Et scoping review er en bestemt type videnssynthese baseret på en systematisk tilgang, som bl.a. kan anvendes til at kortlægge viden på et givent område og informere praksis (8). Et scoping review gennemføres ud fra de samme strenge principper for systematik og transparens som et traditionelt systematisk review og udarbejdes i henhold til PRISMA extension for scoping reviews (9, 10). Med udgangspunkt i konceptualiseringsmodellen; Population, Interessefelt og Context (PICO), blev en specifik søgestrategi for hver database udarbejdet. Søgestrategi og udvælgelse af søgetermer blev udarbejdet i tæt samarbejde med en forskningsbibliotekar. Søgningen blev foretaget i følgende databaser: Medline, Embase, PsykInfo, Cochrane, CINAHL og Web of Science. Officielle danske evalueringer blev identificeret ved gennemgang af relevante hjemmesider: Google, REHPA, Kræftens Bekæmpelse, Statens Institut for Folkesundhed, DEFACTUM (Region Midtjylland), Center for Forebyggelse i praksis (KL), Center for Patientinddragelse (Region Hovedstaden), Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), VIVE, Videnscenter for Diabetes, samt relevante patientforeninger. Referencelister til inkluderede kilder blev ligeledes screenet for at identificere yderligere relevante kilder.

6.1.1 In og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier

- Population: Voksne (18+) med kronisk sygdom, som er henvist til eller som burde være henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringsforløb. Populationen er afgrænset til personer med følgende sygdomme: Kræft, hjerte-kar-sygdom, KOL, type 2-diabetes og lende- og rygsmerter.
- Interessefelt: Barrierer og facilitatorer relateret til henvisning til, opstart af og/eller deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.
- Context (kontekst): Konteksten omfatter forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, som blev tilbudt uden for hospitalerne. I en dansk kontekst omfatter forløbene genoptræning efter sundhedslovens §140 og forebyggelse (i kommunerne også kaldet

rehabilitering) efter sundhedslovens §119. Borgerne kan være henvist fra sygehus, praktiserende speciallæge eller almen praksis.

- Studietype: Videnskabelige peer-reviewed kvantitative, kvalitative og mixed methods studier samt dansksprogede "officielle evalueringer" eller undersøgelser.
- Oprindelsesland: Litteraturgennemgangen bygger på viden fra forskning i en dansk kontekst eller lande, vi sammenligner os med. Studier fra følgende lande blev inkluderet: Danmark, Sverige, Norge, Finland, Island, Storbritannien, Tyskland, Frankrig og Nederlandene. Disse lande blev udvalgt, fordi såvel landenes sundhedssystemer som befolkningens livsstil er sammenlignelig med det danske sundhedsvæsen samt den danske befolknings livsstil og sundhedstilstand (11).
- Publikationsår: Studier eller rapporter publiceret i perioden 1. januar 2018 til 2. juli 2024.
- Sprog: Studier eller rapporter på engelsk, dansk, norsk og svensk.

Eksklusionskriterier

- Population: Publikationer omhandlende børn og unge under 18 år.
- Studietyper: Bogkapitler, conferenceabstracts, protokoller, ikke-systematiske oversigtsartikler, 'Expert opinions', økologiske studier samt kvantitative case-serier med under 20 cases.

6.1.2 Udvælgelse af litteratur

De identificerede referencer blev uploadet til platformen Covidence. Covidence er et webbaseret referenceprogram, der kan bidrage til at strømline udarbejdelsen af systematiske litteraturgennemgange fra screening af abstracts til dataekstraktion. Efter fjernelse af dubletter blev referencerne screenet af en forsker på titel- og abstract niveau, hvor alle studier, der fokuserede på forebyggelse af udviklingen af kronisk sygdom, blev fraserteret. Herefter blev de resterende referencer atter screenet på titel- og abstractniveau af forskere, uafhængigt af hinanden, op imod de prædefinerede inklusions- og eksklusionskriterier. Referencer som ikke tydeligt opfyldte inklusionskriterierne blev ekskluderet. De resterende referencer blev gennemgået på fuldtekstniveau af to forskere uafhængigt af hinanden. Inklusion blev foretaget via konsensus og om nødvendigt gennem drøftelse med en tredje forsker. Årsager til eksklusion af alle fuldtekststudier blev dokumenteret. Inklusion og eksklusion af studier er præsenteret i et flowdiagram (figur 1).

6.1.3 Dataekstraktion og syntese

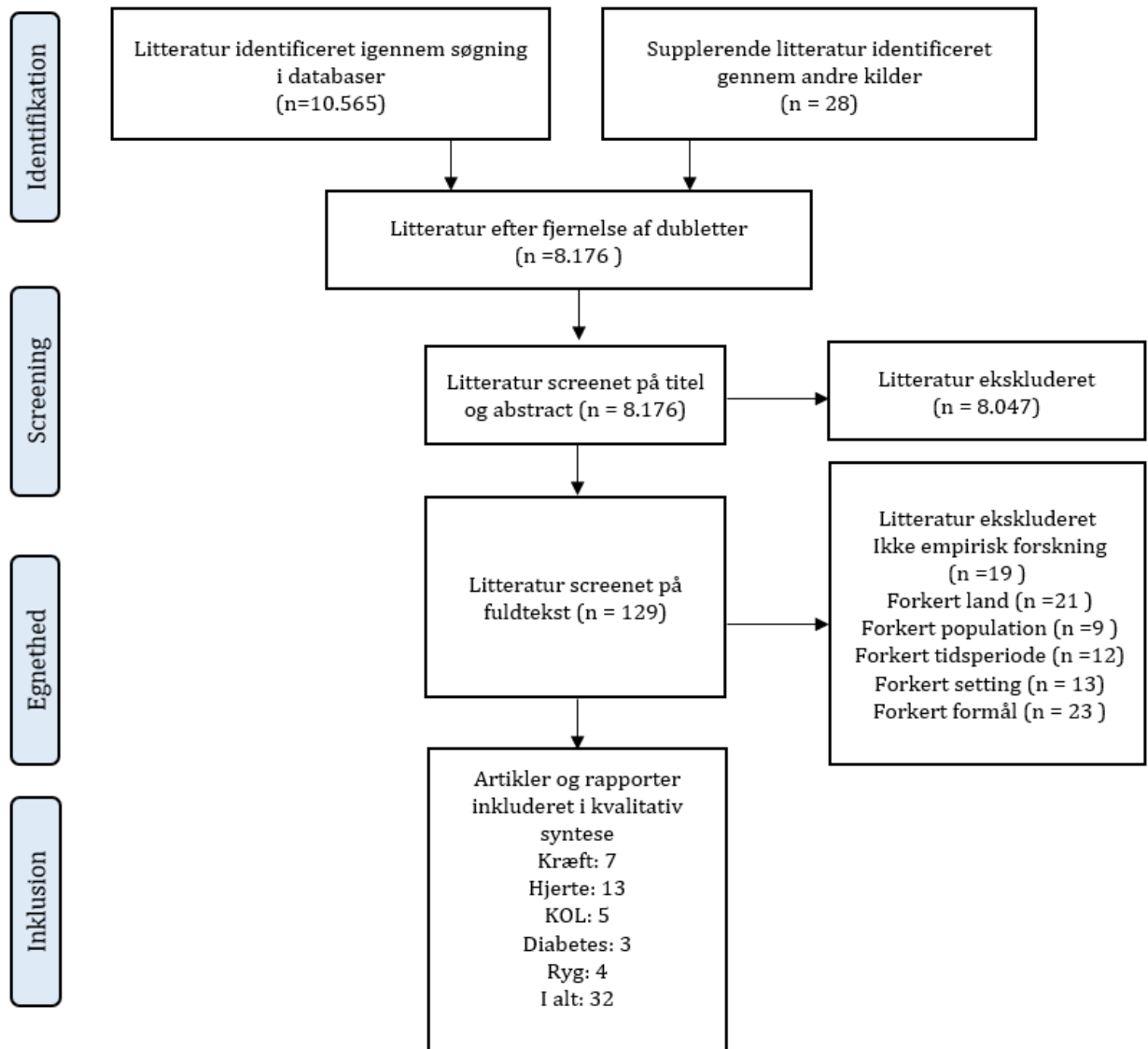
Relevante data fra de inkluderede studier og rapporter blev udtrukket ved hjælp af et dataekstraktionsskema. Information om barrierer og facilitatorer for adgang til og deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb blev identificeret i studierne og evalueringernes resultatafsnit. Syntesen blev udarbejdet som en tematisk analyse baseret på Braun og Clarkes tilgang (12). Denne analysetilgang blev valgt, da den kunne bidrage med at identificere mønstre og sammenhænge på tværs af de inkluderede studier. Braun og Clarkes tematiske analysemetode består af følgende seks faser: 1) fortrolighed med data: gennemlæsning af data for at opnå et overordnet indtryk og forståelse af indholdet, 2) generering af indledende koder: data kodes ved at identificere potentielle temaer eller

mønstre, 3) søgning efter temaer: kodede data organiseres i indledende temaer, 4) gennemgang af temaer: identificerede temaer gennemgås nøje med henblik på navngivning, vurdering af relevans, meningsfuldhed og sammenhæng i forhold til det overordnede forskningsmål, 5) definering af temaer: de endelige temaer defineres, ofte ved hjælp af klare beskrivelser og eksempler, og eventuelle underordnede temaer identificeres og 6) rapportering af temaer: resultaterne af den tematiske analyse præsenteres i rapporten, inklusiv en beskrivelse af hvert tema, samt illustrative citater eller eksempler fra dataene. Dette sikrer en klar og sammenhængende præsentation af temaernes betydning og relevans inden for forskningskonteksten.

6.1.4 Inkluderede studier

I alt blev 10.565 studier identificeret ved litteratursøgningen i de udvalgte databaser. Derudover blev 28 artikler og rapporter identificeret ved reference- og citationssøgning i relevante systematiske reviews samt via søgning efter danske rapporter. Efter at dubletter var fjernet, var der 8.176 artikler og rapporter i alt. Disse studier blev screenet på titel- og abstract-niveau. 129 artikler og rapporter blev læst i fuld tekst. 97 studier blev ekskluderet, da de ikke opfyldte inklusionskriterierne. Systematiske reviews, som opfyldte eller delvist opfyldte inklusionskriterierne blev anvendt til reference- og citationssøgning med henblik på at identificere relevante primærstudier. Inkluderede studiers referencelister blev ligeledes gennemgået. I alt opfyldte 32 studier inklusionskriterierne og blev inkluderet i litteraturgennemgangen.

Figur 1: Flowdiagram



6.2 Resultat af litteraturgennemgangen – Kræft

I dette afsnit præsenteres den tematiske analyse af de studier, som omhandler forebyggelse og rehabilitering til personer, som har overlevet et kræftforløb (kræftoverlevende). Indledningsvist gennemgås karakteristika for de inkluderede studier. Herefter præsenteres sociodemografiske karakteristika, som ifølge de inkluderede studier er associeret med lavere sandsynlighed for at blive henvist til og/eller deltage i kræftrehabilitering. Dernæst præsenteres resultaterne fra litteraturgennemgangen i forhold til fremmende og hæmmende forhold inddelt på henholdsvis individuelt, relationelt og organisatorisk niveau. Hvert afsnit afsluttes med en opsummering af de identificerede barrierer og facilitatorer (se boks 1-4).

6.2.1 *Karakteristika for de inkluderede studier*

Syv af de 32 inkluderede studier omhandler rehabilitering til kræftoverlevende (13-19) (tabel 1). Tre af studierne er fra Norge, to er fra Danmark og de to sidste er fra henholdsvis Tyskland og Sverige. Tre af studierne er baseret på interviews (13-15), to er baseret på kvantitative spørgeskemadata (16, 17) og to er såkaldte mixed method studier, som anvender både kvalitative og kvantitative (18, 19). Informanterne er kræftoverlevende i fire af studierne, mens de resterende tre studier er baseret på besvarelser fra sundhedsprofessionelle, som er involveret i rehabilitering til kræftoverlevende.

Tabel 1: Oversigt over studier som omhandler rehabilitering til kræftoverlevende

Forfatter (årstal) (ref.)	Land	Formål	Informanter (N)	Setting	Alder	Køn (mænd)	Studiedesign (dataindsamling)
Lie et al. (2019) (13)	Norge	At undersøge kræftkoordinatorers erfaringer med rehabilitering til kræftoverlevende i det primære sundhedsvæsen	Kræftkoordinatorer, sygeplejersker (12)	Kommunalt	31-62 år (51)	8 %	Kvalitativt (Fokusgruppeinterviews)
Ranes et al. (2022) (14)	Norge	At undersøge erfaringer fra implementeringen af et nyt fire-måneders gruppetræningsprogram for kræftoverlevende i det kommunale sundhedsvæsen efter endt genoptræning i det specialiserede sundhedsvæsen	Kræftoverlevende som har gennemført et rehabiliteringsforløb (14)	Kommunalt	50-77 år (64,9)	57 %	Kvalitativt (Fokusgruppeinterviews)
Schønau et al. (2019) (15)	Danmark	At udforske de levede erfaringer, opfattelser og overvejelser hos personer, der har afvist deltagelse i et randomiseret klinisk forsøg med træningsrehabilitering efter operation for lungekræft og hjælpe med at belyse, hvorfor denne gruppe er svær at rekruttere og fastholde	Personer med lungekræft som ikke har deltaget i rehabilitering (15)	Kommunalt	48-84 år (68)	60%	Kvalitativt (Individuelle interviews)
Maiwald et al. (2021) (16)	Tyskland	At undersøge barrierer for rehabilitering til kræftoverlevende	Fagpersoner, der er involveret i henvisning til kræftrehabilitering (606) (249 læger, 194 socialrådgivere, 105 sygeplejersker, 55 psykologer)	Rehabiliteringscentre	(51)	31 %	Kvantitativt (Spørgeskema)
Ohlsson-Nevo et al. (2019) (17)	Sverige	At beskrive patienters interesse for at deltage i kræftrehabilitering	Personer med en kræftdiagnose (728)	-	25-96 år (67,9)	57 %	Kvantitativt (Spørgeskema)
Kristiansen et al. (2019) (18)	Danmark	At undersøge udviklingen i rehabiliteringstilbud i danske kommuner i perioden 2013 til 2016 med fokus på tilgængelighed, brug og organisering af rehabilitering til kræftoverlevende, herunder eksisterende muligheder og udfordringer	Personer, som er ansvarlige for rehabilitering til kræftoverlevende i kommunen (93 kommuner)	Kommunalt	-	-	Mixed-methods (Spørgeskema)
Ahmedzai et al. (2022) (19)	Norge	At vurdere gennemførligheden og accepten af et nyudviklet multidimensionelt kræftrehabiliteringsprogram i Norge	Kræftoverlevende som har gennemført et rehabiliteringsforløb (55)	Kommunalt	30-69 år (56)	20 %	Mixed-Methods (Spørgeskema og fokusgruppeinterviews)

6.2.2 Sociodemografiske karakteristika

Følgende sociodemografiske karakteristika blev i litteraturgennemgangen identificeret som værende associeret med lavere henvisning til og/eller lavere deltagelse i kræftrehabilitering.

Mænd: Ifølge flere studier er deltagelsen i kræftrehabiliteringsforløb lavere blandt mænd end blandt kvinder (17-19). I et norsk rehabiliteringsforløb var andelen af mænd, som deltog 20% (19). Ifølge en spørgeskemaundersøgelse baseret på besvarelser fra 728 kræftoverlevende, kan køn ligeledes have betydning for, hvilke typer af indsatser, personer ønsker at deltage i (17). Ifølge dette studie ønsker mænd generelt at deltage i færre aktiviteter end kvinder. Den eneste type af aktivitet, som mænd var mere interesseret i end kvinder var seksuel rådgivning (17). Ifølge sundhedsprofessionelle kan nogle mænd have en negativ attitude i forhold til kræftrehabilitering, der opfattes som grædeklubber og noget, hvor man 'sidder i rundkreds' (18). Samme studie fremhæver kønsopdelte hold som en facilitator for at øge deltagelsen blandt mænd (18).

Unge: Ifølge Kristiansen et al. er unge kræftoverlevende mindre tilbøjelige til at deltage sammenlignet med voksne (18).

Ældre: Studiet af Ohlsson-Nevo et al. finder, at interessen for at deltage i organiserede kræftrehabiliteringsforløb falder efter 60-årsalderen (17).

Kort uddannelsesniveau: Ifølge Ohlsson-Nevo et al. falder interessen for at deltage i rehabiliteringsforløb med lavere uddannelsesniveau (17). I et norsk rehabiliteringsforløb var andelen af deltagerne med kort uddannelse 8 % sammenlignet med 43 % blandt personer med lang uddannelse (19).

Social sårbarhed: En spørgeskemaundersøgelse med besvarelse fra 93 danske kommuner viser, at personer i en socialt sårbar situation sjældnere henvises til kræftrehabilitering sammenlignet med resten af befolkningen (18). Dette skyldes ifølge Kristiansen et al., dels at sundhedsprofessionelle på hospitalerne vurderer, at socialt sårbare ikke har ressourcerne til at kunne gennemføre et rehabiliteringsforløb, og dels at de sundhedsprofessionelle mangler indsigt i de kommunale forløb (18).

Etnisk minoritetsbaggrund eller sprogbarrierer: Ifølge flere studier deltager personer med etnisk minoritetsbaggrund i lavere grad i kommunale kræftrehabiliteringsforløb (16, 18). Dette skyldes dels, at denne gruppe sjældnere bliver henvist, dels at de oftere takker nej til forløbet, og dels at de ikke selv opsøger det (16, 18). I studiet af Kristiansen et al. tilkendegiver sundhedsprofessionelle, at manglende dansk kundskaber er en barriere for deltagelse i gruppebaserede rehabiliteringsforløb for denne gruppe (18).

Sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere deltagelse i kræftrehabilitering

- Mænd
- Unge
- Ældre
- Kort uddannelsesniveau
- Social sårbarhed
- Etnisk minoritetsbaggrund og/eller sprogbarrierer

6.2.3 Individuelle forhold som påvirker deltagelse

Her præsenteres den viden, litteraturgennemgangen har tilvejebragt om, hvilke individuelle forhold, der har betydning for deltagelse i rehabilitering for kræftoverlevende. De individuelle forhold er opdelt i to kategorier: Situationsspecifikke forhold og mestring.

Situationsspecifikke forhold

Litteraturen peger også på at deltagelse i kræftrehabilitering kan afhænge af situationsspecifikke forhold, som fx jobsituation og timing i forhold til tidspunkt efter diagnose. Disse situationsbaserede forhold er beskrevet i dette afsnit.

Manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver: Flere studier peger på, at manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiveren udgør en barriere for deltagelse i rehabiliteringsforløb efter tilbagevenden til arbejde (14, 15, 19). Ifølge Ranes et al. kan det være svært for personer at balancere arbejde med træning, da de oplever kognitive udfordringer, nedsat koncentration og nedsat evne til at multitasking, som følge af deres kræftbehandling (14). Manglende støtte fra arbejdsgiveren kan gøre det vanskeligt at deltage i rehabiliteringsforløb:

"Du ved, i mit tilfælde var det bare ikke muligt [at deltage i rehabilitering], fordi jeg var nødt til at komme tilbage til mit arbejde. Og jeg skulle beslutte mig for, om jeg skulle bruge ekstra tid. Jeg synes ikke, jeg kunne finde tid til det".

(64-årig mand som ikke har deltaget i kræftrehabilitering) (15).

Støtte og økonomisk kompensation fra arbejdsgiveren kan derimod fungere som en faciliterende faktor for deltagelse i rehabiliteringsforløb (14, 19).

Type af kræftdiagnose: Ifølge Ohlsson-Nevo afhænger graden af deltagelse af, hvilken kræftdiagnose personen har (17). Personer diagnosticeret med underlivs- eller brystkræft var mest interesseret i at deltage i kræftrehabiliteringsforløb (17).

Mestring

Flere studier belyser, hvordan individers mestringsstrategier og tidligere livserfaringer har betydning for deltagelse i kræftrehabilitering. Dette er uddybet nedenfor.

Tidligere erfaringer med fysisk aktivitet: Tidligere erfaring med fysisk aktivitet kan have betydning for oplevelsen af rehabilitering som værende vigtigt og meningsfuldt (15, 18). For personer, som ikke har været fysisk aktive før deres kræftforløb, opleves fysisk aktivitet ikke som en meningsfuld aktivitet. For denne gruppe vægter 'det gode liv' højere end de sociale normer om at skulle være fysisk aktiv:

"Jeg kan ikke lide at træne, og jeg har aldrig trænet, men jeg kan lide at læse – noveller, magasiner osv. Jeg kan lide mit liv som det er, og jeg ønsker ikke at ændre noget".

(84-årig kvinde som ikke har deltaget i kræftrehabilitering) (15).

Manglende erfaring med fysisk aktivitet kan således være en barriere for deltagelse i rehabilitering blandt kræftoverlevende. Personer som tidligere har været fysisk aktive, kan imidlertid også fravælge rehabilitering – dog af andre årsager. Denne gruppe kan ifølge Schønau et al. fravælge rehabilitering, fordi de hellere selv vil tilrettelægge og strukturere deres træning. Det, at vende tilbage til tidligere motionsvaner på egen hånd, kan for denne gruppe være en måde at genvinde kontrol og tage ansvar for eget liv efter sygdom (15).

Mangel på selvoplevet behov: Flere studier viser, at manglende selvoplevet behov har indflydelse på villigheden til at deltage i rehabiliteringsforløb (15, 16). Ifølge Maiwald et al. er troen på, at man kan komme sig bedre på en anden måde, en afgørende faktor for deltagelse (16). Hvis en person ikke oplever et personligt behov for at deltage i et rehabiliteringsforløb, opleves det ikke som meningsfyldt at deltage (15). Et studie peger desuden på, at der blandt kræftoverlevende kan være en opfattelse af, at sundhed er individets eget ansvar. Dette medfører, at man ikke ser det som samfundets opgave at tilbyde rehabilitering (15). Denne opfattelse kan ifølge Schønau et al. medføre en følelse af skyld eller skam, hvis man ikke kan leve op til det individuelle ansvar (15).

Boks 2: Opsummering af individuelle forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i kræftrehabilitering

Individuelle forhold som kan fremme deltagelse i kræftrehabilitering	Individuelle forhold som kan hæmme deltagelse i kræftrehabilitering
Situationsspecifikke forhold: <ul style="list-style-type: none">• ÷	Situationsspecifikke forhold: <ul style="list-style-type: none">• Manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver• Type af kræftdiagnose
Mestring: <ul style="list-style-type: none">• ÷	Mestring: <ul style="list-style-type: none">• Tidligere erfaringer med fysisk aktivitet• Mangel på selvoplevet behov

6.2.4 Relationelle forhold som påvirker deltagelse

Det følgende afsnit omhandler barrierer og facilitatorer, som knytter sig til relationer mellem mennesker. Afsnittet er opdelt i temaerne: interaktionen mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren/patienten og interaktionen mellem deltagerne.

Interaktion med sundhedsprofessionelle

Som uddybet nedenfor har sundhedsprofessionelle viden og interaktion med deltagerne betydning for deltagelse.

Sundhedsprofessionelles viden: Ifølge Raner et al. har sundhedsprofessionelles viden om rehabilitering, kræftdiagnose samt bevidsthed om deres faciliterende rolle betydning for deltagelse (14). Disse faktorer er medvirkende til at skabe et trygt rehabiliteringsmiljø med individuelt tilpassede forløb (14).

Interaktion med andre deltagere

Litteraturgennemgangen viste, at gruppebaserede forløb med plads til socialt samvær kan være en facilitator for en deltagelse og fastholdelse i et rehabiliteringsforløb. Dette er uddybet nedenfor.

Fællesskab i forløb: Interviews med kræftoverlevende viser, at deltage i gruppebaserede rehabiliteringsforløb er en stærk motivation for deltagelse (14). Oplevelsen af sammenhold skaber en følelse af forpligtigelse og engagement i forløbet (14):

"En ting er, at vi presser hinanden, men en anden ting er, at vi har lært hinanden godt nok at kende til at se, om den anden person har en off-dag. Det handler ikke kun om at tage hensyn, men om at passe på hinanden".

(Person som har deltaget i kræftrehabilitering) (14).

Ifølge Raner et al. kan forløb med andre kræftoverlevende fremme et omsorgsfuldt miljø, hvor deltagerne støtter og motiverer hinanden – særligt på dage, hvor bivirkninger og utilpashed fylder (14). Dog kan bekymringen for at blive konfronteret med andres sygdom og problemer have en negativ indvirkning på deltagelsen, ifølge Maiwald et al. (16). Hvorvidt gruppeforløbene bør være diagnosespecifikke eller ej, er der ifølge litteraturen delte meninger om. Kristiansen et al. fremhæver, at diagnosespecifikke hold kan være en facilitator for deltagelse (18). Diagnosespecifikke hold for personer med hoved-hals-, bryst- eller prostatakræft fremhæves, da disse kræftformer kan medføre diagnosespecifikke senfølger, som kræver særlige kompetencer blandt sundhedsprofessionelle (fx synkebesvær, hævelse af arm, inkontinens og hormonelle forandringer). I modsætning hertil finder Ahmedzai et al., at det ikke var afgørende, hvorvidt de øvrige deltagere havde samme diagnose (19). Deltagerne fremhævede tværtimod forskelle i diagnoser, behandling, køn og alder som positive faktorer (19). Dette skyldes, at fokus i rehabiliteringsforløbet ikke relaterede sig til selve kræftsygdommen, men snarere på overlevelse, at se fremad og ikke dvæle ved det forløb, deltagerne havde været igennem (19). Ligeledes fandt Raner et al., at sygdom sjældent blev nævnt under

kræftrehabiliteringsforløbet, og deltagerne oplevede i fællesskab et skifte i fokus fra sygdom til sundhedsfremme (14).

Det sociale miljø: Det sociale miljø vurderes at være lige så vigtigt som det fysiske miljø (14). Et rum til socialt samvær før eller efter træning fremhæves som værdifuldt, da det bidrager til følelsen af at høre til i et fællesskab. At dele en kop kaffe eller have en samtale efter træning styrker det mentale helbred og gør deltagerne bedre rustet til at håndtere de dårlige dage:

"Du ved, jeg hadede min kræft. Men så fandt jeg denne fantastiske gruppe! Med dig og kaffebordet, og det blev ugens højdepunkt!"

(Peron som har deltaget i kræftrehabilitering) (14).

Boks 3: Opsummering af relationelle forhold som kan hæmme eller fremme deltagelse i kræftrehabilitering

Relationelle forhold som kan fremme deltagelse i kræftrehabilitering	Relationelle forhold som kan hæmme deltagelse i kræftrehabilitering
<ul style="list-style-type: none">• Sundhedsprofessionelles viden• Fællesskab i forløb• Det sociale miljø	<ul style="list-style-type: none">• ÷

6.2.5 Organisatoriske og strukturelle forhold som påvirker deltagelse

Her opsamles den viden, litteraturgennemgangen har genereret om, hvilke organisatoriske og strukturelle forhold, der fremmer eller hæmmer deltagelse i rehabilitering blandt kræftoverlevende. Afsnittet er opdelt i to temaer, nemlig forhold der relaterer sig til henvisning til rehabilitering og forhold der vedrører organisering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb.

Henvisning

Litteraturen peger på betydelige organisatoriske og lovgivningsmæssige udfordringer i henvisningen til rehabilitering efter et kræftforløb. Nedenfor gennemgås centrale barrierer samt bud på løsninger ud fra de inkluderede studier.

Mangelfuld koordinering og samarbejde på tværs af sektorer: Ifølge flere studier er der mangel på fælles retningslinjer for henvisning til kræftrehabilitering og en uklar ansvarsfordeling i leveringen heraf, særligt når patienter skifter mellem forskellige sektorer i sundhedsvæsenet (13, 16). Lie et al. finder, at det er uklart, hvem der har ansvaret for at henvise kræftoverlevende til rehabilitering. Både det specialiserede sundhedsvæsen og praktiserende læger mangler tilstrækkelig viden om rehabiliteringsforløb, og kommunen yder heller ikke den tilstrækkelige støtte. Dette efterlader ansvaret på den enkelte til selv at finde relevante forløb – en opgave, de ifølge Lie et al. ofte ikke lykkes med (13). En anden årsag til manglende henvisning fra hospitalet er lav tiltro til de kommunale sundhedsprofessionelles kompetencer (18). Ifølge Kristiansen et al. resulterer den manglende kvalitet i henvisningssystemet i, at alt for

mange kræftoverlevende ikke bliver henvist, hvilket især rammer de mest sårbare (18). Deltagelse afhænger derfor ofte af engagement fra kræftoverlevende, deres pårørende eller dedikerede sundhedsprofessionelle, hvilket skaber ulige adgang til rehabilitering for kræftoverlevende (13). Ifølge flere studier er der behov for systematiske behovsvurderinger og bedre samarbejde og koordinering på tværs af sektorer, som kan sikre, at personer i højere grad henvises fra hospitaler til kommuner og kan sikre lige adgang til kræftrehabilitering (13, 16, 18).

Timing i henvisning og opstart: Tid fra diagnose til opstart af rehabilitering kan have betydning for deltagelsen (15, 17, 18). Studier viser enstemmigt, at interessen for at deltage øges med tiden fra diagnose. Da mange kræftforløb er langvarige, har kræftoverlevende ofte ikke overskud eller ressourcer til at opstarte rehabilitering, mens de er i kemoterapi eller strålebehandling (18). Faktorer som træthed, manglende energi og usikkerhed omkring forandringer nævnes som barrierer for tidlig deltagelse (15). Tidspunkt for henvisning og opstart stemmer således ofte ikke overens med de ressourcer, den enkelte har til rådighed på det givne tidspunkt (18). Der er derfor behov for fleksible rehabiliteringsplaner, der giver kræftoverlevende mulighed for at modtage indsatsen, når de har de nødvendige ressourcer til at deltage (18).

Rigide regler og lovkrav: Rigide regler og lovkrav for henvisning og opstart opleves som en barriere for deltagelse i rehabiliteringsforløb (16, 18). Et dansk studie finder, at mange kræftforløb er langvarige, og der er behov for rehabiliteringsplaner, der sikrer, at patienterne kan deltage, når de har de tilstrækkelige ressourcer til det (18). De nuværende lovkrav indebærer, at kræftoverlevende henvist til rehabilitering efter § 140 skal starte rehabilitering inden for 7 dage efter henvisning, hvilket ikke nødvendigvis stemmer overens med patientens aktuelle ressourcer og behov.

Praktiserende læge som tovholder: Praktiserende læge bliver nævnt som en nøgleperson og samarbejdspartner i forhold til kræftrehabilitering:

"Der er behov for et system, som rækker ud til [patienter med rehabiliteringsbehov] (...) Der er behov for at få det her problem løst, og jeg kan ikke se, at det kan gøres af andre end den praktiserende læge, som modtager journalnotater og som skal være den krog, der fanger patienterne".

(Kommunal kræftkoordinator) (13).

Organisering og tilrettelæggelse

Udover udfordringer relateret til henvisning, blev der i litteraturen identificeret følgende barrierer og facilitatorer for deltagelse i rehabilitering for kræftoverlevende.

Fragmenterede tilbud: De nuværende rehabiliteringsforløb beskrives som fragmenterede, hvilket udgør en barriere for deltagelse (13). Rehabiliteringsforløbene leveres primært som enkeltstående interventioner efter behandling (fx fysioterapi), hvilket begrænser deres anvendelighed for personer med flere sygdomme (13). Rehabilitering opdeles i siloer, hvor hold og tilbud er sygdomsspecifikke, hvilket ikke

imødekommer behovene hos personer med flere samtidige sygdomme (16). Dette skaber udfordringer for kræftoverleverne, der har brug for en mere helbredsorienteret og sammenhængende tilgang i deres rehabiliteringsforløb. I Lie et al. beskrives de sundhedsprofessionelles viden som mangelfuld og begrænset til deres eget medicinske felt. Sundhedsprofessionelle ønsker, at rehabiliteringen i højere grad adresserer den enkeltes biopsykosociale rehabiliteringsbehov (13).

Afklarende samtale og patientinddragelse: En afklarende samtale og patientinddragelse kan facilitere deltagelse i rehabiliteringsforløb (13, 14, 19). Flere studier fandt at individuelt tilpassede rehabiliteringsforløb baseret på individuelle ressourcer, behov og mål medførte tryghed og mindre bekymring blandt deltagerne (13, 14, 19).

Lokale og nationale politikker: Et norsk studie fandt, at der blandt sundhedsprofessionelle opleves et behov for fremtidige lokale og nationale politikker for at fremme kræftrehabilitering i kommunerne (13).

Samarbejde mellem kommuner: Et dansk studie fandt, at etablering af samarbejde på tværs af kommunerne kan give mulighed for at etablere diagnosespecifikke gruppebaserede aktiviteter, fx for personer med hoved-hals-, bryst- eller prostatakraft (18).

Lokaltforankrede tilbud: To norske studier viser en bred enighed om vigtigheden af lokalt forankrede rehabiliteringsforløb (13, 19). Rehabilitering bør finde sted i hverdagslivet, så det kan tilpasses andre aktiviteter og forpligtigelser. Lange geografiske afstande kan være tidskrævende og udmattende. Mange har desuden hverken mulighed for eller lyst til at være væk hjemmefra – især ikke, hvis de har børn. Flere nævner, at lokalt forankrede forløb er at foretrække fremfor hospitalsbaserede forløb, da hospitalet ofte forbindes med negative oplevelser relateret til kræftbehandling:

"Det [at det var lokalt] har betydet alting. Jeg ville ikke være kommet tilbage til det sted [hospitalet] igen".

(Person som har deltaget i kræftrehabilitering) (19).

Fastlagte tidspunkter: Ifølge Ranes et al. udgør faste træningsdage og tidspunkter en vigtig støtte for kræftoverleverne til at prioritere og fastholde rehabiliteringsforløbene (14). Den faste struktur gør det lettere at integrere forløbet i hverdagen og at koordinere med både familie og arbejdsgiver (14). For mange er strukturen afgørende for at genoptage normale rutiner og få daglig aktivitet ind i hverdagen (14). Et studie finder, at træning 2 gange om ugen er passende og acceptabelt til trods for at nogle deltagere synes, det var hårdt i starten (19).

Boks 4: Opsummering af organisatoriske forhold som kan hæmme eller fremme deltagelse i kræftrehabilitering

Organisatoriske forhold som kan fremme deltagelse i kræftrehabilitering	Organisatoriske forhold som kan hæmme deltagelse i kræftrehabilitering
<p>Henvisning:</p> <ul style="list-style-type: none">• Timing i henvisning og opstart• Praktiserende læge som tovholder	<p>Henvisning:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mangelfuld koordinering og samarbejde på tværs af sektorer• Timing i henvisning og opstart• Rigide regler og lovkrav
<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Afklarende samtale og patientinddragelse• Lokale og nationale politikker• Samarbejde mellem kommuner• Lokaltforankrede tilbud• Fastlagte tidspunkter	<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fragmenterede tilbud

6.3 Resultat af litteraturgennemgangen – Hjertesygdom

I dette afsnit præsenteres resultaterne af litteraturgennemgangen for de studier, der omhandler forebyggelse og rehabilitering til personer med hjertesygdom. Indledningsvist gennemgås karakteristika for de inkluderede studier. Herefter præsenteres sociodemografiske forhold som ifølge de inkluderede studier er associeret med lavere sandsynlighed for at blive henvist til og/eller deltage i hjerterehabilitering. Dernæst præsenteres resultaterne fra litteraturgennemgangen i forhold til fremmende og hæmmende forhold inddelt på henholdsvis individuelt, relationelt og organisatorisk niveau. Hvert afsnit afsluttes med en opsummering af de identificerede barrierer og facilitatorer (se boks 5-8).

6.3.1 *Karakteristika for de inkluderede studier*

Der er 13 studier, som omhandler barrierer og facilitatorer for hjerterehabilitering (tabel 2). Syv af disse studier er fra Danmark (7, 20-25), mens de resterende er fra Norge (26), Holland (27, 28), Irland (29, 30) og Skotland (31). Halvdelen af studierne er kvalitative, mens den anden halvdel er baseret på kvantitative analyser. Ti af studierne omhandler patientperspektiver, mens to omhandler professionelles perspektiver.

Tabel 2: Oversigt over studier som omhandler rehabilitering til personer med hjerte-kar-sygdom

Forfatter (årstal) [ref]	Land	Formål	Informanter (N)	Setting	Alder	Køn (mænd)	Studiedesign Dataindsamling
Bourke et al. (2022) (29)	Irland	At identificere de vigtigste faktorer, der har indflydelse på deltagers adherence og tidlig frafald i hjerterehabilitering	Patienter med hjerte-kar sygdom som enten er faldet fra eller har gennemført rehabilitering (14)	Udenfor hospital	(67,3)	50 %	Kvalitativt (Interviews)
Ravn et al. (2024) (24)	Danmark	At undersøge refleksioner og perspektiver hos patienter, der fravælger hjerterehabilitering	Patienter med hjerte-kar sygdom som er frafaldet* hjerterehabilitering (8)	Kommune	40-71+ år	87,5 %	Kvalitativt (Semistrukturerede individuelle interviews)
Ravn et al. (2023) (23)	Danmark	At undersøge facilitatorer og barrierer i overgangen fra sygehus til kommunal hjerterehabilitering	Sundhedsprofessionelle, der arbejder med hjerterehabilitering på hospital eller kommune (16)	Kommune	25-56+ år	12,5 %	Kvalitativt (Deltagerobservation og fokusgruppeinterviews)
Ravn et al. (2022) (22)	Danmark	At undersøge årsager til frafald fra hjerterehabilitering	Patienter med hjerte-kar sygdom som ikke har gennemført rehabilitering(118)	Kommune	38-88 år (65)	81 %	Kvalitativt (Retrospektiv audit af patienters journaler)
Ravn et al. (2022) (21)	Danmark	At undersøge facilitatorer for adherence til hjerterehabilitering	Sundhedsprofessionelle, der er specialiseret i og arbejder med kommunalhjerterehabilitering (11)	Kommune			Kvalitativt (Fokusgruppeinterviews)
Thompson et al. (2021) (30)	Irland	At undersøge faktorer der har betydning for deltagelse i hjerterehabilitering	Patienter som har deltaget i hjerterehabilitering (10) og deres pårørende (10)	Udenfor hospital	Patienter: 37-77 år (64) Pårørende: 29-87 år (56)	Patienter: 80 % Pårørende: 40 %	Kvalitativt (Semistrukturerede interviews)
Brouwers et al. (2021) (27)	Holland	At undersøge i hvilket omfang og på hvilket tidspunkt patienter falder fra hjerterehabilitering, og at vurdere hvilke patientrelaterede karakteristika, der kan forudsige frafald	Patienter, der har været indlagt på hospitalet med en blodprop i hjertet (640)	Udenfor hospital	(69 ± 12,8)	66%	Kvantitativt (Journaldata)
Jones et al. (2018) (31)	Skotland	At undersøge determinanter for deltagelse i hjerterehabilitering	Personer som er henvist til hjerterehabilitering (inkluderer både deltagere og ikke-deltagere) (214)	Udenfor hospital	62 år (24-86 år)	80%	Kvantitativt (Spørgeskema og elektronisk dagbog)
Olsen et al. (2018)	Norge	At undersøge hvor mange der deltager i hjerterehabilitering samt hvilke	Patienter med hjerte-kar-sygdom (7.068)	Udenfor hospital	(63 ± 10,2)	75 %	Kvantitativt (Spørgeskema)

(26)		karakteristika der har betydning for deltagelse					
Pedersen et al. (2018) (20)	Danmark	At undersøge sammenhængen mellem socioøkonomisk position og deltagelse i hjerterehabilitering samt at undersøge andre karakteristikas betydning for denne sammenhæng.	Patienter med hjerte-kar-sygdom (inkluderer både deltagere og ikke-deltagere (302)	Kommune	34-94 år	72 %	Kvantitativt (Spørgeskema og elektroniske patientjournaler)
Sommer et al. (2021) (25)	Danmark	1) At undersøge frafaldsrate i løbet af et 12 ugers rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer med særligt fokus på overgangen mellem hospital og kommune. 2) At undersøge patientkarakteristika forbundet med frafald i overgangen mellem hospital og kommune	Patienter som er indlagt på et hjerteafdeling og som er henvist til et 12 ugers rehabiliteringsforløb hvoraf de første 6 uger foregår på hospitalet og de efterfølgende 6 uger foregår i en kommunal setting (265)	Hospital og kommune	68 år (sd=10,3)	77%	Mixed-methods (telefoninterviews)
Svensen et al. (2022) (7)	Danmark	At undersøge sammenhængen mellem socioøkonomisk status og deltagelse i rehabilitering	Patienter som er henvist til hjerterehabilitering (2.018)	Kommune	(65,5 år)	72%	Kvantitativt (Registerstudie)
Vonk et al. (2024) (28)	Holland	At beskrive tidstendenser i hjerterehabiliteringsdeltagelse mellem 2013 og 2019 og give indsigt i brug af komponenter i hjerterehabilitering	Patienter som er henvist til hjerterehabilitering (106.212)	Udenfor hospital	Deltagere: (65 ± 10) Ikke-deltagere: (70 ± 12)	Deltagere: 71 % Ikke-deltagere: 54 %	Kvantitativt (Registerstudie)

* Frafaldet defineres af Ravn et al. som manglende opstart (n: 6) eller manglende gennemførelse af hjerterehabilitering (n: 2) (24)

6.3.2 Sociodemografiske karakteristika

Følgende sociodemografiske karakteristika blev i litteraturgennemgangen identificeret som værende associeret med lavere henvisning til og/eller lavere deltagelse i hjerterehabilitering.

Køn: Baseret på de inkluderede studier, er der ikke et entydigt svar på, hvorvidt der er kønsmæssige forskelle på deltagelse i hjerterehabilitering. To danske studier fandt ingen signifikant sammenhæng mellem køn og deltagelse i hjerterehabilitering blandt personer, som var henvist til hjerterehabilitering (20, 25). To studier fra Holland fandt, at kvinder i lavere grad deltager i hjerterehabilitering sammenholdt med mænd (27, 28). Blandt kvinderne, var der 27 %, der deltog i hjerterehabilitering, mens 43 % af mændene deltog (28). I et af studierne var resultaterne opdelt på, hvorvidt man bliver henvist til hjerterehabilitering, og hvorvidt man dropper ud af hjerterehabilitering (27). Dette studie fandt, at kvinder har signifikant lavere sandsynlighed for at blive henvist til hjerterehabilitering. Der var imidlertid ikke signifikant forskel mellem kønnene i forhold til hvem, der falder fra (27). I modsætning hertil fandt et norske studie, at mænd har 28 % lavere sandsynlighed for at deltage i hjerterehabilitering sammenlignet med kvinder (26). Ifølge studiet kan en mulig forklaring på denne tilsyneladende forskel i forhold til andre studier være, at kvinder har tendens til at deltage senere i sygdomsforløbet end mænd. Og eftersom opfølgningstiden i dette studie er relativ lang (tre år), kan det tænkes, at forskellen er blevet udjævnet (26).

Alder: Undersøgelsen peger på, at der ikke er enighed i, om alders betydning for deltagelse i hjerterehabilitering. Tre studier fandt at sandsynligheden for at deltage i hjerterehabilitering faldt med stigende alder (26-28). To danske studier fandt dog ingen signifikante forskelle i deltagelse baseret på alder blandt personer, som var henvist til hjerterehabilitering (20, 25).

Kort uddannelse: To danske og et norsk studie fandt, at kort uddannelse er associeret med lavere deltagere i hjerterehabilitering sammenlignet med personer med længere uddannelse (7, 20, 26).

Lav indkomst: Ligeledes fandt et dansk studie af Svendsen et al. at personer med lav (familie)indkomst i mindre grad deltager i hjerterehabilitering (7). Det gælder både for opstart og gennemførelse af et hjerterehabiliteringsforløb (7).

Manglende tilknytning til arbejdsmarkedet: Det samme studie af Svendsen et al. fandt at personer i den arbejdsdygtige alder, som står uden for arbejdsmarkedet, har lavere sandsynlighed for at opstarte og for at gennemføre et hjerterehabiliteringsforløb (7).

Bor alene: Ifølge to danske studier deltager personer, der bor alene i mindre grad i hjerterehabilitering sammenlignet med personer, der bor sammen med andre. Sandsynligheden for ikke at deltage i hjerterehabilitering er dobbelt så høj, hvis du bor alene sammenlignet med at bo med andre (7, 20).

Boks 5: Sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere henvisning til og/eller lavere deltagelse i hjerterehabilitering

Sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere deltagelse i hjerterehabilitering

- Det er ikke entydigt hvordan køn og alder påvirker deltagelse i hjerterehabilitering
- Kort uddannelse
- Lav indkomst
- Manglende tilknytning til arbejdsmarkedet
- Bor alene

6.3.3 Individuelle forhold som påvirker deltagelse

Dette afsnit omhandler individuelle forhold, som har betydning for henvisning til, deltagelse i og gennemførelse af hjerterehabilitering. Disse er opdelt i to kategorier: Situationsspecifikke forhold og mestring.

Situationsspecifikke forhold

I dette afsnit gennemgås situationsbaserede forhold som ifølge de inkluderede studier har betydning for deltagelse i hjerterehabilitering.

Dårligt fysisk helbred: Dårligt fysisk helbred er forbundet med lavere deltagelse i hjerterehabilitering (20, 22, 26-29). Personer med lav fysisk funktion deltager i lavere grad (27, 29). Ligeledes fandt studier, at komorbiditet samt graden af alvorlighed af hjertesygdom er forbundet med lavere deltagelse og gennemførelse (komorbiditet: (20, 22, 28, 29)) (alvorlighed af hjertesygdom: (26-28)). Et studie fandt dog ingen forskel i deltagelse afhængig af alvorligheden af sygdommen (20).

Dårligt mentalt helbred: Psykiske udfordringer, som fx stress, angst og depression, er ifølge sundhedsprofessionelle en barriere for gennemførelse af og deltagelse i hjerterehabiliteringsforløb (22). Humør kan desuden påvirke deltagelse (22, 31). Mangel på energi og initiativ er forbundet med lavere deltagelse (22). Personer som oplever negativ affekt (stress, vrede, tristhed, frustration, nervøsitet), har lavere sandsynlighed for at deltage, mens personer, der er glade og energiske deltager i højere grad (31). De personer, der er mest bekymrede for deres hjertesygdom, er mindst villige til at deltage i hjerterehabiliteringsforløb (31). Dog fandt et studie, at angst og depression faktisk var forbundet med øget deltagelse (20).

BMI under 25: Et studie fandt at personer med et BMI over 25 i højere grad deltog i hjerterehabilitering sammenholdt med personer med BMI under 25 (26).

Lang transporttid: Længere afstand til hjerterehabilitering er ifølge flere studier forbundet med lavere sandsynlighed for at deltage i hjerterehabilitering (20, 27, 29).

Familiemæssige forpligtigelser: Familiemæssige forpligtigelser i hverdagslivet, som fx at tage vare på en syg ægtefælle, påvirker ligeledes deltagelse negativt (21, 29).

Manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver: Litteraturgennemgangen viser, at manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver udgør en barriere for deltagelse i rehabilitering efter tilbagevenden til arbejde (21-24, 29).

For personer, der er på arbejdsmarkedet, er det at vende tilbage til arbejde essentielt. Det kan opleves som overvældende at skulle deltage i hjerterehabilitering samtidig med, at man skal starte på arbejde (22, 24). I Danmark kan arbejdsgivere modtage økonomisk kompensation, når en medarbejder skal holde fri til at deltage i rehabilitering. Til trods for dette, kan det at skulle balancere mellem arbejde og deltagelse i hjerterehabilitering opleves som en stor udfordring:

"Det lyder godt, når du siger, at min arbejdsgiver kan søge kompensation, men det sker ikke. Der er ingen afløser, mine kollegaer skal bare arbejde hurtigere".

(Person som er frafaldet hjerterehabilitering)(24).

For nogle personer med hjertesygdom, kan det at droppe ud af hjerterehabilitering være en ambivalent følelse af at skulle vælge imellem ens helbred og det at vende tilbage til arbejde og opretholde en økonomisk stabil situation. Nogle personer kan føle sig presset til at droppe ud af hjerterehabilitering af økonomiske årsager eller fordi de føler sig forpligtet over for arbejdsgivere, jobcentret eller kollegaer (22-24). Løsningsforslag til at imødekomme denne barriere omfatter information til arbejdsgiver omkring vigtigheden af deltagelse i hjerterehabilitering samt oprettelse af hold, som ligger uden for normal arbejdstid (21, 23, 29).

Mestring

Nedenfor gennemgås resultaterne fra de inkluderede studier i relation til mestringsstrategier og tidligere livserfaringers betydning for deltagelse i hjerterehabilitering.

At få en blodprop (udløsende årsag): Ifølge to studier er den traumatiske oplevelse i forbindelse med at få en blodprop i hjertet ofte drivkraften bag den enkeltes beslutning om at deltage i hjerterehabilitering (29, 30). Deltagelse ses som et bidrag til at forebygge endnu en blodprop og til at håndtere de psykologiske følgevirkninger (30). Ifølge interviews med personer som deltager i hjerterehabilitering, er de følelsesmæssige og fysiske konsekvenser/omkostninger nok til at motivere dem til at deltage i forløbet (29).

Viden om fordele og effekt: Ligeledes har viden og forståelse af de positive effekter af hjerterehabilitering betydning for den enkeltes deltagelse (29-31). Hvis man oplever hjerterehabilitering som nødvendig og effektiv, er man mere tilbøjelig til at deltage (31). Dog er viden ikke en tilstrækkelig forudsætning for at deltage, da andre faktorer kan påvirke motivationen:

"Patienten er bekymret for, om smerten i hans ben vil forværres, når han træner, og dette har betydning for hans motivation for at fortsætte. Han er dog bekymret for sit helbred, hvis han ikke begynder at træne".

(Note fra sundhedsprofessionel) (22).

Selvom man kender fordelene ved at deltage i hjerterehabilitering, så kan der være forskellige barrierer for, at man kan ikke overskue det. Fysiske eller mentale udfordringer kan være barrierer, som fører til en indre kamp (22).

Genvinde kontrol: En dansk interviewundersøgelse med personer, som ikke har gennemført hjerterehabilitering fandt, at det at genvinde kontrol over eget liv kan være en måde at håndtere den nye livssituation for personer med hjertesygdom (24). Ønsket om at genvinde kontrol kan føre til, at personer føler sig selvsikre i at håndtere deres hjertesygdom på egen hånd, og derfor er rehabilitering ikke vigtig for dem (22, 24).

"Jeg har en god instruktør. Vi kender hinanden, og hun er dygtig og ved, hvad jeg har brug for. Jeg kan lave de samme øvelser hos hende, som jeg kan til hjerterehabilitering".

(Person som er frafaldet hjerterehabilitering) (24).

Nogle vurderer, at de selv kan opfylde deres behov for fysisk aktivitet og andre livsstilsændringer, og mener derfor ikke at frafald fra hjerterehabilitering har en betydning (24).

Tiltro til egne evner: Undersøgelsen peger på, at der ikke er enighed i, om tiltro til egne evner er en barriere eller en facilitator for deltagelse i hjerterehabilitering. Et studie fandt, at høj tiltro til at kunne håndtere og kontrollere rehabilitering, var positivt associeret med deltagelse i hjerterehabilitering (31), mens et andet studie fandt, at der ingen sammenhæng var (20).

Selvoplevet behov: Ifølge en interviewundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle, har nogle personer med hjertesygdom et negativt syn på hjerterehabilitering som et forløb, der er målrettet personer, som er syge. Personer, der ikke opfatter sig selv som syge, kan derfor have svært ved at se relevansen ved at deltage i hjerterehabilitering (22, 23).

Boks 6: Opsummering af individuelle forhold som kan hæmme eller fremme deltagelse i hjerterehabilitering

Individuelle forhold som kan fremme deltagelse i hjerterehabilitering	Individuelle forhold som kan hæmme deltagelse i hjerterehabilitering
Situationsbaserede forhold: <ul style="list-style-type: none">• BMI over 25	Situationsbaserede forhold: <ul style="list-style-type: none">• Dårligt fysisk helbred• Dårligt mentalt helbred• Lang transporttid• Familiemæssige forpligtigelser• Manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver
Mestring: <ul style="list-style-type: none">• At få en blodprop (udløsende årsag)• Viden om fordele og effekt• Det er ikke entydigt hvordan tro på egne evner påvirker deltagelse i hjerterehabilitering	Mestring: <ul style="list-style-type: none">• Genvinde kontrol på egen hånd• Det er ikke entydigt hvordan tro på egne evner påvirker deltagelse i hjerterehabilitering• Mangel på selvoplevet behov for rehabilitering

6.3.4 Relationelle forhold som påvirker deltagelse

Relationer mellem mennesker har betydning for deltagelse i hjerterehabilitering. I det følgende afsnit præsenteres barrierer og facilitatorer, som relaterer sig til forholdet til sundhedsprofessionelle, samt relationen til andre deltagere og til familie og venner.

Interaktion med sundhedsprofessionelle

Sundhedsprofessionelles rådgivning har stor betydning for deltagelse i hjerterehabilitering – både i forhold til, om man siger ja til at opstarte et forløb og i forhold til, om man gennemfører forløbet. Dette er uddybet nedenfor.

Sundhedsprofessionelles viden og attitude: Sundhedsprofessionelles generelle syn på hjerterehabilitering er værdifuld og værdsat af personer med hjertesygdom (24, 30). Sundhedsprofessionelles rådgivning forud for opstart i hjerterehabilitering har stor betydning for den enkeltes motivation for at deltage (24, 30). Det at blive anbefalet at deltage i hjerterehabilitering af en sundhedsprofessionel, bliver beskrevet som en indiskutabel årsag til at opstarte hjerterehabilitering:

"Da jeg var på hospitalet, var der en hjertesygplejerske, som fortalte om hjerterehabilitering ... Jeg værdsatte dette råd fra sundhedsprofessionelle meget, fordi de kun ville gøre det af berettigede grunde for at prioritere mit helbred og recovery. Hvorfor skulle man ikke høre på det? Det er som at blive givet vindernumrene i lotto og beslutte sig for ikke at tage dem".

(52-årig mand som har gennemført hjerterehabilitering) (30).

Viden om deres muligheder i forhold til hjerterehabilitering og at hjælpe den enkelte med at forstå hjerterehabilitering, var eksempler på rådgivning, som blev givet af de sundhedsprofessionelle (23). Omvendt kan sundhedsprofessionelles negative holdning til rehabilitering virke demotiverende for personer med hjertesygdom, i forhold til at skulle opstarte hjerterehabilitering (24). Det omhandler både sundhedsprofessionelles attitude og udtryk for, om det er det rigtige for dem at deltage i hjerterehabilitering (24).

Ifølge sundhedsprofessionelle, er der behov for et fælles sprog om hjerterehabilitering på tværs af sektorer (21). Personer med hjertesygdom bliver præsenteret for hjerterehabilitering på forskellige måder, og det er essentielt, at hjerterehabilitering bliver omtalt som en vigtig del af behandlingen og ikke blot som et tilbud eller som noget, der udelukkende består af fysisk træning. Dette underminerer vigtigheden af hjerterehabilitering, fordi det ikke fremgår væsentligt for den enkelte at deltage (21).

Sundhedsprofessionelles støtte og ekspertise: Støtte og ekspertise fra sundhedsprofessionelle undervejs i rehabiliteringsforløbet kan virke motiverende for deltagere i forhold til at fortsætte forløbet (29). Hjerterehabilitering uden for hospitalet kan opleves som utrygt, fordi der fx ikke er nogen monitorering af puls. Det kan skabe usikkerhed omkring de sundhedsprofessionelles ekspertise og det at træne uden for en hospitalssetting (29). At opbygge et trygt og et tillidsfuldt forhold til deltagerne, er en facilitator for sikre et godt samarbejde med personer med hjertesygdom (23). Rådgivning fra kyndige sundhedsprofessionelle under et rehabiliteringsforløb, er en væsentlig faktor for deltagelse. Ifølge sundhedsprofessionelle, er det at få etableret en følelse af sammenhold i relationen til de sundhedsprofessionelle væsentligt i forhold til deltagelse i hjerterehabilitering (21).

Social støtte

Gruppebaserede forløb med et forpligtende fællesskab kan facilitere deltagelse og fastholdelse i hjerterehabilitering. Den enkeltes sociale netværk har ligeledes betydning for deltagelse. Mens opbakning og støtte kan facilitere deltagelse, kan pårørendes manglende viden og bekymring være en barriere. Dette er uddybet nedenfor.

Fællesskab i forløb: At deltage i gruppebaserede rehabiliteringsforløb, er ifølge litteraturen en stærk motivator for deltagelse (23, 29). Deltagerne giver udtryk for, at det at tale med andre, der har været igennem det samme som en selv, motiverede dem til at fortsætte i forløbet. Det giver en følelse af omsorg og bekræftelse, når man taler med andre, der også har oplevet de fysiske og mentale påvirkninger, man gennemgår i et hjerterehabiliteringsforløb (29). Ifølge sundhedsprofessionelle, er det fordelagtigt for den enkelte at dele deres erfaringer og deltage i et fællesskab med andre, som oplever de samme situationer som dem selv (21). At lytte til andre deltageres fortællinger om, hvad man kan forvente i de forskellige faser i hjerterehabilitering, var et vigtigt element i den støtte, mange værdsatte. Deltagerne gav udtryk for, at de var mindre bekymrede og mere villige til at prøve nye ting (23, 29). Det at se andre deltagere på samme alder og med samme funktionsevne, der giver den gas og bliver bedre over tid, var meget motiverende

for mange deltagere. Det giver et billede af, "hvad det kan blive til," hvis man arbejder hårdt (29).

Det kan give en følelse af, at de ikke er alene og det kan give håb for nydiagnosticerede, at de kan komme tilbage til livet, som det var før sygdommen (23). Deltagerne nævner ofte, at det sociale element har haft betydning for deres beslutning om at deltage i hjerterehabilitering. I et af studierne beskrives det som en følelse af, at hjerterehabilitering udløste et socialt miljø, som fremmer kammeratskab, hvilket motiverer til at være fysisk aktivitet gennem øget glæde, en følelse af et forpligtende fællesskab og en følelsesmæssig lettelse ved, at man kan betro sig til ligesindede (30). To studier nævner dog, at gruppeforløb kan opleves som en barriere. Denne barriere kan både skyldes en følelse af lavere fysisk formåen end gennemsnittet i gruppen (29), samt manglede behov for at møde andre personer med hjertesygdom (24).

Støtte fra familie: Støtte og opbakning fra familie har betydning for deltagelse (29, 30). Omvendt kan pårørendes manglende viden om hjerterehabilitering have negativ betydning for den enkeltes deltagelse i rehabilitering (30). Pårørende som mangler viden om rehabilitering, særligt fysisk aktivitet, kan fraråde dem til at deltage i rehabilitering, grundet frygt og bekymring for, om det kan være farligt at deltage. Omvendt kan pårørende, som har viden om rehabilitering støtte op om deltagelse (30).

Boks 7: Opsummering af relationelle forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i hjerterehabilitering

Relationelle forhold som kan fremme deltagelse i hjerterehabilitering	Relationelle forhold som kan hæmme deltagelse i hjerterehabilitering
<ul style="list-style-type: none">• Sundhedsprofessionelles viden og attitude• Sundhedsprofessionelles støtte og ekspertise• Fællesskab i gruppeforløb• Støtte fra familie	<ul style="list-style-type: none">• ÷

6.3.5 Organisatoriske og strukturelle forhold som påvirker deltagelse

I dette afsnit opsamles den viden, litteraturgennemgangen har genereret om, hvilke organisatoriske og strukturelle forhold, der fremmer eller hæmmer deltagelse i hjerterehabilitering. Afsnittet er opdelt i to temaer, nemlig forhold, der relaterer sig til henvisning til rehabilitering og forhold, der vedrører organisering og tilrettelæggelse af hjerterehabilitering.

Henvisning til hjerterehabilitering

Samarbejde, koordinering og informationsflow på tværs af sektorer beskrives som et centralt element for at fremme deltagelse i hjerterehabilitering. Dette er uddybet nedenfor.

Samarbejde inden for og på tværs af sektorer: Samarbejde mellem sundhedsprofessionelle inden for og på tværs af sektorer, er ifølge 2 danske studier essentielt (21, 23). Samarbejde mellem hospital og kommune er vigtigt i relation til henvisning til og opstart af hjerterehabilitering. I den forbindelse fremhæves vigtigheden af et sammenhængende forløb (21). De sundhedsprofessionelle pointerer, at rehabilitering bør igangsættes tidligt i behandlingsforløbet (21, 23). Der er behov for bedre flow af information mellem de forskellige sektorer, og det er vigtigt at dele mere end den kliniske information om personer med hjertesygdom. Fx for dem, der ikke taler dansk, vil simpel information omkring hvilket sprog, de taler, kunne hjælpe i forhold til få etableret den første kontakt. Derudover er information om jobsituation og arbejdsforhold også en vigtig faktor for organiseringen af rehabiliteringsforløbet (21).

Timing i henvisning: Timing i forhold til henvisning har ifølge et dansk studie betydning for den enkeltes oplevede behov for hjerterehabilitering (24). Hjerterehabilitering opstartes normalt i forbindelse med en ambulant opfølgning på hospitalet. Tiden fra udskrivelse til denne ambulante opfølgning afhænger af den behandling, som personen er blevet tildelt på hospitalet. Der er stor forskel på, om personen udelukkende har modtaget medicinsk behandling, eller om de har fået foretaget et sternotomi i forhold til, hvornår de er klar til at blive henvist til hjerterehabilitering. Ifølge Ravn et al. oplever nogle personer, at ventetiden har betydning for deres deltagelse (23, 24). Og når personerne bliver vurderet klar til at vende tilbage på deres arbejde, så kan de opfatte sig selv som helbredt og finde hjerterehabilitering mindre meningsfuldt (24).

"På det tidspunkt var der gået så lang tid, at jeg var "rask nok" til at starte på arbejde igen. Og det var før jeg overhovedet var opstartet i hjerterehabilitering".

(Person som er frafaldet hjerterehabilitering) (24).

Organisering og tilrettelæggelse

Som uddybet nedenfor beskrives en personcentreret tilgang i de inkluderede studier som en vigtig forudsætning for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabilitering.

Personcentreret tilgang: De sundhedsprofessionelle beskriver, at en personcentreret tilgang, som tager højde for individuelle præferencer, behov og mål, er en vigtig facilitator for deltagelse i rehabilitering (21). I den forbindelse beskrives en individuel afklarende samtale, hvor den sundhedsprofessionelle i dialog med hver enkelt får indsigt i deres ønsker og udfordringer. Nogle personer med hjertesygdom har brug for mere støtte og motivation, mens andre har brug for mindre. Der er ikke nogen one size fits all. Ligeledes lægges der vægt på individuel tilpasning af programmet, som kan variere fra individuelle sessioner for personer, der finder det vanskeligt at deltage i gruppeforløb til skræddersyede forløb, som tager højde for den individuelles fysiske formåen (21).

Boks 8: Opsummering af organisatoriske forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i hjerterehabilitering

Organisatoriske forhold som kan fremme deltagelse i hjerterehabilitering	Organisatoriske forhold som kan hæmme deltagelse i hjerterehabilitering
<p>Henvisning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde inden for og på tværs af sektor • Timing i henvisning 	<p>Henvisning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÷
<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personcentreret tilgang 	<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÷

6.4 Resultat af litteraturgennemgangen – KOL

Dette kapitel omhandler barrierer og facilitatorer for deltagelse i forebyggelse og rehabilitering af personer med KOL. Kapitlet indledes med en præsentation af de inkluderede studier. Herefter gennemgås centrale fund fra studierne i forhold til barrierer og facilitatorer for lungerehabilitering, inddelt på henholdsvis individuelt, relationelt og organisatorisk niveau. Hvert afsnit afsluttes med en opsummering af de identificerede barrierer og facilitatorer (se boks 9-13).

6.4.1 *Karakteristika for de inkluderede studier*

I alt blev der identificeret fem studier, der omhandler rehabilitering til personer med KOL (tabel 3). Ingen af studierne er danske; alle fem studier stammer fra Storbritannien. To af studierne anvender kvalitative metoder (32, 33), mens to benytter en mixed-methods tilgang (34, 35). Det femte studie af Stone et al. er en kvantitativ analyse baseret på journaldata fra almen praksis på mere end 80.000 personer med KOL (36). I tre af studierne er personer med KOL, informanter (32, 34, 36), mens to studier er baseret på data fra sundhedsprofessionelle i primærsektoren (33, 35).

Tabel 3: Oversigt over studier som omhandler rehabilitering til personer med KOL

Forfatter (årstal) (ref.)	Land	Formål	Informanter (N)	Setting	Alder	Køn (mænd)	Studiedesign (dataindsamling)
Meshe et al. (2019) (32)	England	At forstå deltagernes erfaringer med fordele, barrierer og facilitatorer for fastholdelse i et træningsprogram	Personer med KOL som har deltaget i træningsforløbet (12)	Udenfor hospital	(74.33)	42 %	Kvalitativt (Semistrukturerede interviews)
Watson et al. (2020) (33)	England	At forstå henvisningsprocessens barrierer og facilitatorer, med henblik på at kunne øge henvisningsraterne til lungerehabilitering ,	Sundhedsprofessionelle i primærsektoren, der henviser patienter med KOL til lungerehabilitering (19)	Udenfor hospital	-	-	Kvalitativt (Semistrukturerede interviews)
Fernandes-James et al. (2019) (34)	England	At undersøge sammenhængen mellem psykologisk fleksibilitet og villighed til at takke ja til henvisning til lungerehabilitering	Patienter indlagt med akut forværring af KOL	-	(67,7 år)	44 % (interviews = 39 %)	Mixed-methods (Spørgeskema (n=41) og interviews (n=23))
Watson et al. (2022) (35)	England	At identificere og forstå de psykologiske og strukturelle faktorer, der påvirker praktiserende sundhedsprofessionelles henvisningspraksis til lungerehabilitering ,	Sundhedsprofessionelle i primærsektoren, der henviser patienter med KOL til lungerehabilitering (252)	-	-	-	Mixed-methods (Semistrukturerede interviews og spørgeskema)
Stone et al. (2020) (36)	Wales	At undersøge hvilke karakteristika der kan prædikere henvisning til lungerehabilitering fra primærsektoren	Personer med KOL (82.678)	-	-	50%	Kvantitativt (Journaldata)

6.4.2 Sociodemografiske karakteristika

Baseret på litteraturgennemgangen er det at være kvinde, ældre og/eller have lav socioøkonomisk position forbundet med lavere chance for at blive henvist til lungerehabilitering. Faktorerne er uddybet nedenfor.

Kvinder: Stone et al. finder at kvinder har lavere sandsynlighed for at blive henvist til lungerehabilitering sammenlignet med mænd. Resultatet er baseret på data fra mere end 80.000 personer med KOL (36).

Ældre: Samme studie finder at sandsynligheden for at blive henvist til lungerehabilitering falder med stigende alder (36).

Lav socioøkonomisk position: Ligeledes viser studiet af Stone et al. at personer med lav socioøkonomisk position i mindre grad henvises til KOL-rehabilitering sammenlignet med personer med højere socioøkonomisk position (36).

Boks 9: Opsummering af sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere deltagelse i lungerehabilitering

Sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere deltagelse i lungerehabilitering

- Kvinder
- Ældre
- Lav socioøkonomisk position

6.4.3 Individbaserede forhold der påvirker deltagelse

Nedenfor præsenteres de individuelle faktorer, som i litteraturgennemgangen er identificeret som værende afgørende for henvisning til, deltagelse i og fastholdelse i lungerehabilitering. Faktorerne er inddelt i to kategorier: Situationsspecifikke forhold og mestringssevne.

Situationsspecifikke forhold

I dette afsnit gennemgås situationsspecifikke barrierer for deltagelse. De identificerede barrierer omfatter dårligt fysisk helbred, familiemæssige eller jobmæssige forpligtelser samt lang transporttid. Ligeledes nævnes rygestatus som en mulig barriere.

Dårligt fysisk helbred: Flere studier finder at dårligt fysisk helbred er en barriere for deltagelse i KOL-rehabilitering (32, 34). Ifølge Fernandes-James et al. har personer med KOL, der har komorbiditet i form af diabetes, astma eller en smertetilstand lavere sandsynlighed for at blive henvist til KOL-rehabilitering (34). Stone et al. finder dog, at antallet af akutte forværringer (exacerbationer) øger sandsynligheden for at blive henvist (36).

Rygestatus: En kvantitativ analyse af journaldata fra mere end 80.000 patienter finder, at rygere har lavere sandsynlighed for at blive henvist til lungerehabilitering sammenholdt med eks-rygere (36). Et kvalitativt studie baseret på interviews med sundhedsprofessionelle støtter dette fund (33):

"Hvis en patient ikke vil stoppe med at ryge, hvad er så næsten formålet [med at henvise til lungerehabilitering (red)]".

(Praksismanager fra almen praksis) (33).

Et studie baseret på spørgeskemabesvarelser blandt sundhedsprofessionelle fandt dog, at der ikke var enighed om, hvorvidt lungerehabilitering primært er relevant for personer, der er stoppet med at ryge (35).

Familiemæssige forpligtigelser og værdier: Interviews med personer med KOL viste, at familien ofte prioriteres højere end deltagelse i lungerehabilitering. Det kan bl.a. omfatte at tage vare på en syg ægtefælle eller være sammen med børnebørn (32, 34).

Jobsituation: Ifølge Watson et al. kan det at være i arbejde være en barriere for deltagelse (33, 35). Derudover betragter sundhedsprofessionelle ofte personer, som er i arbejde, som værende for "raske" til at få gavn af et forløb (33):

"Den største faktor er, når de stadig er i arbejde, og hvor det at skulle sætte tid af til at deltage, vil bringe deres arbejdssituation i fare, og at de ikke er syge nok".

(Sygeplejerske fra almen praksis) (33).

Personer med KOL fremhæver ligeledes, at det at være pensioneret, er en facilitator for deltagelse (32).

Tid og udgifter på transport: Lang transporttid og udgifter til transport angives i fire af studierne som en barriere for deltagelse i lungerehabilitering (32-35) – særligt for personer, som er afhængig af iltapparat (34):

"Placeringen af lungerehabilitering er for langt væk for patienter at rejse til og kræver for meget engagement. Patienterne er typisk ældre mennesker med generelt lave indkomster. En del af mine patienter ville deltage, hvis det var tæt på og uden omkostninger".

(Sundhedsprofessionel) (35).

Hvis personer ikke selv har en bil, kan det at skulle tage en offentlig transport være en barriere (32, 33). En facilitator for deltagelse er, at forløbet foregår et sted, som er tæt på deltagernes hjem, og som er tilgængeligt i bil (32).

Mestring

Som beskrevet nedenfor angives angst og manglende motivation som en barriere for deltagelse i lungerehabilitering blandt personer med KOL.

Angst: Angst beskrives i flere studier som en central barriere for deltagelse blandt personer med KOL (33, 34):

"Jeg tror størstedelen af patienter, der siger nej er på grund af den angst de har for at gå ud. Jeg tror, det er nemmere at sige nej".

(Sygeplejerske i almen praksis) (33).

Motivation: Manglende motivation for at deltage er ifølge sundhedsprofessionelle en betydelig barriere blandt personer med KOL (33):

"Den største forhindring er at overbevise folk om at deltage".

(Praktiserende læge) (33).

Ifølge Watson et al. oplever sundhedsprofessionelle, at mange personer med KOL ikke ønsker at deltage i lungerehabilitering. Årsagen til den manglende motivation skyldes, ifølge studierne bl.a. det stigma, der er forbundet med at have KOL samt bekymring for, hvad lungerehabilitering omfatter. Ifølge Watson et al. kan selve navnet 'lungerehabilitering' virke afskrækkende for personer med KOL (33). Manglende ønske om deltagelse kan ifølge Watson et al. medføre at sundhedsprofessionelle i lavere grad henviser personer med KOL til rehabilitering (35).

Oplevede gevinster: Meshe et al. finder at blandt personer, der er opstartet i lungerehabilitering, kan de oplevede fysiske, psykiske og sociale gevinster ved forløbet være en motiverende faktor for at fortsætte (32):

"Jeg mener, jeg har aldrig gjort det [dyrket motion], du ved, bare det at komme til træning i et center to gange om ugen er bedre end det var. Jeg plejede ikke at gøre det, og jeg føler mig fysisk stærkere og bedre".

(Kvinde med KOL som har deltaget i lungerehabilitering)" (32).

Boks 10: Opsummering af individuelle forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i lungerehabilitering

Individuelle forhold som kan fremme deltagelse i lungerehabilitering	Individuelle forhold som kan hæmme deltagelse i lungerehabilitering
Situationsbaserede forhold: <ul style="list-style-type: none">• ÷	Situationsbaserede forhold: <ul style="list-style-type: none">• Dårligt fysisk helbred• Rygestatus• Familiemæssige forpligtigelser og værdier• Jobsituation:• Tid og udgifter på transport
Mestring: <ul style="list-style-type: none">• Oplevede gevinster ved at deltage	Mestring: <ul style="list-style-type: none">• Angst• Manglende motivation

6.4.4 Relationelle forhold som påvirker deltagelse

I de følgende afsnit gennemgås barrierer og facilitatorer, der relaterer sig til interaktionen og relationen mellem mennesker. Afsnittet er opdelt i forhold, der relaterer sig til interaktionen til sundhedsprofessionelle og forhold, der relaterer sig til social støtte.

Interaktion med sundhedsprofessionelle

Som uddybet nedenfor, kan henvisning til lungerehabilitering være forbundet med flere udfordringer og etiske overvejer blandt sundhedsprofessionelle. Under rehabiliteringsforløbet har støtte og supervision stor betydning for deltagernes tryghed.

Sundhedsprofessionelles viden, kendskab og attitude: Ifølge sundhedsprofessionelle, som skal henvise til lungerehabilitering, har det betydning, hvordan forløbet italesættes. Watson et al. finder at sundhedsprofessionelle ofte forsøger at nedtone den fysiske træning overfor personer med KOL for ikke at skræmme dem væk. For nogle sundhedsprofessionelle, kan der også være en bekymring omkring at tilbyde lungerehabilitering til personer, som de ikke tror vil få gavn af det. Manglende kendskab til og viden om de positive gevinster ved lungerehabilitering hos de sundhedsprofessionelle, kan vanskeliggøre henvisning (33, 35). Ifølge Watson et al. undervurderede sundhedsprofessionelle i almen praksis værdien af lungerehabilitering sammenlignet med anden behandling (33):

"Ofte er de allerede på triple-inhalationsterapi og så tænker man, hvad kunne ellers hjælpe, og så er det der, man måske kommer i tanke om, at lungerehabilitering måske kunne være velegnet".

(Læge i almen praksis) (33).

Øget kendskab til indsatser og viden om sygdommen kan være en facilitator for henvisning til lungerehabilitering (35). Her nævnes kurser og videndeling med kollager med specialviden om lungemedicin som vigtige kilder til viden. I studiet af Watson et al. fortæller en praktiserende læge en anekdote som ændrede hendes syn på lungerehabilitering (33):

"...[den praktiserende læge] spurgte konsulenten "hvilken inhalator er bedst?" Den respiratoriske konsulent svarede "Lungerehabilitering".

(Læge i almen praksis) (33).

Støtte og supervision fra sundhedsprofessionelle: Tryghed har ifølge personer med KOL afgørende betydning for deltagelse i lungerehabilitering. Nogle personer oplever det at skulle begynde at træne som intimiderende og utrygt (32). Baseret på interviews med deltagere, kan støtte og supervision fra en instruktør øge oplevelsen af tryghed, da vedkommende kunne gøre forløbet sjovt og mindre skræmmende. Støtten fra instruktøren medførte øget tro på evnen til at kunne træne på egen hånd efter forløbet (32).

Social støtte

Social støtte fra andre deltagere og fra familie er en facilitator for deltagelse i lungerehabilitering. Dette er uddybet i følgende afsnit.

Fællesskab i gruppeforløb: Det at deltage i gruppeforløb og møde andre personer i samme situation som en selv, medførte ifølge et kvalitativt studie mange positive sociale gevinster (32). Det at være en del af en gruppe gjorde deltagerne bevidste om, at de ikke var alene, og at der er andre mennesker, der oplever de samme udfordringer, hvilket påvirkede gensidig omsorg og støtte. En anden oplevet gevinst ved forløbet var et forbedret psykisk helbred. Dette blev ifølge deltagere i lungerehabilitering beskrevet som reduceret depression og reduceret angst forbundet med åndenød under fysisk aktivitet. Deltagerne knyttede disse gevinster til de sociale aspekter i forløbet, hvilket udover sammenholdet i gruppen gav mulighed for at komme væk hjemmefra og møde og tale med personer samt deltage i aktiviteter (32):

"Jeg lider af depression. Jeg får medicin for min depression, men ser du, det er vigtigt at komme her, fordi det hjælper på min depression. At komme her hjælper helt klart til at komme over depressionen. Fordi - jeg tror at det at tale med folk og få forskellige synspunkter, jeg tror det – det hjælper helt klart, ja".

(Kvinde med KOL som har deltaget i lungerehabilitering) (32).

Støtte fra familie: Social støtte fra familie blev også vurderet som en vigtig faktor for deltagelse (32).

Boks 12: Opsummering af relationelle forhold som kan fremme eller hæmme henvisning til og/eller deltagelse i lungerehabilitering

Relationelle forhold som kan fremme deltagelse i lungerehabilitering	Relationelle forhold som kan hæmme deltagelse i lungerehabilitering
<ul style="list-style-type: none">• Sundhedsprofessionelles viden, kendskab og attitude• Støtte og supervision fra sundhedsprofessionelle• Fællesskab i gruppeforløb• Støtte fra familie	<ul style="list-style-type: none">• Manglende kendskab til og viden om positive gevinster ved lungerehabilitering blandt sundhedsprofessionelle

6.4.5 Organisatoriske og strukturelle forhold som påvirker deltagelse

I dette afsnit opsummeres den viden litteraturgennemgangen har tilvejebragt om, hvilke organisatoriske og strukturelle forhold der fremmer eller hæmmer deltagelse og efterlevelse af rehabilitering for personer med KOL. Afsnittet er opdelt i organisatoriske forhold, der påvirker henvisning til lungerehabilitering og forhold, der relaterer sig til organisering og tilrettelæggelse af forløbet.

Henvisning

Hvilke personer bør tilbydes lungerehabilitering og hvornår? Det er nogle af faktorer der ifølge litteraturen har betydning for henvisning til lungerehabilitering. Dette er uddybet nedenfor.

Kriterier og timing for henvisning: Forud for henvisning til lungerehabilitering foretages en vurdering af patientens fysiske og psykiske funktionsevne (deres egnethed) (33). Ifølge et engelsk studie, beskriver sundhedsprofessionelle i almen praksis lungerehabilitering som en *indsats til patienter med KOL i en forværret tilstand målt som åndenød, nedsat lungefunktion og tiltagende akutte forværringer også kaldet exacerbationer* (33). Ifølge studiet, nævner sundhedsprofessionelle ofte at kriteriet for henvisning er en score på ≥ 3 på en skala som går fra 1-5 (Medical Research Council (MRC)). Dog sker henvisning på baggrund af en subjektiv vurdering af patientens tilstand (33). Ifølge Watson et al. kan praktiserende læger være tilbageholdende i forhold til at henvise patienter, som får ilttilskud, grundet en bekymring for hvorvidt, de får noget ud af forløbet (33). Omvendt kan lægerne afholde sig fra at henvise personer med en højere funktionsevne, da målgruppen for rehabilitering beskrives som *'personer i forværret tilstand'*, hvor mange patienter vurderes for gode til at deltage (33). Der vil således være en stor gruppe som enten vurderes at være for 'dårlige' eller for 'gode' til at deltage i lungerehabilitering. I almen praksis beskrives konsultationstid og prioritering som en barriere for henvisning til rehabilitering (33):

"Den største barriere for enhver henvisning er tid ... [KOL-rehabilitering] er nærmest et valgfrit element, du kan overveje, ikke noget du skal gøre".

(Sygeplejerske fra almen praksis) (33).

Timing for henvisning bliver også nævnt som en udfordring, idet det ikke anses som hensigtsmæssigt at henvise til lungerehabilitering, når patienten henvender sig på grund af en akut forværring. Her nævnes en opfølgende konsultation efter den akutte forværring som en facilitator for henvisning til rehabilitering er (33).

Samarbejde og vidensdeling: Et engelsk studie finder, at sundhedsprofessionelle, der henviser til lungerehabilitering, oplever mangel på engagement og information om rehabiliteringsforløb fra dem, der varetager forløbene, hvilket kan påvirke henvisningsprocessen negativt (33).

Organisering og tilrettelæggelse

Lokalt forankrede forløb: Lokalt forankrede forløb fremhæves som vigtig for deltagelse, ifølge både patienter og sundhedsprofessionelle (32, 33, 35). Derudover fremhæves vigtigheden af tilrettelæggelse af tilbuddet i forhold til tidspunkt og varighed af sessionerne (32).

Boks 13: Opsummering af organisatoriske forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i lungerehabilitering

Organisatoriske forhold som kan fremme deltagelse i lungerehabilitering	Organisatoriske forhold der kan hæmme deltagelse i lungerehabilitering
<p>Henvisning:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kriterier og timing for henvisning• Samarbejde og vidensdeling	<p>Henvisning:</p> <ul style="list-style-type: none">• ÷
<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lokalt forankrede forløb	<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none">• ÷

6.5 Resultat af litteraturgennemgangen – Type 2-diabetes

I dette kapitel opsummeres viden fra litteraturgennemgangen om barrierer og facilitatorer for deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for personer med type 2-diabetes. Indledningsvist er der en oversigt over de inkluderede studier. Herefter opsummeres studierne resultater i forhold til barrierer og facilitatorer for diabetesforløb inddelt på henholdsvis individuelt, relationelt og organisatorisk niveau. Hvert afsnit afsluttes med en opsummering af de identificerede barrierer og facilitatorer (se boks 14-17).

6.5.1 *Karakteristika for de inkluderede studier*

Der blev inkluderet tre studier, som omhandler forløb for personer med type 2-diabetes (tabel 4) (37-39). To af studierne er fra Storbritannien, mens det sidste er fra Frankrig. Alle tre studier er baseret interviews med personer med type 2-diabetes. I to af studierne er informanterne personer, som ikke har deltaget i et diabetesforløb, mens det tredje studie omhandler personer i en socialt sårbar situation, som har deltaget i et diabetesforløb. Alle resultater er således baseret på, hvordan personer med type 2-diabetes oplever forhold, der fremmer eller hæmmer deltagelse i diabetesforløb.

Tabel 4: Oversigt over studier som omhandler forløb til personer med type 2-diabetes

Forfatter (årstal) (ref.)	Land	Formål	Informanter (N)	Setting	Alder	Køn (mænd)	Studiedesign (dataindsamling)
Allory et al. (2020) (37)	Frankrig	At identificere oplevede facilitatorer og barrierer for deltagelse i lokale diabetesforløb varetaget af sundhedsprofessionelle	Personer med lav socioøkonomisk position og type 2-diabetes som har gennemført et diabetesforløb (19)	Udenfor hospital	41-79 (60,1 ± 9,7 år)	47 %	Kvalitativt (Semistrukturerede interviews)
Findlay-White et al. (2020) (38)	England og Nordirland	At få en dybdegående forståelse af, hvordan det er at leve med type 2-diabetes, og hvordan det relaterer sig til personlige årsager til ikke at deltage i diabetesforløb	Personer med type 2-diabetes som ikke deltager i diabetesforløb (20)	Udenfor hospital	32-79 år	53 %	Kvalitativt (Interviews)
Lawal et al. (2018) (39)	England	At undersøge barriererne for deltagelse i diabetesforløb	Personer, med nydiagnosticeret type 2-diabetes som ikke har deltaget i diabetesforløb (24)	Udenfor hospital	44-68 (52.9)	54 %	Kvalitativt (Semistrukturerede telefoninterviews)

6.5.2 Sociodemografiske karakteristika

Ingen af de inkluderede studier har fokus på at afdække sociodemografiske karakteristika, der kan påvirke deltagelse.

Boks 14: Opsummering af individuelle karakteristika som er associeret med lavere deltagelse i diabetesforløb

Individuelle forhold som er associeret med lavere deltagelse i diabetesforløb

- ÷

6.5.3 Individuelle forhold som påvirker deltagelse

I dette afsnit præsenteres den viden, litteraturgennemgangen har tilvejebragt om, hvilke individuelle forhold, der har betydning for deltagelse i diabetesforløb. De individuelle forhold er opdelt i to kategorier: Mestring og situationsspecifikke forhold.

Situationsspecifikke forhold

Nedenfor præsenteres forhold knyttet til personer med type 2-diabetes' aktuelle livssituation, som har betydning for deltagelse i diabetesforløb. Litteraturgennemgangen finder, at geografisk nærhed kan fremme deltagelse i diabetesforløb. Omvendt kan forpligtelser som fx arbejde, sundhedsaftaler og pasning af børn eller børnebørn hæmme deltagelse.

Jobsituation: Ifølge flere studier, er det for nogle personer med type 2-diabetes vanskeligt at integrere diabetesforløbet i deres arbejdsliv (37-39):

"Men efter opstart på forløbet, så fik jeg et job, mit første job, jeg kunne ikke sige nej til det! Derfor kunne jeg ikke deltage i alle forløbsgangene".

(61-årig kvinde med type 2-diabetes som har deltaget i et diabetesforløb) (37).

Mange sundhedsaftaler: Ifølge Allory et al. har personer med type 2-diabetes ofte mange sundhedsaftaler, hvilket kan føre til, at diabetesforløbet ikke prioriteres i særlig høj grad:

"Jeg har travlt for tiden. Jeg har problemer med mine tænder. Jeg har en aftale hver uge. Så jeg prioriterer tandlægebesøgene".

(63-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (37).

Familiemæssige forpligtigelser: Ligeledes kan familiemæssige forpligtigelser i hverdagslivet, som fx at passe børnebørn, og afholdelse af ferie påvirke deltagelse negativt (37-39).

Mestring

Litteraturgennemgangen viser at mestringsstrategier har stor betydning for motivationen for at deltage i diabetesforløb. Type 2-diabetes er en usynlig sygdom, der ofte optræder

uden symptomer i de første år. Derfor kan det for nogle være svært at se formålet med at deltage i diabetesforløb, hvis man føler sig frisk og rask. Oveni i dette har nogle personer ikke lyst til at forholde sig til deres sygdom, hvilket medfører, at de takker nej til at deltage i et diabetesforløb. De enkelte faktorer relateret til mestringsstrategier er uddybet i det følgende.

Undgåelsesadfærd: Flere studier fandt, at personer takker nej til at deltage i diabetesforløb, fordi de ikke ønsker at forholde sig til deres diabetes (38, 39):

"Man skubber det væk ... og, hvad kan de fortælle mig, som er nyt? Ingenting. Det er selvfor nægtelse, det er, hvad det er".

(73-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

"Nej, jeg er ret glad, selv om jeg ikke ved alting. Nej tak. Det er unødvendigt, og jeg ved ikke, hvorfor de forstyrrer mig".

(Person med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (39).

Ifølge Findlay-White fungerer undgåelsesadfærd som en mestringsstrategi, der beskytter individer fra den stress, der kan være forbundet med at blive diagnosticeret og leve med diabetes (38). Det at deltage i forløb, kan for nogle være udfordrende, fordi man eksponeres for realiteten af ens stress eller oplever andres problemer (38).

Usynlig sygdom: I alle tre studier beskrives sygdommens 'usynlige' natur som en barriere for deltagelse i diabetesforløb. Nogle personer opfatter ikke diabetes som en alvorlig sygdom, fordi de ikke har symptomer, og ikke er opmærksomme på at sygdommen kan give usynlige skader, som kan have negative konsekvenser for helbredet på lang sigt (37-39):

"Jeg har det godt, nok lige så godt, som jeg havde det for 9-10 måneder siden, du ved, så det er nok en anden grund til, at jeg ikke synes, at der var behov for at tage af sted".

(59-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

De manglende symptomer kan gøre det svært at forholde sig til, at man er syg (38):

"Du ved, smerte og funktionstab er en motiverende faktor og problemet med type 2-diabetes er, at det faktisk ikke giver dig nogen [symptomer]. Som jeg siger, så er det primære problem med den [type 2-diabetes], at det er en score på en maskine".

(56-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

Fordelene ved at deltage i et diabetesforløb er ikke altid tydeligt for deltagerne:

"Så længe jeg har det fint fysisk, kan jeg ikke se behovet for at tage af sted og sætte mig ned og lytte, "pas på!", det røde flag er der ikke endnu til at skubbe mig afsted"

(55-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (37).

"Jeg har ikke lyst til at komme, fordi jeg har det fint".

(Person med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (39).

De fleste deltagere siger, at de vil deltage, hvis de oplever forværring og udvikler senfølger, hvilket antyder, at de har en begrænset forståelse for forebyggelse og deres egen rolle i forhold til at håndtere diabetes:

"Måske hvis mine tæer faldt af eller noget i den stil, hvis noget forfærdeligt som det begyndte at ske, så ville jeg tænke "åh du godeste, måske har jeg brug for at lære noget om min sygdom," men for mig er alt godt".

(50-årig kvinde med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

Fatalisme: En anden mestringsstrategi er, ifølge Findlay-White et al. en mere fatalistisk tilgang, hvor der er en manglende tro på, at diabetes er en tilstand, der kan ændres (38). Personer, som oplever, at deres personlige indflydelse er begrænset, kan ikke se nogen grund til at deltage i et diabetesforløb:

"Det betød ikke noget for mig af den simple årsag, at det var i familien ... Man kan ikke gøre noget ved det. Du kan ikke skrue tiden tilbage ... Du ved, du skal bare glemme det".

(68-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

Ansvarsfralæggelse: Flere studier fandt, at nogle personer med type 2-diabetes lægger ansvaret for håndteringen af deres sygdom over på sundhedsprofessionelle eller familiemedlemmer. Denne gruppe oplever ikke håndteringen af diabetes som et aktivt partnerskab mellem individet og de sundhedsprofessionelle (38). For andre bliver ansvaret lagt over på familiemedlemmer (38, 39):

"Det sidste, du ønsker er at sidde og blive undervist i to eller tre timer, sandsynligvis blive fortalt ting, fordi igen min kone er som hun er, er på internettet og tjekker alting igennem, det man må og ikke må, og de giver dig en masse læsestof, som min kone læser fra ende til anden".

(59-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

Manglende selvoplevet behov: Ifølge Findlay-White et al. ønsker nogle personer ikke at deltage, fordi de synes, at de har nok viden om diabetes i forvejen (38):

"Da jeg blev diagnosticeret, fortalte sygeplejersken alt om diabetes og gav mig alt den information, jeg havde brug for".

(42-årig mand med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (38).

Boks 15: Opsummering af individuelle forhold som kan fremme eller hæmme henvisning til og/eller deltagelse i diabetesforløb

Individuelle forhold som kan fremme deltagelse i diabetesforløb	Individuelle forhold som kan hæmme deltagelse i diabetesforløb
Situationsspecifikke forhold: <ul style="list-style-type: none"> • ÷ 	Situationsspecifikke forhold: <ul style="list-style-type: none"> • Jobsituation • Mange sundhedsaftaler • Familiemæssige forpligtelser
Mestring: <ul style="list-style-type: none"> • ÷ 	Mestring: <ul style="list-style-type: none"> • Undgåelsesadfærd • Usynlig sygdom. Sygdommens 'usynlige' natur • Fatalisme. Manglende tro på, at diabetes er en tilstand, der kan ændres • Ansvarsfralæggelse • Manglende selvoplevet behov

6.5.4 Relationelle forhold som kan påvirke deltagelse

I dette afsnit præsenteres viden fra litteraturgennemgangen vedr. barrierer og facilitatorer relateret til interaktion med sundhedsprofessionelle og social støtte.

Interaktion med sundhedsprofessionelle

Som uddybet nedenfor peger litteraturgennemgangen på, at sundhedsprofessionelles kendskab til sociale forhold og til lokalområdet, kan øge motivationen for deltagelse i diabetesforløb.

Relation til egen læge: En god relation til egen læge er en facilitator for deltagelse (37). At henvisning foregår gennem egen læge, nævnes som en facilitator for deltagelse, da det er en let tilgængelig måde at få adgang til information om forløbet, og det etablerede relationelle forhold styrker motivationen for deltagelse (37).

"Min egen læge sagde: 'Der er en kvinde for enden af korridoren; hun er en sygeplejerske; lad os gå hen og tale med hende'. Sygeplejersken tog sig af mig, og foreslog mig at gå til det her patientuddannelse".

(70-årig mand med type 2-diabetes) (37).

Derudover, det at lægen har kendskab til, at man har gang i et forløb, kan de løbende tale med patienten om det i forbindelse med deres vanlige konsultationer:

"Min læge spørger tit, om jeg følger diabetesforløbet. Ja, for nu følger jeg stadig programmet".

(55-årig kvinde med diabetes) (37).

Omvendt er dårlig relation til egen læge, hvor man oplever en distance og mangel på støtte en barriere for deltagelse. Mangel på støtte indebærer, at man ikke føler sig anerkendt for den indsats, man gør, fx i forhold til vægttab, rygestop etc. (38).

Det eksisterende forhold til de sundhedsprofessionelle, som skal varetage diabetesforløbet er en motiverende faktor. Et lokalt forløb med kendte og motiverede sundhedsprofessionelle, der lærte deltagerne om håndtering af deres diabetes, beskrives som motiverende. Den familiære atmosfære og de sundhedsprofessionelles involvering blev værdsat (37).

Sundhedsprofessionelles kendskab til sociale og kulturelle forhold: Ifølge flere studier, har sundhedsprofessionelles viden om sociale og kulturelle forhold betydning for deltagelse (37, 38). Deltagerne værdsatte de sundhedsprofessionelles viden om socioøkonomiske og kulturelle forhold og deres patientcentrerede tilgang, som faciliterede en tryk relation:

"Jeg kender læge x godt, han er en rar mand, som kender området godt, han kender til vores problemer. Han er den første person, der har talt om sociale udfordringer i vores lokalområde".

(79-årig mand med type 2-diabetes, som har deltaget i et diabetesforløb) (37).

Gruppeforløb: Det at møde andre mennesker med type 2-diabetes kan, ifølge flere studier, være en facilitator for deltagelse (37, 39):

"... Selv hvis jeg var for sent på den, ville jeg dukke op – bare for at være en del af gruppen ...".

(Person med type 2-diabetes, som har deltaget i et diabetesforløb) (39).

Deltagerne satte ifølge Allory et al. desuden pris på muligheden for at møde mennesker fra samme kultur, som bor i samme lokalområde:

"Det var en fornøjelse for mig at møde andre patienter fra lokalområdet, som talte om diabetes, og også at få nye venner. Venner som jeg føler, forstår mig og som jeg forstår".

(48-årig kvinde med type 2-diabetes, som har deltaget i et diabetesforløb) (37).

Allory et al. fandt desuden at deltagelse reducerede social isolation og fremmede sociale relationer. Det at se ens egne vaner og udfordringer blandt andre deltagere, hjælper dem med at acceptere deres egen sygdom (37).

På den anden side oplever nogle personer, at det kan være svært at tale om ens sygdom foran en gruppe (37):

"Det er ikke nemt for folk at komme og deltage i programmet. De er bange for at møde andre. De er bange for at tale om dem selv, om deres sygdom, om deres personlige liv! Det er ikke nemt!"

(57-årig kvinde med type 2-diabetes) (37).

Boks 16: Opsummering af relationelle forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i diabetesforløb

Relationelle forhold der kan fremme deltagelse i diabetesforløb	Relationelle forhold der kan hæmme deltagelse i diabetesforløb
<ul style="list-style-type: none"> • Relation til egen læge • Sundhedsprofessionelles kendskab til sociale og kulturelle forhold • Gruppeforløb 	<ul style="list-style-type: none"> • ÷

6.5.5 Organisatoriske og strukturelle forhold

I dette afsnit præsenteres viden fra litteraturgennemgangen vedr. barrierer og facilitatorer relateret til organisatoriske og strukturelle forhold.

Henvisning

Henvisningsprocedure: Ifølge et engelsk studie kan proceduren omkring henvisning til et rehabiliteringsforløb udgøre en barriere for deltagelse (39). I et studie foregik henvisningen telefonisk, hvilket medførte mangelfuld information til at vejlede personer i deres deltagelse:

"Nej, jeg havde ikke et brev til at specificere stedet; det var en telefonbesked fra en dame".

(Person med type 2-diabetes, som ikke har deltaget i et diabetesforløb) (39).

Manglende opfølgning og manglende viden om, hvem der har ansvaret i henvisningsprocessen, påvirker desuden deltagelse negativt:

"Jeg har ventet på, at nogen skulle ringe til mig for at booke en ny session, men det er ikke sket".

(Person med nydiagnosticeret type 2-diabetes) (39).

Organisering og tilrettelæggelse

Lokalt forankrede tilbud: Diabetesforløb nær geografisk afstand fra eget hjem fremmer, som tidligere nævnt, adgang til og deltagelse i rehabiliteringsforløb (37). Ifølge et fransk studie, er lokalt forankrede forløb særligt fordelagtige, da deltagerne ofte kender stedet, de sundhedsprofessionelle og de øvrige deltagere. Desuden fremhæves det som en fordel, at både forebyggelse og behandling foregår på samme sted fremfor at skulle flere forskellige steder hen (37).

Tværfagligt team: Den tværprofessionelle tilgang har betydning for rekruttering og i at forbedre deres viden omkring forskellige aspekter af at håndtere livet med diabetes (37).

Opfølgning og støtte ved udeblivelse: Et britisk studie pointerer, at opfølgning og støtte til at finde alternative tidspunkter for et forløb er vigtigt for at fremme deltagelse blandt personer, der udebliver grundet praktiske forhold eller forglemmelse (38).

For lange sessioner: Findlay-White et al. fandt, at længden på sessionerne har stor betydning for deltagelsen (38). Tre timer lange sessioner blev oplevet som udfordrende af deltagere, der skulle balancere andre forpligtigelser som arbejde eller daglige gøremål. Derudover udtrykte nogle deltagere manglende tiltro til deres evne til at håndtere tre timers information, hvilket ofte blev forbundet med tidligere skoleerfaringer (38). Negative oplevelser fra uddannelse kunne resultere i modvilje mod at deltage i et sådant forløb. Bekymringen over sessionernes længde kan afspejle en indre usikkerhed omkring evnen til at tilegne sig ny viden og nye færdigheder (38).

Boks 17: Opsummering af organisatoriske forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i diabetesforløb

Organisatoriske forhold som kan fremme deltagelse i diabetesforløb	Organisatoriske forhold som kan hæmme deltagelse i diabetesforløb
Henvisning: <ul style="list-style-type: none">• ÷	Henvisning: <ul style="list-style-type: none">• Henvisningsprocedure
Organisering og tilrettelæggelse: <ul style="list-style-type: none">• Lokalt forankrede tilbud• Tværfagligt team• Opfølgende kontakt ved udeblivelse• Tværprofessionel tilgang	Organisering og tilrettelæggelse: <ul style="list-style-type: none">• For lange sessioner

6.6 Resultat af litteraturgennemgangen – Lænderyg-smerter

I dette afsnit præsenteres resultaterne af litteraturgennemgangen for de studier, der omhandler forebyggelses- og rehabiliteringsforløb til personer med lænderyg-smerter. Herefter gennemgås centrale fund fra studierne i forhold til barrierer og facilitatorer for rehabilitering, inddelt på henholdsvis individuelt, relationelt og organisatorisk niveau. Hvert afsnit afsluttes med en opsummering af de identificerede barrierer og facilitatorer (se boks 18-21).

6.6.1 *Karakteristika for de inkluderede studier*

Der er inkluderet to danske delrapporter og to danske artikler, som omhandler barrierer og facilitatorer for deltagelse i rehabilitering for personer med lænderyg-smerter (tabel 5). De to delrapporter (AP2a og AP3) (40, 41) og én af artiklerne, er en del af et større forsknings- og udviklingsprojekt kaldet 'Min Ryg' (42) (januar 2020 til januar 2023). Projektet 'Min Ryg' havde til formål at kvalificere kommunale forløb for personer med langvarige rygsmerter, som er henvist fra en hospitalsafdeling til kommunal genoptræning med en genoptræningsplan i en mellemstor kommune. De resultater fra projektet, som indgår i denne vidensopsamling, er baseret på interviews med borgere med lænderyg-smerter samt sundhedsfaglige terapeuter og ledere fra et kommunalt genoptræningscenter. Studiet af Petersen et al har til formål at undersøge, hvordan personer med lænderyg-smerter oplever deres forløb på tværs af sektorer. Resultaterne er baseret på interviews med personer med lænderyg-smerter (43).

Tabel 5: Oversigt over studier som omhandler rehabilitering til personer med lænderyg-smerter

Forfatter (årstal) (ref.)	Land	Formål	Informanter (N)	Setting	Alder	Køn (mænd)	Studiedesign (dataindsamling)
Petersen et al. (2020) (43)	Danmark	At undersøge hvordan personer med lænderyg-smerter oplever deres forløb på tværs af sektorer	Personer med lænderyg-smerter som er blevet undersøgt og behandlet i både den primære og sekundære sektor (25)	Hospital, Almen praksis og kommunalt	18-60	?	Kvalitativt (Interviews)
Junge et Dahler (2023) (AP2a) (40)	Danmark	1) At skabe viden om omfang af og karakteristika for målgruppen af borgere som er henvist via Sundhedslovens §140 til genoptræning ift. rygproblematik i Svendborg Kommune 2) At beskrive infrastrukturen i de sundheds- og beskæftigelsesfaglige indsatser for målgruppen.	Ledere og medarbejdere i træningsafdelingen og jobcentret (4). Borgere, der er henvist via Sundhedslovens §140 til genoptræning ift. rygproblematik i Svendborg Kommune (415).	Kommunalt	?	?	Kvantitativt (Administrative data fra træningsafdeling og jobcenter) Kvalitativt (Interviews)
Dahler et Müller (2023) (42)	Danmark	1) At belyse hvordan den herskende diskurs om at alle skal være produktive og bidrage til samfundet fletter sig ind i selvforståelse og identitetsarbejde hos mennesker med rygsmerter 2) At belyse dilemmaer relateret til kommunale rehabiliteringsindsatser for personer med rygproblematikker	Borgere med rygproblematik som er henvist fra hospitalsafdelinger til kommunal genoptræning med en genoptræningsplan i en mellemstor dansk kommune (14)	Kommunalt	?	?	Kvalitativt (Interviews)
Dahler et al. (2021) (AP3) (41)	Danmark	At undersøge borgers og fagprofessionelles erfaringer og oplevelser i borgerens forløb med rygsmerter, samt samarbejdet mellem relevante aktører.	Borgere (14), Terapeuter fra træningsafdelingen (4), Sagsbehandlere fra jobcenteret (3)	Kommunalt	?	?	Kvalitativt (Grubeinterviews)

6.6.2 Sociodemografiske karakteristika

Anden etnisk herkomst: Ifølge interviews med sundhedsfaglige terapeuter, kan personer med anden etnisk baggrund end dansk, opleve særlige udfordringer i forhold til at deltage i genoptræningsforløb. Dette kan blandt andet skyldes lav tillid til det offentlige system samt tidligere dårlige erfaringer med offentlige instanser. Derudover kan denne gruppe have en anderledes opfattelse af kroppen og smerter, hvilket kan medføre en frygt for at bevæge sig. Denne frygt kan negativt påvirke deres deltagelse i genoptræningen (41).

Boks 18: Opsummering af sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere deltagelse i rehabiliteringsforløb til personer med lænderyg-smerter

Sociodemografiske karakteristika som er associeret med lavere deltagelse (eller dårligere udbytte) af lænderyg-forløb

Sociodemografiske faktorer:

- Anden etnisk herkomst end dansk

6.6.3 Individuelle barrierer som påvirker deltagelse

I dette afsnit præsenteres den viden, litteraturgennemgangen har tilvejebragt om, hvilke individuelle forhold, der har betydning for deltagelse i rehabilitering for personer med lænderyg-smerter. De individuelle forhold er opdelt i to kategorier: Situationsspecifikke forhold og mestring.

Situationsbaserede forhold, som påvirker deltagelse og udbytte

Langvarige og uspecifikke rygsmerter og konkurrerende lidelser, som fx social angst eller PTSD, kan være en barriere i forhold til at opnå et godt udbytte af genoptræningsforløb. Derudover kan pres fra jobcenter eller arbejdsgiver være en barriere for at deltage i genoptræning. Ydermere nævnes transport til og fra træningen som en barriere.

Langvarige uspecifikke rygsmerter og komorbiditet: Ifølge sundhedsfaglige terapeuter, har personer med langvarige og uspecifikke rygsmerter ofte et mere komplekst genoptræningsforløb end personer, der har været opereret, f.eks. for en diskusprolaps. For personer med uspecifikke og langvarige rygsmerter, er der, udover en grundig udredning, ofte behov for tværfaglige forløb, der inddrager flere faggrupper og som fokuserer på en biopsykosocial tilgang. Denne tilgang er vigtig for at sikre, at den enkelte får et optimalt udbytte af behandlingen (41). Hos nogle af disse personer kan forløbet yderligere kompliceres af samtidige lidelser, som f.eks. social angst eller PTSD. Denne gruppe har ofte svært ved at deltage i gruppeforløb og vil derfor have gavn af et særligt tilrettelagt forløb, der indeholder en mere intensiv pædagogisk og psykologisk indsats (40).

Jobsituation: Pres fra arbejdsgiver og/eller jobcentret beskrives som en væsentlig barriere for et godt genoptræningsforløb. Presset fra jobcenteret er uddybet i afsnittet om organisatoriske og strukturelle barrierer (41).

Transport: Ifølge interviews med sundhedsprofessionelle kan transport til og fra træning være en barriere for deltagelse i genoptræning. Offentlig transport kan være udenfor rækkevidde, både geografisk og pga. rygsmerterne og transport i egen bil kan være udelukket grundet smertestillende medicin (40).

Mestring

Tillid: Tillid til både sagsbehandler og terapeut har betydning for forløbet. Manglende tillid kan ifølge sundhedsprofessionelle medføre, at personer med lænderyg-smerter holder sig væk fra træningen (41).

Boks 19: Opsummering af individuelle forhold som kan fremme eller hæmme henvisning til og/eller deltagelse i rehabiliteringsforløb til personer med lænderyg-smerter

Individuelle forhold som kan fremme deltagelse i lænderyg-forløb	Individuelle forhold som kan hæmme deltagelse i lænderyg-forløb
Situationsspecifikke forhold: <ul style="list-style-type: none"> • ÷ 	Situationsspecifikke forhold: <ul style="list-style-type: none"> • Langvarige uspecifikke smerter og komorbiditet • Jobsituation • Transport
Mestring: <ul style="list-style-type: none"> • ÷ 	Mestring: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende tillid til systemet

6.6.4 Relationelle forhold der har betydning for deltagelse

Interaktionen med terapeuterne på træningsenhederne har stor betydning for den enkeltes forløb i forhold til at få et godt udbytte af et rehabiliteringsforløb, uanset om man deltager i et gruppeforløb eller varetager genoptræningen med individuelle forløb. I det følgende afsnit præsenteres barrierer og facilitatorer, som relaterer sig til forholdet til sundhedsprofessionelle, samt relationen til andre deltagere.

Interaktion med sundhedsprofessionelle

Interaktion og støtte fra terapeuter i genoptræningsenheden: Interview med personer med lænderyg-smerter viser, at kontakten med terapeuterne i genoptræningsafdelingen er afgørende for at "komme tilbage" efter en operation, smerter eller ulykke. Forløbene hjælper individet med at mærke efter, hvad de kan og ikke kan, og lærer dem at balancere mellem smerter og et aktivt liv. Ifølge kortlægningen, er fysioterapeuterne i genoptræningsenheden ofte den primære kontaktperson, som de har, og de er også den første kontakt, ud over (eventuelt) den praktiserende læge. Det er også ofte fysioterapeuterne, som personer med lænderyg-smerter oplever kan hjælpe dem i deres daglige liv (41). Ifølge interviews, spiller terapeuterne i genoptræningsenheden en central rolle i at fastholde og støtte individerne i deres genoptræning – også for dem, der vælger at fravælge gruppeforløb. Eksemplerne viser, at personer, der har valgt individuelle øvelser frem for gruppeforløb, fortsætter deres genoptræning derhjemme

med de øvelser og den rådgivning, de har modtaget fra terapeuterne i genoptræningsenheden. Denne individuelle og helhedsorienterede tilgang beskrives som central for genoptræningsforløbet af dem, der deltager (41).

Social støtte

Gruppeforløb: Ifølge personer med lænderyg-smerter har fællesskabet og det at møde ligesindede stor betydning for motivationen for at deltage i genoptræning (41).

Boks 20: Opsummering af relationelle forhold som kan fremme eller hæmme henvisning til og/eller deltagelse i rehabiliteringsforløb for personer med lænderyg-smerter

Relationelle forhold som kan fremme deltagelse i lænderyg-forløb	Relationelle forhold som kan hæmme deltagelse i lænderyg-forløb
<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion og støtte fra terapeuter i genoptræningsenheden • Gruppeforløb 	<ul style="list-style-type: none"> • ÷

6.6.5 Organisatoriske og strukturelle forhold

Litteraturgennemgangen viser, at der indenfor lænderyg-området er betydelige barrierer på det organisatoriske og strukturelle niveau. Barriererne omfatter bl.a. manglende koordinering og samarbejde af forløb samt en siloopdelt praksis, hvor forskellige lovgivninger, fagligheder, logikker og målfokus modarbejder hinanden, hvilket kan resultere i uhensigtsmæssige rehabiliteringsforløb for personer med lænderyg-smerter. Særligt beskrives modsatrettede krav og forventninger mellem jobcentret og genoptræningscentret som en barriere for rehabiliteringsforløb. Barriererne er uddybet nedenfor.

Organisering og tilrettelæggelse

Manglende koordinering og samarbejde i forløb: Ifølge et dansk studie er behandlingsforløb for personer med lænderyg-smerter ikke lineære, men snarere en sammenblanding af forskellige undersøgelser og behandlinger i det primære sundhedsvæsen (43). Personer med lænderyg-smerter bevæger sig mellem disse enheder i en rækkefølge, som de ofte beskriver som tilfældig, uden nogen struktur og uden at vide, hvad der kommer efter eller hvorfor (43). Personer med lænderyg-smerter udtrykker et klart behov for en koordinator, der kan bevare overblikket og sikre sammenhæng mellem de forskellige undersøgelser og behandlinger på tværs af sundhedsenhederne. Desuden efterspørger de en person, der kan følge op på deres situation og hjælpe dem med at navigere i deres behandlingsforløb. Mange oplever en følelse af at blive "kastet rundt" i systemet og føler sig ofte overladt til sig selv i længere perioder (43):

"Jeg følte at jeg drev rundt og at jeg selv skulle finde ud af om jeg skulle se en fysioterapeut eller en kiropraktor, om jeg skulle gå hjem og lægge mig eller om jeg skulle træne? Skulle jeg putte is på eller varme? Er det ok at det gør ondt når jeg træner? Der var så mange forskellige mennesker, som sagde forskellige ting..."

(Person med rygsmerter) (43).

Flere personer med lænderyg-smerter nævner også en markant mangel på koordinering og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. En af de største frustrationer blandt personerne, er det manglende samarbejde mellem de kommunale jobcentre og sundhedssystemet. Her oplever de, at de professionelle ofte har forskellige dagsordener, eller at de ikke er enige om forløbets mål eller plan (43). I kortlægningen "Min ryg" fremhæves ligeledes manglende koordinering af forløb, både fra medarbejdernes og personer med lænderyg-smerter side, som en betydelig udfordring. Terapeuterne beskriver samarbejdet med praktiserende læger som vanskeligt, da egen læge officielt er tovholder for behandlingen, men sjældent fungerer som sådan i praksis. Ligeledes beskrives koordineringen med jobcentre som tilfældig og afhængig af relationen mellem terapeut og sagsbehandler på jobcenteret (40). Der eksisterer ikke formelle samarbejds- eller mødefora mellem træningsenhedens terapeuter og jobcenterets medarbejdere, hvilket betyder, at det ofte er den sygemeldte, der fungerer som bindeled mellem de to enheder, eksempelvis ved overførsel af information mellem jobcenter og træningsafdeling (40).

Silopdelt praksis med forskellige lovgivninger, fagligheder, logikker og målfokus:

Ifølge kortlægningen "Min ryg" er rehabilitering til personer med lænderyg-smerter præget af en silopdelt praksis, hvor forskellige lovgivninger, fagligheder, logikker og målfokus spiller ind (40). Denne opdeling skaber udfordringer for både borgere og fagprofessionelle, da de ofte opererer inden for forskellige rammer og mål, hvilket kan føre til misforståelser og ineffektivitet i rehabiliteringsforløbene (40). Borgere med lænderyg-smerter, som er sygemeldte fra job, har sideløbende med deres genoptræningsforløb et forløb i det kommunale jobcenter. Borgerne modtager derfor rehabiliterende indsatser og/eller genoptræning efter sundhedsloven, serviceloven og beskæftigelseslovgivningen (42). Ifølge Dahler & Müller er opgaveløsningen på sundheds- og beskæftigelsesområdet silopdelt, hvilket skaber udfordringer for den enkelte. Træningsafdelingen arbejder efter sundhedsloven, hvor fokus er på den enkeltes fysiske funktionsevne og smertehåndtering. Jobcentret arbejder derimod efter sygedagpengeloven, som har til formål at sikre økonomisk støtte under sygdom og hjælpe den enkelte tilbage på arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt (42).

Personer som er sygemeldte med lænderyg-smerter oplever, at de fra starten bliver mødt med et pres om hurtigt at vende tilbage til arbejdet, samtidig med at deres rygproblematikker ikke tages alvorligt. Flere angiver, at jobcentrets krav om arbejdsparathed er urealistiske i forhold til deres fysiske begrænsninger, og de føler sig ofte presset til enten at raskmelde sig for tidligt eller arbejde mere, end de faktisk kan håndtere med deres rygproblemer (41). En tilbagevendende frustration blandt personer

med lænderyg-smerter er den kontrast, de oplever mellem jobcentrets krav om at blive arbejdsparat og genoptræningscentrets mål om at "blive rask". Ifølge terapeuterne, kan denne konflikt føre til, at genoptræningen bliver sat på pause eller ikke udnyttes optimalt. Mange personer med lænderyg-smerter føler sig stressede af jobcentrets konstante pres, hvilket ifølge terapeuterne også kan mærkes på deres forløb i genoptræningsenheden, især når der sker ændringer i jobcentrets lovgivning eller rammer (41).

Deltagerne i genoptræningen føler, at deres smerter og fysiske begrænsninger bliver anerkendt, og de lærer at lytte til deres krop og tage pauser, hvilket de beskriver som en positiv del af forløbet. Genoptræningen giver dem en følelse af kontrol og forståelse af deres egen krop. I jobcentret er fokus derimod på arbejdsevne og ikke på kroppens smerter og begrænsninger. Informanterne oplever, at jobcentret kun er interesseret i, om de kan arbejde, og i hvor mange timer de kan arbejde. Flere borgere oplever, at der sættes spørgsmålstejn ved deres smerter og begrænsninger. En af deltagerne siger (42):

"Det føles som om, man har begået en kriminel handling, som man ikke burde have gjort. Nogle gange føler man det sådan".

Peter, borger med rygproblematik (42).

En anden deltager beskriver sin oplevelse af jobcentrets tilgang:

"Jeg følte mig misforstået, som om det ikke kunne passe, at jeg havde så ondt".

Michael, borger med rygproblematik (42).

Flere borgere oplever, at de bliver presset til at vende tilbage til arbejde, før de er klar. Borgere oplever således, at mens deres fysiske smerter og behov for rehabilitering bliver anerkendt i træningsafdelingen, er det kun deres produktive selv, der bliver fokuseret på i jobcentret. Denne opdeling af rehabiliteringsindsatserne, hvor arbejdsevne overskygger kroppens helbredelse, kan føre til, at borgerne ikke får den nødvendige støtte til at blive helt raske, før de vender tilbage til arbejdsmarkedet (42).

Dahler & Müller påpeger, at der er et behov for et opgør med silotænkningen, hvor rehabilitering i praksis overskygges af en urealistisk forventning om hurtigt at komme tilbage på arbejde, uden at den enkeltes egne erfaringer og behov bliver taget tilstrækkeligt alvorligt. Dette kræver en helhedsorienteret tilgang, der integrerer både arbejdsevne og fysisk rehabilitering på en måde, der tager hensyn til deres individuelle behov og udfordringer (42). Som Dahler & Müller konstaterer, kaster beskæftigelsespolitikken et langt lys ind over rehabiliteringen i dag. De lovgivningsmæssige rammer for rehabilitering har i de seneste år været præget af et øget fokus på beskæftigelse og selvforsørgelse (workfare), hvilket blandt andet afspejles i reform af førtidspension og sygedagpengereformen fra 2013. Dette har ifølge Dahler et al. bidraget til en politisk ramme, der prioriterer arbejdsmarkedstilknytning over individets helbredelse, hvilket kan have negative konsekvenser for borgerens rehabilitering (41).

Mangel på datadeling: De lovmæssige begrænsninger for datadeling udgør en potentiel organisatorisk barriere for samarbejde og videndeling på tværs af sundheds- og beskæftigelsesområdet (40).

Boks 21: Opsummering af organisatoriske forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i rehabiliteringsforløb for personer med lænderyg-smerter

Organisatoriske forhold som kan fremme deltagelse i lænderyg-forløb	Organisatoriske forhold som kan hæmme deltagelse (og udbytte) i lænderyg-forløb
<ul style="list-style-type: none"> • ÷ 	<p>Organisering og tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende koordinering og samarbejde i forløb • Siloopdelt praksis med forskellige lovgivninger, fagligheder, logikker og målfokus • Mangel på datadeling

6.7 Sammenfatning

6.7.1 *Sammenfatning af resultater*

Formålet med denne litteraturgennemgang var at samle eksisterende viden om faktorer, der henholdsvis kan hæmme eller fremme henvisning til og/eller deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for personer med kronisk sygdom.

Litteraturgennemgangen er baseret på danske rapporter samt nyere studier fra Danmark og andre lande med sundhedssystemer og livsstilsforhold, der er sammenlignelige med danske. Forskningslitteraturen, der er publiceret i perioden 2018 til juni 2024, bidrager med viden, der potentielt kan understøtte udviklingen af nye initiativer med henblik på at skabe øget social lighed i adgang til og udbytte af forebyggelse og rehabilitering i det danske sundhedsvæsen.

I alt blev 30 studier og to rapporter inkluderet, heraf 18 kvalitative, 9 kvantitative og 4 mixed-methods-studier. Litteraturen undersøgte barrierer og facilitatorer i forhold til forskellige diagnosegrupper: kræftoverlevende (7 studier), personer med hjertesygdom (13 studier), personer med KOL (5 studier), personer med diabetes (3 studier) og personer med lænderyg-smerter (4 studier). Den systematiske litteraturgennemgang er gennemført som et scoping review. Den analytiske tilgang er baseret på principperne for tematisk analyse, som anvendes til at identificere, organisere og beskrive centrale temaer i datamaterialet. Resultaterne præsenteres i fire centrale temaer: Sociodemografiske karakteristika forbundet med lavere deltagelse, samt individuelle, relationelle og organisatoriske forhold som kan fremme eller hæmme deltagelse i forebyggelse og rehabilitering.

Sociodemografiske karakteristika

På tværs af diagnoser ses det, at personer med lav socioøkonomisk position i mindre grad henvises til og/eller deltager i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Dette mønster gør sig gældende, uanset om socioøkonomisk position måles ud fra kort uddannelse, lav indkomst, etnisk minoritetsbaggrund eller det at bo alene.

Hvad angår køn og alder, tegner litteraturen ikke et entydigt billede af, hvorvidt disse faktorer systematisk påvirker henvisning og deltagelse på tværs af diagnoser. Blandt kræftoverlevende sås en lavere deltagelse blandt mænd, mens resultaterne for personer med KOL viste, at kvinder har en lavere sandsynlighed for at blive henvist til lungerehabilitering sammenlignet med mænd. For personer med hjertesygdom, var der ikke konsensus i litteraturen om, hvorvidt køn spiller en rolle for deltagelse i rehabilitering. Tilsvarende sås et varieret mønster i forhold til alder. Blandt kræftoverlevende var yngre personer mindre tilbøjelige til at deltage i rehabiliteringsforløb, mens høj alder blandt personer med KOL reducerede sandsynligheden for henvisning til lungerehabilitering. For personer med hjertesygdom, var der ikke entydige resultater, der kan fastslå alders betydning for henvisning og/eller deltagelse i hjerterehabilitering. Derudover identificerede litteraturgennemgangen ingen studier, der specifikt har undersøgt køn- og alders betydning for deltagelse blandt personer med type 2-diabetes eller lænderyg-smerter.

Individuelle forhold

Dårligt fysisk og/eller psykisk helbred samt hyppige sundhedsaftaler nævnes på tværs af flere diagnoser som en barriere for deltagelse i forløb. Derudover fremhæves jobsituationen som en væsentlig hindring på tværs af alle diagnoser. Barrierer relateret til arbejdslivet omfatter blandt andet manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver. For personer med lænderyg-smerter opleves særligt presset fra jobcentret som en stor udfordring. Derudover nævnes familiemæssige forpligtelser, såsom at tage sig af en syg ægtefælle, samt lang transporttid som barrierer. I forhold til mestringsstrategier beskrives ønsket om at vende tilbage til et normalt liv og genvinde kontrol som en hæmmende faktor for deltagelse blandt både kræftoverlevende og personer med hjertesygdom. Mangel på selvoplevet behov nævnes ligeledes blandt disse grupper. Blandt personer med type 2-diabetes beskrives fraværet af en subjektiv sygdomsoplevelse samt fatalisme og ansvarsfralæggelse som centrale barrierer for personer med type 2-diabetes. Da type 2-diabetes ofte er en usynlig sygdom uden symptomer i de første år, kan nogle have svært ved at se formålet med at deltage i et diabetesforløb, hvis de føler sig raske. For personer med lænderyg-smerter fremhæves desuden manglende tillid til sundhedsprofessionelle og sagsbehandlere som en væsentlig udfordring.

Relationelle forhold

På tværs af diagnoser fremhæves støtte og viden fra sundhedsprofessionelle som en afgørende faktor for deltagelse. Derudover spiller gruppeforløb med fokus på socialt fællesskab en central rolle som motivationsfaktor. Oplevelsen af sammenhold skaber en følelse af forpligtelse og engagement i forløbet, hvilket styrker deltagelsen. At skabe et rum for socialt samvær før eller efter træning fremhæves som værdifuldt, da det bidrager til følelsen af at høre til i et fællesskab. Blandt kræftoverlevende nævnes det, at det at dele en kop kaffe eller have en samtale efter træning styrker det mentale helbred og gør deltagerne bedre rustet til at håndtere svære dage. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er alle, der trives med gruppeforløb, og at det for nogen kan opleves grænseoverskridende at skulle tale om sin sygdom foran en gruppe eller træne sammen med andre.

Organisatoriske forhold

I relation til henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringsforløb blev der identificeret en række barrierer og facilitatorer, der varierede afhængigt af diagnose, forløb og kontekst. For kræftrehabilitering udgør manglende retningslinjer og uklar ansvarsfordeling ifølge litteraturgennemgangen en væsentlig udfordring, særligt når patienter skifter mellem sektorer. Derudover identificeres utilstrækkelig viden blandt sundhedsprofessionelle samt rigide regler og lovkrav som barrierer for rettidig adgang til rehabilitering. Flere facilitatorer kan dog ifølge studierne understøtte en mere effektiv henvisning, herunder systematiske behovsvurderinger, bedre samarbejde og koordinering på tværs af sektorer samt fleksible rehabiliteringsforløb, der giver den enkelte mulighed for at opstarte forløbet, når de har de nødvendige ressourcer til at deltage. Derudover fremhæves vigtigheden i at den praktiserende læge får en større rolle som tovholder i forhold til at styrke kontinuiteten i henvisningsprocessen. I forhold til lungerehabilitering oplever

praktiserende læger udfordringer med at vurdere patienters egnethed, begrænset tid til at drøfte rehabilitering samt en opfattelse af, at henvisning ikke bør ske under en akut forværring. Derudover oplever sundhedsprofessionelle i almen praksis manglende engagement og information fra dem, der varetager forløbene. Inden for diabetesrehabilitering beskrives mangelfuld information til patienter i forbindelse med henvisning samt uklare om ansvaret for henvisning og opfølgning som væsentlige barrierer. For lænderyg-forløb fremhæves manglende koordinering og samarbejde på tværs af sektorer og forvaltningsområder, herunder lovgivningsmæssige begrænsninger for datadeling, som centrale udfordringer. I forhold til hjerterehabilitering fremhæves flere facilitatorer, der kan understøtte deltagelse. Et bedre samarbejde og øget koordinering på tværs af sektorer kan styrke henvisningsprocessen, ligesom en tidlig igangsættelse af rehabilitering kan øge deltagelsen. Derudover bør rehabilitering i højere grad italesættes som en integreret del af behandlingen. Endelig kan et bedre flow af ikke-kliniske informationer mellem sektorer bidrage til en mere målrettet og sammenhængende rehabiliteringsindsats. Samlet set peger de identificerede barrierer og facilitatorer på behovet for styrket koordinering, klarere retningslinjer og bedre kommunikation på tværs af sektorer for at sikre en mere systematisk henvisning til rehabiliteringsforløb.

Litteraturgennemgangen identificerer en række barrierer og facilitatorer for organisering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb på tværs af diagnoser. En væsentlig facilitator, der fremhæves på tværs af studierne, er lokal forankring af rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsforløb tæt på borgernes bopæl øger tilgængeligheden og fremmer både deltagelse og fastholdelse. Derudover kan lokalt forankrede forløb, ifølge studierne, skabe tryk, da deltagerne ofte kender stedet, de sundhedsprofessionelle og de øvrige deltagere. Ifølge studier, er det en fordel, hvis både forebyggelse og behandling foregår på samme sted, fremfor at skulle flere forskellige steder hen.

Inden for kræftrehabilitering identificeres fragmenterede forløb og enkeltstående interventioner efter behandling som væsentlige barrierer. Sygdomsspecifikke forløb, der ikke tager højde for individer med flere samtidige sygdomme, udgør ligeledes en udfordring for både deltagelse og fastholdelse. Studierne peger på, at en styrket organisering af kræftrehabilitering bør fokusere på sammenhængende forløb, der adresserer biopsykosociale rehabiliteringsbehov. Patientinddragelse gennem afklarende samtaler samt klare retningslinjer på både lokalt og nationalt niveau fremhæves som centrale elementer i en forbedret indsats indenfor kræftrehabilitering. På hjerteområdet understreger litteraturen ligeledes betydningen af en personcentreret tilgang, hvor rehabiliteringen tilpasses den enkeltes præferencer, behov og mål. For diabetesforløb nævnes en tværprofessionel tilgang samt opfølgende kontakt ved udeblivelse som vigtige faktorer for at øge deltagelse og fastholdelse i forløbene. Samlet set peger studierne på, at en mere helhedsorienteret og koordineret indsats, kombineret med lokalt forankrede og fleksible forløb på tværs af diagnoser kan have betydning for deltagelse i forløb.

6.7.2 *Metodediske overvejelser*

I dette afsnit diskuteres styrker og svagheder ved den metodiske tilgang anvendt i litteraturgennemgangen, der er gennemført som et scoping review. En af de væsentligste styrker ved denne tilgang er den systematiske metode, der er anvendt i både litteratursøgningen og udvælgelsen af studier. Litteraturgennemgangen er gennemført i overensstemmelse med PRISMA-retningslinjerne, hvilket bidrager til øget transparens og reproducerbarhed. Søgningen blev udført i samarbejde med en erfaren forskningsbibliotekar og inkluderede både sundhedsvidenskabelige og samfundsvidenskabelige databaser, hvilket sikrer en bred dækning af relevante studier. Med henblik på at øge søgningens sensitivitet, blev der anvendt en bred søgestrategi, hvilket resulterede i identifikationen af et betydeligt antal potentielt relevante studier; i alt blev over 10.000 videnskabelige artikler og rapporter screenet. Desuden var inklusions- og eksklusionskriterier fastlagt på forhånd, og screening af studier blev udført uafhængigt af to forskere, hvilket øger reliabiliteten i udvælgelsesprocessen. En yderligere styrke er anvendelsen af tematisk analyse, som muliggør en systematisk identifikation og organisering af centrale temaer på tværs af de inkluderede studier. Denne metode er særligt velegnet i lyset af den betydelige variation mellem studierne med hensyn til studiedesign, diagnose og kontekst. Ved at sammenholde fund på tværs af studierne identificeres overordnede mønstre, hvilket styrker resultaternes forklaringskraft. Derudover omfatter analysen både kvalitative og kvantitative studier, hvilket giver en mere nuanceret forståelse af de faktorer, der fremmer eller hæmmer deltagelse i rehabiliteringsforløb. For at øge gennemsigtigheden af resultaterne, er der udarbejdet et resumé af de inkluderede studier, hvor de identificerede facilitatorer og barrierer er opsummeret.

Trods disse styrker har litteraturgennemgangen også metodiske begrænsninger. En væsentlig begrænsning er afgrænsningen af litteratursøgningen til studier publiceret fra 2018 og frem. Denne afgrænsning blev valgt på baggrund af tids- og ressourcebegrænsninger, hvilket potentielt kan have ført til eksklusion af ældre, men relevante studier. Omvendt sikrer denne afgrænsning, at litteraturgennemgangen afspejler den nyeste viden på området, hvilket er en fordel, da tilrettelæggelse og organisering af forebyggelses- og rehabiliteringsforløb kan have udviklet sig over tid. En anden metodisk begrænsning er resultaternes overførbarhed til en dansk kontekst. Dette er særligt relevant for studierne om type 2-diabetes og KOL, hvor ingen danske studier blev identificeret inden for den valgte tidsperiode. Overførbarheden kan især være begrænset i forhold til organisatoriske og strukturelle forhold, hvilket betyder, at resultaterne bør fortolkes med forsigtighed. Endelig blev der ikke foretaget en kvalitetsvurdering af de inkluderede studier, hvilket er en generel begrænsning ved scoping reviews. Formålet med et scoping review er at give et overblik over den eksisterende litteratur frem for at vurdere studiernes metodiske kvalitet.

Interviewundersøgelse

7 Interviewundersøgelse

Formålet med interviewundersøgelsen var at undersøge barrierer og facilitatorer for deltagelse i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsforløb blandt personer, som er henvist til disse forløb. Undersøgelsen fokuserer på oplevede barrierer for deltagelse, samt de facilitatorer, der kan fremme deltagelse i forløb.

Rehabilitering og forebyggelse er i Danmark forankret og udøvet, dels af kommunerne og dels af regionerne (44, 45). I denne undersøgelse er der fokus på forløb til personer med kronisk sygdom i kommunalt regi. Henvielse til rehabilitering målrettet kronisk sygdom foregår som udgangspunkt gennem praktiserende læge eller hospital, men der er også mulighed for, at personer med kronisk sygdom selv kan henvende sig. Forløbsprogrammer og sundhedsaftaler beskriver samarbejdet og ansvarsfordelingen i de enkelte regioner. Sundhedsaftalerne giver mulighed for at lave lokale tilpasninger og struktureringer på tværs af almen praksis, hospitalerne og kommunerne og der er derfor variation på tværs af regionerne i, hvordan henvisningsprocessen er struktureret, samt selve opbygningen af rehabiliteringsforløbet (46).

7.1 Metode, interviewundersøgelse

For at få et indblik i barrierer og facilitatorer har vi valgt et kvalitativt metodedesign med interviews som primær metode. For at sikre en forståelse og indsigt i praksis, er disse interviews desuden suppleret med deltagerobservationer.

7.1.1 Informanter og adgang

Målgruppen i undersøgelsen omfatter personer med kræft, hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes, og lænderyg-smerter, som har fået tilbudt et forebyggelses- eller rehabiliteringsforløb. I vores oprindelige strategi havde vi fokus på at rekruttere personer, der har takket nej til eller er frafaldet et forebyggelses- eller rehabiliteringsforløb. Da det viste sig vanskeligt at få fat i denne gruppe, på trods af ganske ihærdige forsøg, (beskrevet nedenfor), tilpassede vi rekrutteringsmetoden og inkluderede personer i rehabiliteringsforløb, som kunne bidrage med deres overvejelser om barrierer og facilitatorer for at deltage. Rekrutteringsstrategien har derfor været dynamisk; med fase 1 som den oprindelige plan, og fase 2 med en udvidelse af studiepopulationen.

I fase 1 var fokus at rekruttere personer, som havde takket nej eller var frafaldet et rehabiliteringsforløb. Der blev udvalgt én region til interviewundersøgelsen. Valget af region blev foretaget ud fra eksisterende samarbejdspartnere for at facilitere rekrutteringsprocessen, samt sikre en effektiv gennemførelse af undersøgelsen. Vi indgik en dialog med sundhedsprofessionelle på hospitaler og praktikere i kommuner for at blive klogere på de forskellige indgange til et rehabiliteringsforløb, herunder henvisningsprocessen for de enkelte kroniske sygdomme samt deres tanker om barrierer og facilitatorer og ideer til rekruttering af personer som takkede nej eller frafaldt.

Rekrutteringen blev gennemført ud fra den viden vi opnåede, samt overvejelser baseret på tidligere samarbejde og eksisterende kontakter i de relevante hospitals- og kommunale rehabiliteringsenheder. Det blev indledningsvist besluttet, at to diagnosegrupper (KOL og kræft) skulle rekrutteres fra hospitalsafdelinger, mens de resterende diagnoser skulle rekrutteres fra kommunale enheder. Vi monitorerede rekrutteringen og var i løbende kontakt med enhederne for at optimere indsatsen, og der blev løbende kontaktet flere enheder med fokus på at øge rekrutteringen. Kontakten til de praktiserende læger forløb via en kommunal rehabiliteringsenhed, som på vegne af DEFACTUM udleverede en kort beskrivelse af projektet og materiale, som de kunne udlevere til personer med kronisk sygdom.

Rekrutteringen blev organiseret via en kontaktperson på de respektive enheder, som indsamlede skriftligt samtykke fra personer, der enten havde afvist rehabiliteringsforløbet eller var frafaldet. De sundhedsprofessionelle blev bedt om at identificere personer, der opfyldte følgende kriterierne:

- Alder og sygdom: Voksne over 18 år med en kronisk sygdom (kræft, hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes, eller lænderyg-smerter), som er henvist til et forebyggelses- eller rehabiliteringsforløb efter §140 eller §119.
- Afslag til tilbud: Personer, der får tilbudt et kommunalt rehabiliterings- eller forebyggelsesforløb på hospitalet, men takker nej.
- Afslag før/efter samtale: Personer, der er henvist til et kommunalt rehabiliterings- eller forebyggelsesforløb, men takker nej til at deltage før eller efter den afklarende samtale.
- Afslutning efter få gange: Personer, der har deltaget i den afklarende samtale i kommunen og takket ja til at deltage i et forløb, men derefter afslutter forløbet efter maksimalt to trænings- eller undervisningsgange.

Efter samtykke blev informanterne kontaktet telefonisk og inviteret til at deltage i et interview.

Da denne indsats ikke genererede et tilstrækkeligt antal informanter og desuden ikke repræsenterede alle kroniske sygdomme, supplerede vi rekrutteringen med personer, som deltager i et rehabiliteringsforløb, for at få deres overvejelser om deltagelse i rehabilitering/forebyggelse og eventuelle barrierer og facilitatorer for deltagelse. Rekrutteringen blev styrket gennem et tæt samarbejde med én specifik kommunal rehabiliteringsenhed. Her var der mulighed for at deltage i en træningssession på et rehabiliteringsforløb for hver af de inkluderede diagnoser. Deltagelsen blev primært anvendt som en rekrutteringsstrategi, men der blev også skrevet feltnoter i forbindelse med deltagelse i holdene. Efter træningssessionerne inviterede forskerne deltagerne til at deltage i fokusgruppeinterviews. På denne måde blev der skabt en mere direkte kontakt til potentielle informanter, samtidig med at forskerne fik en dybere forståelse af konteksten for rehabiliteringsforløbene.

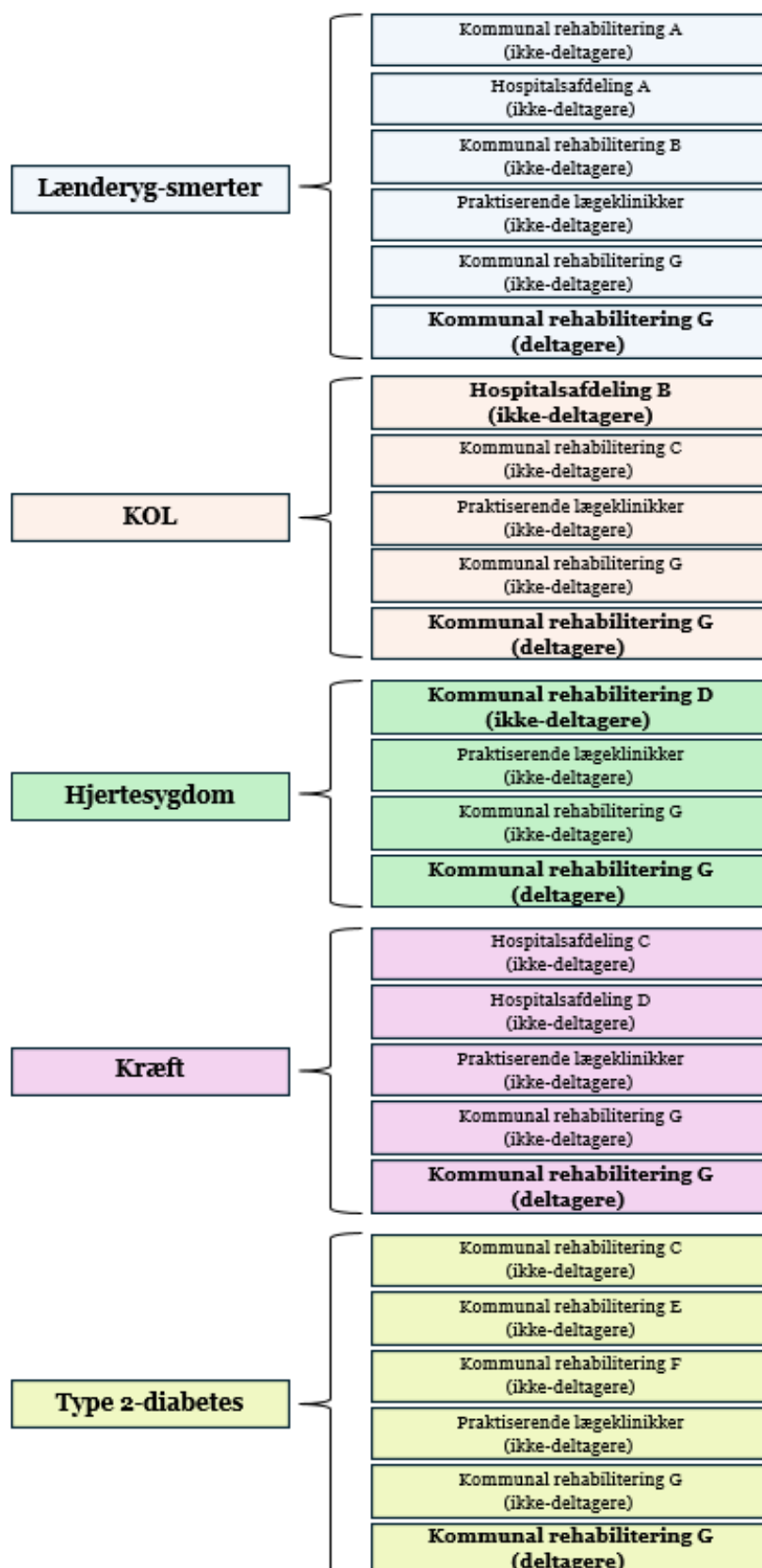
Rekrutteringen fandt sted fra ultimo august 2024 til ultimo december 2024 i en dansk region. I alt blev 7 kommunale rehabiliteringsenheder, 4 hospitalsafdelinger og en klynge

af privatpraktiserende læger på tværs af regionen kontaktet med henblik på rekruttering. Tre enheder (to hospitalsafdelinger og én kommunal enhed) meldte fra; hospitalsafdelingerne oplevede ikke, at personer fravalgte rehabilitering, mens den kommunale enhed havde andre forpligtelser.

Figur 2 viser en oversigt over rekrutteringen og de forskellige enheder. En hospitalsenhed og en kommunal enhed lykkedes med at rekruttere personer, der enten takkede nej til eller frafaldt rehabilitering, mens en anden kommunal enhed lykkedes med at rekruttere personer, der deltog i et rehabiliteringsforløb.

Figur 2: Oversigt over rekruttering

Oversigt over kontaktede enheder med henblik på rekruttering til interviews. I alt blev 7 kommunale rehabiliteringsenheder, 4 hospitalsafdelinger, samt en klynge af privatpraktiserende læger kontaktet.



7.1.2 Dataindsamling

I fase 1 blev individuelle interviews valgt som metode for at opnå dybdegående indsigt i fravalg af rehabilitering. I fase 2 blev der udarbejdet fokusgruppeinterviews med de personer, som deltog i et rehabiliteringsforløb. Dette blev valgt af både en pragmatisk årsag for at sikre flere informanter i undersøgelsen, men ligeledes fordi et fælles interview kan skabe værdifulde refleksioner på tværs af informanterne (47).

Der blev i alt afholdt 6 individuelle interviews med personer, som var frafaldet (5 med hjertesygdom, 1 med KOL), og 5 fokusgruppeinterviews med personer, som deltog i et forløb. I alt deltog 19 personer i fokusgruppeinterviewene, se tabel 7.

Tabel 7: Oversigt over informanterne i interviewundersøgelsen

Køn	Antal
Mænd	12
Kvinder	13
Sygdom	Antal
KOL	2
Hjertesygdom	8
Diabetes	6
Kræft	5
Lænderyg	4

Begge interviewtyper fulgte en semistruktureret interviewguide. Først blev den udarbejdet til de individuelle interviews med personer, der havde takket nej til forløb og derefter blev den tilpasset fokusgruppeinterviewene med deltagere på forløb. Interviewene fulgte en semistruktureret interviewguide, som var baseret på to overordnede temaer: "Dig, din historie og din hverdag" og "Forløbet". Der var udarbejdet primære og opfølgende spørgsmål indenfor hvert af temaerne. Dette valg var baseret på overvejelser om, hvordan den enkelte kommer ind i et rehabiliteringsforløb, samt tidligere samarbejde og eksisterende kontakter i de pågældende afdelinger. Herunder er der eksempler på spørgsmål til hver af de to former for interviews.

Spørgsmål til personer som har takket nej til forløb	Spørgsmål til deltagere på rehabiliteringshold
<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortælle lidt om, hvornår du blev introduceret for forløbet? • Hvad tænker du, at forløbet indebar? • Ved du hvorfor du er blevet tilbudt forløbet? • Hvorfor har du valgt at takke nej til forløbet? • Hvilke hindringer eller barrierer har der været for at deltage? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke overvejelser gjorde I jer i forhold til at takke ja, da I fik tilbudt forløbet? (hverdagsliv, fremtid, gevinst/effekt) • Har I oplevet nogen udfordringer undervejs, hvor I har overvejet at stoppe forløbet? • Baseret på jeres egne erfaringer, hvilke aspekter er med til at man siger ja til et tilbud og hvilke barrierer kan der være?

De individuelle interviews blev alle afholdt telefonisk. Alle informanter blev tilbudt enten et fysisk eller et telefonisk interview for at imødekomme eventuelle logistiske udfordringer. Fokusgrupperne blev derimod afholdt fysisk og i direkte forlængelse af en træningssession på et rehabiliteringsforløb og blev faciliteret af 1-2 forskere. Alle interviewene blev lydoptaget og efterfølgende verbatim transskriberet .

7.1.3 Dataanalyse

Analysen blev gennemført som en tematisk analyse med inspiration fra Braun og Clarke (12), dog uden en direkte opdeling i deres faser.

Indledningsvist blev alle transskriptioner gennemlæst for at opnå et overordnet indtryk af datamaterialet. Transskriptionerne fra de individuelle interviews blev indledningsvist gennemgået med henblik på at identificere potentielle temaer og mønstre, hvorefter der blev noteret foreløbige koder. Denne del er lavet induktivt, hvor formålet med interviewundersøgelsen var styrende for kodningen. Herefter blev transskriptionerne af fokusgruppeinterviewene gennemgået, og der blev ligeledes noteret foreløbige koder. Denne del af analysen blev udarbejdet i Word.

De indledende koder blev samlet i ét dokument for at muliggøre en tværgående analyse af datasættet med henblik på at identificere overordnede temaer. På baggrund af dette arbejde blev der udviklet et foreløbigt kodetræ, hvorefter data blev kodet i NVIVO. Efter den første kodning blev indholdet af de enkelte koder eksporteret fra NVIVO og gennemlæst, hvorefter en fælles drøftelse af sammenhængen mellem indhold og temaer fandt sted. Som resultat af disse diskussioner blev kodetræet justeret og revideret, hvorefter data blev kodet på ny i NVIVO. I denne proces blev de overordnede temaer fra litteraturgennemgangen inddraget i tematiseringen, for at skabe sammenhæng på tværs af de to elementer af vidensopsamlingen. Denne iterative proces fortsatte, indtil de endelige temaer var fastlagt. Afslutningsvis blev relevante citater udvalgt til at understøtte analysens resultater.

7.1.4 Etiske overvejelser

Interviewundersøgelsen er anmeldt til Region Midtjyllands forordning (1-16-02-306-24). Alle informanter har modtaget både mundtlig og skriftlig information om projektet og har efterfølgende givet samtykke til at deltage i interviewene. Alle rehabiliteringsenheder og informanter er fremstillet i anonymiseret form i afrapporteringen.

7.2 Resultater af interviewundersøgelse

I alt blev der fundet 3 overordnede temaer og 6 undertemaer, som er relateret til deltagelse i rehabilitering. Temaerne blev fundet på tværs af interviewene med personer som har valgt at takke nej til forløb og personer der deltog og dermed også på tværs af diagnoser.

7.2.1 Individuelle forhold

Forskellige individuelle forhold kan have betydning for deltagelse i et rehabiliteringsforløb, men informanter nævnte særligt temporale aspekter og sygdomsmæssige aspekter.

Temporale aspekter

Blandt informanter var tid et tema, som både kunne være en barriere og en facilitator. Tid handlede dels om, hvornår i deres sygdomsforløb, de blev tilbudt rehabilitering, tid på dagen for rehabiliteringsforløb, samt en afvejning om tid brugt på rehabilitering i forhold til andre forpligtelser.

Flere informanter havde en klar oplevelse af, at tidslinjen i deres forløb og deres symptomer havde indflydelse på, hvornår rehabilitering gav mening for dem. Flere påpegede, at de havde svært ved at overskue at deltage i forløb, mens de gennemgik behandling for kræft eller hjertesygdom. Flere interviewdeltagere med kræft understregede, at de oplevede en træthed, som i høj grad havde påvirket deres mulighed for at deltage i rehabilitering.

Torkild er gået på pension og deltog i et kræftrehabiliteringsforløb. Han havde været igennem mere end 10 kemobehandlinger og sagde selv, at det havde været rigtig hårdt. Det havde desuden påvirket hans hukommelse, så han skrev efterhånden alt ned for ikke at glemme det. Han fortalte om den følelse af træthed, som særligt var forbundet med et kræftforløb:

“Der er den almindelige træthed, hvor man bare bliver træt, fordi man har gjort noget. Det er ikke det, vi snakker om. Det er en dybdegående indre træthed, som er nærmest lammende”.

(Mand som deltager i kræftrehabilitering)

Selvom flere informanter talte om denne træthed og vigtigheden af at få tilbudt rehabilitering på det rette tidspunkt, så var der ikke et entydigt svar på, hvornår dette var. En af deltagerne sagde direkte, at han ikke kunne overskue rehabilitering, mens han modtog kemobehandling, mens andre var i kemobehandling under rehabiliteringsforløbet.

Tidspunktet på dagen, hvor rehabilitering blev tilbudt, havde betydning for flere af de informanter, som arbejdede fra kl. 8.00-16.00. For Torben, en 60-årig selvstændig erhvervsdrivende, var det en udfordring, at rehabiliteringen lå om formiddagen. Som den eneste fuldtidsansatte i sit firma, hvor han kun lejlighedsvis gjorde brug af vikarer, fortalte

han, at det var svært for ham at frigøre den nødvendige tid til at deltage i hjerterehabilitering:

"Og jeg havde sådan set også sagt ja til det [rehabilitering] og håbede på, at kunne få det puttet ind, men det er meget svært, når du er selvstændig ... Det var jo lidt nogle tossede tidspunkter. Det var klokken 11 om formiddagen ... Ja, men jeg nåede ikke at komme derop [til rehabilitering]. De første to gange, jeg havde regnet med at skulle derop, der måtte jeg melde fra. Der var der kommet noget i vejen. Og så ringede jeg bagefter og sagde, det her det er sgu håbløst. Jeg blev bare mere stresset af, hvis jeg skulle det".

(Mand som har takket nej til hjerterehabilitering)

Det var særligt forpligtelserne ved at være selvstændig, som besværliggjorde deltagelsen i et rehabiliteringsforløb for Torben. Selvom han fremhævede det at være selvstændig som en barriere, så fremhævede en af deltagerne med lænderyg-smerter det at være selvstændig som en facilitator for hendes deltagelse. Det gav hende en særlig fleksibilitet, som muliggjorde, at hun kunne deltage. De arbejdsbetingelser og rammer, man har, kan derfor udgøre en barriere eller en facilitator.

Familiemæssige forpligtelser kunne også spille en rolle i beslutningen om at takke ja eller nej til rehabilitering. Nogle deltagere afvejede tid brugt på rehabilitering i forhold til familiemæssige forpligtelser. En deltager oplevede det som en udfordring at passe et rehabiliteringsforløb samtidig med at få hverdagen til at hænge sammen med små børn og daglige gøremål, mens en anden overvejede, om han turde lade sin syge hustru være alene hjemme. Hverdagens krav og forventninger kan derfor påvirke, hvorvidt man takker ja til rehabilitering.

I et fokusgruppeinterview diskuterede informanterne muligheden for rehabilitering udenfor almindelig arbejdstid, dvs. om aftenen eller i weekenden. Selvom dette kunne få rehabilitering og arbejdsliv til at hænge bedre sammen, kunne det dog være udfordrende at deltage i rehabilitering om aftenen.

Helene er i 70'erne og deltager i diabetesrehabilitering. Hun har haft type 2-diabetes i mere end 20 år, og selvom hun har oplevet nogle fysiske udfordringer ved at deltage i rehabilitering, så har hun aldrig overvejet at stoppe. Men i diskussionen om, hvorvidt rehabilitering kunne foregå om aftenen, bliver hun alligevel i tvivl om sin egen deltagelse:

"Ja ja, men jeg tror også fx når man er blevet ældre, og så skal ud om aftenen, jeg tror det er svært ... Skal du måske først starte kl. 20 fordi der skal laves mad og der skal spises af inden, så tror jeg godt man kan tænke, nej det orker jeg simpelthen ikke".

(Kvinde som deltager i diabetesrehabilitering)

Som citatet illustrerer, kan rehabilitering om aftenen skabe nye barrierer for nogen. Helene gav udtryk for, at selvom et aftenforløb potentielt kunne gavne nogle deltagere,

ville det for hende være en udfordring at skulle tage afsted sent på dagen, hvor energien er lavere.

Temporale aspekter kan således påvirke deltagelsen i rehabilitering. Fundene i denne undersøgelse understreger vigtigheden af at tage individuelle hensyn i planlægningen. Den rette timing kan være afgørende for, hvorvidt rehabiliteringen opfattes som meningsfuld og gavnlig. Hvis rehabilitering tilbydes for tidligt, kan personer med kronisk sygdom mangle energi og overskud, hvis rehabilitering tilbydes for sent, kan behovet ikke længere føles relevant.

Sygdomsmæssige aspekter

For mange kan sygdommens fysiske og psykiske konsekvenser være en væsentlig barriere for deltagelse i rehabilitering. Bekymringer for, hvordan kroppen vil reagere på træning, oplevelsen af funktionstab og udfordringer med motivation, kan alle spille en rolle i beslutningen om at deltage eller ej.

Flere deltagere nævnte usikkerhed omkring, hvordan træning ville påvirke deres sygdom. Troels, der har levet med prædiabetes og diabetes i flere år, var bekymret for risikoen for insulinchok i forbindelse med motion:

"Men man får en bedre insulinføling når man træner. Så jeg havde jo en eller anden hjemmestrikket filosofi om, at man risikerer at få insulinchok [ved træning]. Men det er ikke noget som vi har været inde på i undervisningen".

(Mand som deltager i diabetesrehabilitering)

Selvom han gav udtryk for bekymringer for at træne med sin diabetes, var det for ham ikke bekymrende nok til at takke nej til rehabiliteringsforløbet. Men han havde forventet en mere dybdegående undervisning i netop dette emne.

For andre var det sygdommens fysiske begrænsninger, der skabte udfordringer i hverdagen og deltagelse i rehabilitering.

Karenmarie er netop blevet pensionist og har haft KOL i mange år. Hun stoppede med at ryge for ganske få måneder siden, men hendes KOL er nu blevet så slem, at det er nødvendigt at bruge iltapparat. Hun oplever store funktionsnedsættelser pga. diagnosen. Da hun blev spurgt, om placeringen af rehabiliteringen og transporten frem og tilbage havde betydning for hendes beslutning om at takke nej, svarede hun:

"Det kan det da i aller højeste grad. Jeg kan jo ikke gå ret langt til nogen ting. For eksempel, når jeg skal til min tandplejer inde i [byen], det er jo et frygteligt sted at komme til. Så min nabo kører mig ind og sætter mig af foran døren, så tager jeg elevatoren op til hende og ned igen og så henter de mig igen. Jeg har helt mistet gnisten til at køre derind. Altså jeg kan ikke gå derhen. Der er simpelthen for langt. Jeg er blevet meget, hvad hedder sådan noget, handicappet altså på det sidste her. Og jeg har også taget helt vild meget på, jeg er helt holdt

med at ryge. Det gør det jo heller ikke bedre. Hvis man ikke kan røre sig og man bliver tykkere og tykkere og nej, det bider sig lidt i halen det hele”.

(Kvinde som har takket nej til lungerehabilitering)

Karenmaries fortælling viser, hvordan sygdommens udvikling kan føre til en ond cirkel, hvor begrænset mobilitet, ændringer i vægt og tab af energi forstærker hinanden.

Ud over de fysiske begrænsninger oplevede flere deltagere også psykiske udfordringer, som påvirkede deres deltagelse i rehabilitering. Betina, der har lænderyg-smerter, fortalte, hvordan det psykiske aspekt gjorde det svært for hende at komme afsted. For hende var det en facilitator, at hun kendte nogen på forløbet i forvejen:

”Vi [personer med lænderug-smerter] har også tit noget af det psykiske inde og det har i hvert fald gjort, at jeg normalt ikke kommer afsted. Jeg får tilmeldt mig mange ting og mister mange penge og kommer aldrig ud af døren for det kræver noget overtalelse og mod og alt det der man ikke har. Nu har jeg så haft samtalen med fysioterapeuten [på forløbet] inden, så jeg ligesom kender hende, eller kender og kender, men jeg har snakket med hende. Det gør det lidt nemmere. I stedet for at man ligesom skal troppe op på et hold, hvor man er helt fremmed med alle, det synes jeg det er svært. Det er godt man har en at kunne holde lidt i hånden på en eller anden måde”.

(Kvinde som deltager i lænderyg-rehabilitering)

For Betina var det afgørende at have en kendt kontaktperson og en tryk ramme, hvilket understreger, at det for nogen har betydning at få lidt støtte i forbindelse med rehabilitering.

Sygdomsmæssige aspekter behøver ikke udelukkende at omhandle den diagnose, som informanterne er henvist med. Tidligere sygdomsforløb kan også præge oplevelsen af rehabilitering. Lotte, som deltager i lungerehabilitering, fortalte om en svær tid efter sin kræftoperation, hvor hun følte sig overladt til sig selv. Dengang fik hun ikke tilbudt rehabilitering, og hun fortæller om nogle særlige sygdomsmæssige oplevelser, som hun ville ønske, at hun havde kunnet dele med andre:

”Jeg mistede sådan gnisten. Det er en ret speciel oplevelse, at man egentlig ikke rigtig tror på noget, eller har lyst til noget, så jeg synes det gik meget ned af bakke ... jeg kom tilfældigt i kontakt med en dame som solgte garn og snakkede lidt med hende og så sagde hun; du skal altså lige vide jeg er sygeplejerske og det er helt normalt det du oplever, at du har den her depression, det er så normalt. Og det var en, det var simpelthen en gave for mig at hun sagde det”.

(Kvinde som deltager i lungerehabilitering)

Lottes oplevelse peger på, hvor vigtigt det kan være at få støtte og anerkendelse af de følelsesmæssige aspekter ved sygdom.

Samlet set viser disse fortællinger, at sygdom ikke kun påvirker kroppen, men også det mentale velbefindende, motivationen og oplevelsen af normalitet. Sygdommens fysiske og psykiske konsekvenser kan derfor have stor betydning for deltagelse i rehabilitering. Mens nogle oplever, at bekymringer og begrænsninger bliver en barriere, kan støtte, tryghed og fællesskab være afgørende faktorer for at overvinde disse udfordringer.

7.2.2 Relationelle forhold

Relationelle forhold var et gennemgående tema på tværs af interviewene. Der blev fundet to undertemaer; (1) "Betydningen af kommunikation", som omhandler kommunikationen mellem personer med kronisk sygdom og sundhedsprofessionelle, og (2) "Fællesskab i forløbet", som omhandler sociale relationers betydning blandt deltagere i et rehabiliteringsforløb.

Betydningen af kommunikation

Kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og personer med kronisk sygdom er en central del af rehabiliteringsforløb og blev italesat i stort set alle interviews. Kommunikation dækker både over oplevelser og erfaringer i det aktuelle forløb, men også tidligere erfaringer, som informanterne delte.

Flere informanter fremhævede kommunikationen med sundhedsprofessionelle, som særdeles positiv. De oplevede, at de sundhedsprofessionelle var kompetente og velforberedte ved opstart af et rehabiliteringsforløb og at de blev mødt med forståelse for individuelle behov og potentielle begrænsninger i forbindelse med den fysiske træning. Derudover var der generelt enighed om, at de fleste sundhedsprofessionelle var både venlige og kompetente.

Til trods for de overvejende positive erfaringer, er der også eksempler på mindre tilfredsstillende kommunikation med sundhedsprofessionelle. Kristian, som er i 70'erne, har takket nej til hjerterehabilitering. Han har haft mange møder med forskellige sundhedsprofessionelle, og har oplevet ikke at blive lyttet til, hvilket i et tilfælde resulterede i en fejldiagnose og fejlbehandling. En fejl, som har resulteret i, at han i dag har en væsentlig nedsat funktionsevne. Han pointerer, at kommunikation ikke alene handler om faglighed og kompetencer, men også om kemi og evnen til at lytte:

"Jeg var til en samtale ved en fysioterapeut og nu siger jeg det helt ærligt, hans og min kemi passede absolut ikke sammen. Han talte ned til mig ... Så valgte jeg at sige nej, også ud fra den betragtning at han troede jeg ville have svært ved at lytte til mig og forstå mig, samtidig med, at jeg havde ikke lyst til at være på et hold, hvor jeg følte at jeg hurtigt, på grund af mine dårlige ben, var begrænset i hvor meget jeg kunne spankulere rundt".

(Mand som har takket nej til hjerterehabilitering)

For Kristians vedkommende var barrieren for deltagelse i rehabilitering både en oplevelse af ikke at blive mødt respektfuldt og samtidig en bekymring for ikke at kunne følge med. Ligeledes har Emilie, som er i 20'erne og deltager i et rehabiliteringsforløb målrettet

lænderyg-smerter, oplevet udfordringer med kommunikationen i sundhedsvæsenet. Hun har selv været meget opsøgende i forhold til at få adgang til forløbet. Hendes læge har gentagende gange anbefalet hende at opsøge en fysioterapeut, selvom hun hver gang fortæller, at hun ikke har råd. Emilie beskriver en langvarig kontakt med sundhedsvæsenet, hvor hun oplever, at lægerne ofte baserer deres vurderinger på tidligere journalnotater, frem for at lytte til hendes aktuelle oplevelse:

"Jeg synes, lægerne skal være bedre til at lytte til mig og lytte til hvad jeg siger i stedet for at lytte til hvad journalen siger. Hver enkelt læge du kommer ind til burde lytte til dig som person og hvordan jeg har det, for de ved ikke, hvordan jeg har det i min krop. Og det synes jeg simpelthen, at der er rigtig mange læger, der er sådan jamen jeg ved bedst, Og det gør du bare ikke. Det kan godt være du ved bedst omkring, hvad der måske kan hjælpe mig, men jeg ved bedst ift., hvordan jeg har det, så lyt til hvordan jeg har det, ikke hvad en anden person har skrevet om, hvordan jeg havde det sidst".

(Kvinde som deltager i lænderyg-rehabilitering)

Kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og personer i rehabilitering opleves generelt som positiv, især når de sundhedsprofessionelle er velforberedte og lytter til deres individuelle behov. For personer med kronisk sygdom, kan kommunikationen med sundhedsprofessionelle både facilitere tilslutning til forløbet, men også udgøre en barriere.

En anden del af temaet kommunikation omhandlede digitale løsninger i rehabilitering. Under en observationssession blev der vist et online træningsprogram på en storskærm. Dette blev efterfølgende diskuteret i et interview med Lotte, som er i 60'erne og deltager i et KOL-rehabiliteringsforløb. Hun fremhævede, at det var særdeles gavnligt at få vist, hvor på hjemmesiden man kunne finde træningsvideoer:

"Men det synes jeg var SÅ godt, det skal jeg sige. For mange af os der kommer med kronisk sygdom, vi er jo også +50 eller det der er værre ikke. Og jeg synes det var så fedt det der med, at hun smed skærmen op på lærredet der, for det er tit jeg får den jamen du kan gå ind på deres hjemmeside, det er lige som når man kommer ind til isenkræmmeren og de så siger, det står dernede (griner). Så man kunne se, nåh du går ind der, nåh så det er den der og så klikker du det. Altså det synes jeg var fedt. Fordi det var bare, for der blev man ligesom også lige ... (I: taget i hånden?) ja ... for det er en barriere for mange af os det der med computere og hjemmesider og alt det der".

(Kvinde som deltager i lungerehabilitering)

Udfordringerne ved at opsøge information på diverse hjemmesider blev ligeledes adresseret i et interview med Søren, som er i 40'erne og har takket nej til hjerterehabilitering. Han er i øjeblikket jobsøgende, men ellers har han arbejdet på det samme værksted i mange år. Han har de seneste år presset sig selv, både fysisk og psykisk. Samtidig med at han fik hjertesygdommen, begyndte han at opleve problemer med ryggen.

Han sagde nej til hjerterehabilitering, fordi han ikke følte, at han kunne holde til det i ryggen på daværende tidspunkt. Han fortalte dog, at han godt kunne tænke sig at deltage i rehabilitering nu, efter ryggen har fået det bedre. Søren blev spurgt, om han havde overvejet at tage kontakt til rehabiliteringsenheden igen:

"Jeg ved sgu egentlig taget ikke hvem det er jeg skal kontakte derinde for at komme i gang med det for at være ærlig".

(Mand som har takket nej til hjerterehabilitering)

Informanter, som havde takket nej til rehabilitering blev spurgt, om det ville have gjort en forskel, hvis forløbet havde foregået online. Her fortalte en, at hun ikke havde en computer, men kun en telefon, så for hende havde det ikke nødvendigvis gjort en forskel i forhold til at deltage. En anden fortalte, at det måske havde gjort det nemmere at deltage, men at han foretrak at træne udenfor. Digital kommunikation spiller en stigende rolle i rehabiliteringsforløb, men adgang til teknologi kan fortsat være en udfordring for nogle. For nogen er det meget simpelt og nemt, at man bare kan gå ind på en hjemmeside og finde noget information. Mange sundhedsprofessionelle er vant til at arbejde med en computer og for manges vedkommende, også vant til at bevæge sig rundt på internettet. Men som det netop bliver fremhævet her, så kan det for andre være en stor udfordring, som faktisk ender med at være en barriere.

Kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og personer med kronisk sygdom har en betydning for deltagelse i rehabiliteringsforløb. Ifølge personer med kronisk sygdom, er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle både fastholder en empatisk og lyttende tilgang i den personlige kommunikation, samt tager individuelle hensyn. Derudover er det vigtigt, at de kan tage højde for den enkeltes forskellige forudsætninger for at navigere i digitale løsninger.

Fællesskab i forløbet

Fællesskabets rolle i rehabiliteringsforløb kan have stor betydning for den enkeltes oplevelse og motivation. I fokusgruppeinterviewene fremhævede flere deltagere, hvordan det at være en del af et hold kunne skabe en følelse af støtte og samhørighed, mens andre ikke tillagde fællesskabet samme vægt.

I fokusgruppeinterviewene med deltagere beskrev flere, hvordan det at være en del af et hold kunne give en følelse af støtte og fællesskab. Særligt for dem, der oplevede smerter eller fysiske begrænsninger, var det værdifuldt at være omgivet af andre i samme situation.

Sarah er i 40'erne og deltager i lænderyg-rehabilitering. Hun har haft lænderyg-smerter i adskillige år. Hun har små børn og bor sammen med sin mand. Sarah fortæller, at gruppedelen af rehabiliteringsforløbet havde stor betydning for hende:

"Jeg var også til gruppeforløb, altså det der med at have et fællesskab om tingene, det synes jeg også var enormt betydningsfuldt. For man kan føle sig meget alene, når man har ondt. Og det at være sammen med nogen, der kan

relatere til det, eller som kan .. hvad kan man sige bakke en op (griner) det synes jeg var, altså jeg havde brug for at være på et hold. Og jeg kan også mærke, jeg går jo ikke på lænderyg-holdet længere og det gør en forskel for mig. Det der med når man så kommer tilbage og skal stå med det selv og fordi, ja jeg synes det betyder noget at man er et fællesskab”.

(Kvinde som har deltaget i lænderyg-rehabilitering)

Det blev dog også tydeligt, at det sociale element ikke var en væsentlig del af kræftrehabiliteringsforløbet. Her fortalte deltagerne, at de faktisk ikke havde talt ordentligt sammen på holdet, før under dette interview. Generelt oplevede deltagerne ikke dette som et problem, men der var dog en af deltagerne, som fortalte, at han faktisk savnede denne del og at han havde efterspurgt det hos de sundhedsprofessionelle. Han boede alene og havde generelt ikke et særlig stort netværk at dele sine oplevelser og eventuelle bekymringer med. Selvom han ikke havde overvejet at afslutte forløbet, så viste interviewet, at det sociale aspekt for nogle var motiverende. Karl, som også deltog i kræftrehabilitering, der modtog immunterapi, fortalte om, hvordan han blev opfordret til at deltage i træning for at bevare sin muskelmasse. Selvom hans kone, der er fysioterapeut, ofte havde opfordret ham til træning derhjemme, var det først, da han blev en del af et hold, at han fandt motivationen.

”Min kone er fysioterapeut, så alt hvad jeg fortæller, det har hun jo fortalt mig hundredvis af gange (alle griner) men når jeg så går rundt om spisebordet og har lavet det der én gang, så tænker jeg det må være nok. Jeg kan jo ikke gå rundt om spisebordet 20 gange, og det er det gode ved at komme på sådan et hold. For der er vi jo et hold, ikke? Og vi skal lave de her øvelser i en time, og det skal vi alle sammen. Det synes jeg, for mig er det absolut positivt”.

(Mand som deltager i kræftrehabilitering)

Samlet set viser interviewene, at fællesskabet i rehabiliteringsforløbene kan være en vigtig motivationsfaktor for nogle, mens det for andre ikke spiller en væsentlig rolle.

7.2.3 Organisatoriske forhold

Organisatoriske forhold handler her om, hvordan den eksisterende organisering af rehabiliteringsforløb har betydning for deltagelse. Der blev fundet to undertemaer; (1) ”Vejen til forløbet”, som handler om, hvordan personer med kronisk sygdom bliver orienteret om og får adgang til rehabiliteringsforløb, og (2) ”Plads til forskelligheder”, som handler om, hvorvidt den enkelte føler, at der er plads til individuelle tilpasninger i rehabiliteringsforløbet.

Vejen til forløbet

I Danmark er der flere indgange til et rehabiliteringsforløb. Informanterne i undersøgelsen var henvist fra hospital, praktiserende læge, eller havde selv henvendt sig til den kommunale rehabiliteringsenhed. Informanternes kroniske sygdomme dækker både over akut opstået kronisk sygdom (kræft og hjertesygdom), samt kronisk sygdom, som de

potentielt har gået med i årevis (KOL, type 2-diabetes og lænderyg-smerter). Flere har desuden tidligere erfaring med rehabiliteringsforløb, herunder indgangen til forløbet. Mens flere informanter fandt, at henvisning og indgangen til rehabilitering havde foregået upåklageligt, oplevede andre forskellige barrierer i henvisning og indgangen til rehabilitering.

Deltagerne med type 2-diabetes, KOL og lænderyg-smerter fremhævede især manglende information om rehabiliteringsmuligheder som en barriere for at påbegynde et rehabiliteringsforløb. Mange af deltagerne havde haft deres diagnose i mange år, og flere oplevede information om rehabiliteringsforløb som utilstrækkelig, og at de selv skulle opsøge tilbud om hjælp. I flere af tilfældene har rehabiliteringsforløbet derfor kun været muligt efter aktiv forespørgsel fra dem selv. Betina i 50'erne, som er førtidspensionist, har haft lænderyg-smerter i mange år, inden hun fandt ud af, at det var muligt at komme på rehabiliteringsforløb. Hun deltager nu i et rehabiliteringsforløb målrettet lænderyg-smerter:

"Man får ikke oplyst nogen steder, hvad der er af muligheder. Nu har jeg haft det i mange år, og jeg har aldrig nogensinde hørt om det [rehabilitering]. Og det var tilfældigt at jeg kom ned i det der åbne fleksible rådgivning, og hvis jeg ikke var kommet det, så ved jeg sandelig ikke. [Lægen] skulle oplyse om, at man faktisk kunne få lidt hjælp".

(Kvinde som deltager i lænderyg-rehabilitering)

Deltagerne udtrykte en forventning om, at deres praktiserende læge, eller deres tilknyttede speciallæge, havde et overblik over sundhedsforløb og kunne informere, vejlede og henvise dem til relevante forløb.

En deltager med hjertesygdom havde desuden oplevet at føle sig overset eller misforstået, som resulterede i at hun selv måtte bede om rehabilitering. Ketty i 80'erne år deltager i hjerterehabilitering. Hun er pensioneret pædagog og har deltaget i forskellige rehabiliteringsforløb tidligere, både med hjertesygdom og en anden kronisk sygdom (kræft). Ketty sammenligner nuværende og tidligere oplevelser med rehabilitering og reflekterer over, at hun har været nødt til at være opsøgende ift. at få hjælp. Indgangen til rehabilitering har krævet, at hun selv var aktiv:

"Jeg tror, de havde misforstået mig derude [på hospitalet], at jeg ikke var interesseret i rehabilitering. Og der var der jo så ikke andet at gøre end at ringe derud og sige at det var jeg absolut, da jeg pludselig fandt ud af, at jeg var ikke blevet henvist ... Så .. altså nogen gange synes jeg, at man skal være for meget udfarende for at få den hjælp man eventuelt har brug for. Man skal selv simpelthen være opsøgende, meget. Og det har jeg så også oplevet under mit kræftforløb, der har altså været nogen problemer der".

(Kvinde som deltager i hjerterehabilitering)

Ketty brugte desuden bekendte og venner som informationskilder til at drøfte muligheder for rehabilitering i hendes kommune. Hendes oplevelse var, at rehabiliteringsmulighederne måske endog er bedre i hendes kommune end i andre – men man skal jo lige kende til dem.

Undersøgelsen viste, at sundhedsprofessionelle var vigtige nøglepersoner i indgangen til rehabilitering, både i forhold til at informere, vejlede om og henvise til rehabilitering. Som eksemplerne med Betina og Ketty viser, formidles information om rehabiliteringsmuligheder ikke altid systematisk af sundhedsprofessionelle, men kan afhænge af den enkeltes egen opsøgende indsats. Blandt de 11 interviewede personer, der deltog i et rehabiliteringsforløb målrettet KOL, type 2-diabetes eller lænderyg-smerter, havde de 6 personer selv opsøgt kommunen for at få adgang til forløbet. Da vi ikke har interviewet sundhedsprofessionelle tilknyttet deres forløb, kan vi dog ikke vide, hvilke årsager, der kan ligge til grund for, at de ikke er blevet henvist.

Undersøgelsen viste, at personer med kronisk sygdom også selv fungerede som vigtige nøglepersoner for indgangen til rehabilitering, da flere selv søgte information og opsøgte rehabilitering. Udover personen selv og fagprofessionelle, spiller også sociale netværk – såsom familie, venner og bekendte – en væsentlig rolle som kilde til information om og opmærksomhed på eksisterende rehabiliteringsforløb. Dette understreger, at adgangen til rehabilitering ikke alene afhænger af sundhedsvæsenets struktur, men også af den enkeltes egne ressourcer, netværk og evne til at navigere i systemet, samt en viden om, at rehabilitering er en mulighed.

Informanternes forventninger til og viden om rehabilitering varierede. Nogle informanter gav udtryk for usikkerhed eller manglende viden om, hvad rehabiliteringsforløbet indebar. Andre fortalte, at de ikke havde en klar forventning til forløbet på forhånd, men blot sagde ja uden større overvejelser. Usikkerheden om, hvad rehabilitering præcist indebar, blev dog drøftet af både personer som takkede nej og de, der takkede ja.

Ingerlise og Carl deltager begge i kræftrehabilitering. De er begge blevet henvist fra hospitalet og fortæller, at de egentlig ikke var klar over indholdet af rehabilitering, inden de takkede ja:

Carl: "Jeg tænkte bare, det skal nok være fint, men jeg havde ingen idé om, om man nu skulle sidde i rundkreds .. men igen, det er jo rart at være sammen med rare mennesker, hvor man laver det samme. Det har kun været positivt".

Ingerlise: "Men jeg ved da ikke, hvad jeg havde forventet. Jeg blev bare spurgt, om jeg ville med i sådan et genoptræningsforløb, og så siger jeg bare ja tak. Jeg synes da bare det har været dejligt. Jeg vidste heller ikke, hvad det gik ud på".

(Mand og kvinde som deltager i kræftrehabilitering)

Selvom de gav udtryk for, at de ikke havde nogle særlige forventninger til rehabiliteringsforløbet, så var de begge glade for deres beslutning om at deltage. At de ikke havde så meget viden om forløbet på forhånd, havde umiddelbart ingen betydning for deres beslutning om at deltage. Selvom ingen af de personer som takkede nej til forløbet

sagde, at deres viden og forventninger til rehabilitering var direkte årsag til, at de havde sagt nej, blev det alligevel nævnt i flere interviews. F.eks. Richard, i 40'erne, som takkede nej til hjerterehabilitering. Han fortalte om hans oplevelse med at få information om forløbet, samt dialogen med den sundhedsprofessionelle omkring forløbet:

"Jo, men .. nu kan jeg simpelthen ikke huske, hvad hun hedder hende jeg snakkede med, men hun var egentlig god til at forklare og sætte mig ind i, hvad det egentlig kunne være, at det også kunne være lidt, kan man kalde det coaching i og ligesom forstå og komme videre fra en blodprop. Så jeg synes egentlig, hun kom godt omkring og hun gav ikke op (griner), men hun kunne godt se... hun kunne godt forstå mig i hvert fald. Men hun holdt den åben så lang tid hun kunne, hvis nu jeg skulle ændre mening".

(Mand som har takket nej til hjerterehabilitering)

Han nævnte sin erfaring som personlig træner, som har styrket hans forståelse af både sygdommen og rehabiliteringsforløbet. Han sagde selv, at der ikke havde været noget efterspil i forbindelse med hans hjertesygdom og at det er en af grundene til, at han godt turde takke nej til rehabilitering.

Der ses en forskel i, hvorvidt borgerne havde følt sig tilstrækkeligt informeret om rehabilitering, og hvorvidt deres forventninger blev indfriet. Nogle oplevede, at de havde fået god vejledning, mens andre fortalte, at de ikke helt havde vidst, hvad de gik ind til. Dette gjorde sig gældende for både de der takkede nej og de der takkede ja.

Når viden om rehabiliteringsmuligheder ikke systematisk formidles af sundhedsprofessionelle, risikerer personer med kronisk sygdom at gå glip af et forløb, der kunne have været gavnligt for dem. Fundene i denne undersøgelse understreger derfor vigtigheden af en systematisk henvisning til rehabiliteringsforløb. Personer med kronisk sygdom, der enten selv har ressourcerne til at undersøge mulighederne eller et netværk, der kan guide dem, vil muligvis opsøge rehabilitering på egen hånd. Derimod er der en risiko for, at personer med færre ressourcer, uden netværk eller med manglende overskud ikke får den nødvendige støtte, hvilket kan føre til øget ulighed i sundhed.

Plads til forskelligheder

Plads til forskelligheder handler om, hvordan informanterne oplevede at passe ind i rehabiliteringsforløbet, og om der blev taget hensyn til deres funktionsevne. Behovet for individuel tilpasning varierede fra person til person og blev nævnt i stort set alle interviews. Nogle oplevede fleksibilitet i forløbet, mens andre følte, at faste rammer og manglende hensyn blev en barriere for deltagelse.

I fokusgruppeinterviewet med deltagere med type 2-diabetes, blev der talt særligt om individuel tilpasning. Det rehabiliteringsforløb som de deltog i, fulgte et særligt program og der var derfor et forholdsvis fastsat træningsforløb og deltagerne nævnte, at halvdelen af deres hold enten var faldet fra eller kun deltog i patientundervisningen. De vurderede, at den faste struktur kunne være en af årsagerne til frafaldet. Laura og Poul deltager begge

i type 2-diabetes forløbet. Der er stor forskel på, hvor lang tid de hver især har haft diabetes, men de har dog det til fælles, at de selv har opsøgt kommunen for at kunne deltage i rehabiliteringsforløbet og er derfor ret motiverede for at deltage. Da de blev spurgt, hvorfor de tror holdet er halveret, svarede de:

Poul: "De har nogle fysiske udfordringer som gør, at det er vanskeligt for dem at gennemføre".

Laura: "Vi har 3 nu, som kommer om torsdagen til undervisningen, som har holdt fast i undervisningsdelen, men som simpelthen ikke kunne holde til den fysiske træning".

(Mand og kvinde som deltager i diabetesrehabilitering)

Begge fremhævede aldersbetingede fysiske begrænsninger som en faktor, der kunne hindre deltagelse i rehabiliteringsforløb. De oplevede dog, at rehabiliteringsforløbet over tid blev mere fleksibelt, bl.a. ved at tilbyde øvelser i forskellige sværhedsgrader.

Individuel tilpasning af træningsniveauet blev også nævnt i interviews med personer, der har takket nej til rehabilitering.

Kristian i 70'erne har takket nej til hjerterehabilitering. Han har tidligere deltaget i et sådant forløb, men valgte denne gang at sige nej tak. Han oplever fysiske udfordringer, som ikke skyldes hans hjertesygdom, og det var særligt denne nedsatte funktionsevne, han fandt udfordrende i forhold til at kunne deltage i rehabiliteringsforløbet:

"Ja, og jeg var som sagt også bange for, at jeg skulle trække folk ned. Fordi da jeg var til hjerterehabilitering sidst, der var jeg nok den bedste på holdet, for at sige det på den måde, havde mest energi og jeg skulle ligesom bevise for mig selv, at det her skulle fandme ikke slå mig ud, jeg skal ovenpå igen. Men der kunne jeg godt føle, med den situation jeg var i med mine udfordringer, der vil det være begrænset, hvad jeg kunne præstere på det der genoptræning".

(Mand som har takket nej til hjerterehabilitering)

Han vurderede, at han ville have deltaget, hvis der havde været mulighed for enetræning eller større hensyn til hans nedsatte funktionsevne. En anden person, som takkede nej til hjerterehabilitering, havde desuden gigt og begrænset træningserfaring og følte derfor ikke, at der var plads til "sådan nogen som ham" på holdet. Samtidig var der dog også deltagere, der oplevede, at der blev taget individuelle hensyn, hvilket understreger, at oplevelsen af fleksibilitet kan være afgørende for deltagelse.

En stor del af den individuelle tilpasning handlede om smerter i forbindelse med træning og følelsen af, om der var plads til tage hensyn til dette i rehabiliteringsforløbet. Smerter hang for de personer som takkede nej til rehabilitering ikke nødvendigvis sammen med den diagnose, som de var henvist med, men kunne være forbundet med andre sygdomme eller problematikker. For nogen af disse personer blev rehabiliteringsforløbet og den tilhørende diagnose sekundært.

I to fokusgruppeinterviews blev udetræning nævnt som en mulig barriere. Tre deltagere oplevede, at træning udenfor var problematisk, både pga. vejret og fysiske udfordringer. Hans er i 80'erne og som er pensioneret fortæller, at han tidligere har deltaget i et hjerterehabiliteringsforløb, hvor de havde udetræning:

"Og vi skulle også udenfor på en græsplæne og løbe og gå omkring og man skal vist ikke være sammen med mig ret længe for at se, at jeg har en elendig balance, det havde jeg også dengang. Og jeg kunne altså simpelthen ikke løbe rundt sammen med alle de andre der, så jeg faldt og slog hovedet ned i græsplænen (banker hånden i bordet) og det skete der jo i og for sig ikke ret meget ved, græsplænen er jo ret blød, men sådan et stykke fra, lå der en sten. Hvis mit hoved havde ramt den sten (slår igen i bordet), så havde jeg enten ligget i min grav i dag, eller bestemt ikke siddet her, men siddet på et plejehjem som en grøntsag ... Da jeg fik det [rehabilitering] næste gang så spurgte jeg, skal det foregå udenfor også? Nej nej nej, det var kun indenfor. Jeg fortalte den historie, og de sagde jamen der skulle nok blive taget vare på mig. Så det var altså en barriere for mig".

(Mand som deltager i hjerterehabilitering)

For ham handlede hans overvejelser om at deltage i hjerterehabilitering denne gang om, at han skulle føle sig tryk i forløbet, og at der ville blive taget hensyn til hans fysiske funktionsevne. En deltager fra et KOL-rehabiliteringsforløb nævnte, at kun tre personer mødte op til en planlagt udendørstræning, primært fordi det var vinter. Samtidig foretrak en anden ikke-deltager netop udetræning, hvilket viser, at både fysiske begrænsninger og personlige præferencer bør overvejes i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløb.

Oplevelsen af individuel tilpasning havde stor betydning for, om det blev en facilitator eller en barriere. Nogle oplevede manglende fleksibilitet i træningen, hvilket afholdt dem fra at deltage eller fortsætte. Særligt fysiske udfordringer og smerter kunne være barrierer, hvis der ikke blev taget tilstrækkelige hensyn. Udetræning var også en faktor, hvor nogle oplevede det som en barriere pga. vejrforhold eller balanceproblemer, mens andre foretrak udetræning. Disse forskelle understreger vigtigheden af fleksibilitet og individuel tilpasning i rehabiliteringsforløb.

7.3 Sammenfatning

7.3.1 *Sammenfatning af resultater*

Interviewundersøgelsen omfatter 25 personer med kronisk sygdom, hvoraf 6 var faldet fra et rehabiliteringsforløb, og 19 deltog i et forløb. Resultaterne viser, at opfattelsen af hvilke faktorer, der kan udgøre enten en barriere eller en facilitator varierer individuelt. Som i litteraturgennemgangen er resultaterne overordnet inddelt i individuelle, relationelle og organisatoriske faktorer. De mange fællestræk mellem litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen understreger resultaternes relevans.

Blandt de **individuelle** faktorer, der påvirker deltagelse i rehabiliteringsforløb, fremstår tid som særlig central i interviewundersøgelsen. Det omfatter tidspunktet for henvisning, tidspunktet på dagen for rehabiliteringsforløbet og prioriteringen af tid til rehabilitering. For personer med en kræftdiagnose spillede henvisningstidspunktet en væsentlig rolle i forhold til at have det nødvendige overskud til at deltage. Timingen af henvisningen var også et væsentligt fund i litteraturgennemgangen (15, 18, 24). Der er således ikke et entydigt svar på, hvornår henvisningen til et rehabiliteringsforløb er mest hensigtsmæssig. Derimod viser resultaterne, at timingen af henvisningen bør tilpasses den enkeltes situation og sygdomsforløb. Mens en tidlig henvisning kan være en barriere for nogle, kan en forsinket henvisning have negative konsekvenser for andre. Det samme gør sig gældende for tidspunkt på dagen for forløbet, som ligeledes både kunne være en facilitator og en barriere. En anden individuel faktor er de sygdomsmæssige aspekter. Fysiske og psykiske konsekvenser af sygdom kan være barrierer for deltagelse i rehabilitering. Bekymringer om træning, funktionsnedsættelse, manglende energi og motivation samt tidligere sygdomserfaringer spiller en rolle. Dårligt selvoplevede fysisk og mental helbred blev ligeledes fundet som barrierer for deltagelse i litteraturgennemgangen (26, 27).

Ligeledes fandt vi, at der kan være nogle **relationelle forhold**, som kan facilitere eller være en barriere for deltagelse. Relationelle forhold relaterer sig både til kommunikation med forskellige sundhedsprofessionelle i forbindelse med behandling og forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, men ligeledes de sociale relationer, som kan være i et rehabiliteringsforløb. Et godt samarbejde med de sundhedsprofessionelle handlede ifølge informanterne bl.a. om følelsen af, at de sundhedsprofessionelle havde god indsigt i den enkeltes diagnose og forløb. Samtidig blev en positiv relation med sundhedsprofessionelle af informanterne beskrevet som lyttende og forstående og hvor deres egne behov og erfaringer blev inddraget. Vigtigheden af sundhedsprofessionelles viden, støtte og relation til den enkelte blev ligeledes fundet på tværs af diagnoserne i litteraturgennemgangen (14, 30). Foruden kommunikation, så viste interviewundersøgelsen ligeledes, at digitale løsninger i rehabilitering både kan facilitere eller være en barriere for deltagelse. Der er stor forskel på, hvor stor erfaring den enkelte har med at navigere rundt på hjemmesider. For nogen kan svaret; "det kan du finde inde på vores hjemmeside" i sig selv være en barriere, ligesom mangel på dette rette udstyr kan være en barriere. Selvom der kan være motivation til at deltage i et rehabiliteringsforløb online, så kan der også her være udfordringer ved at navigere i digitale løsninger. Det andet relationelle forhold handler om fællesskab. Resultaterne fra interviewundersøgelsen viser, at der ikke er entydighed i

fællesskabets betydning. For nogle fungerer fællesskabet i rehabiliteringsforløbene som en vigtig motivationsfaktor, mens det for andre ikke spiller en væsentlig rolle. Dette var ligeledes et fund i litteraturgennemgangen (14, 23).

Derudover kan **organisatoriske forhold** have betydning for deltagelse. Vejen til forløbet blev adresseret i alle interviews. Resultaterne viste at barrierer ved henvisningsprocessen kan vanskeliggøre adgang til et rehabiliteringsforløb. Flere deltagere i undersøgelsen havde selv henvendt sig til rehabiliteringsenheden, hvilket fordrer et kendskab til forløbet. Da ikke alle har dette kendskab, skaber dette derfor en væsentlig udfordring i lige adgang. Udfordringer ved henvisning var desuden et væsentligt fund i flere studier fra litteraturgennemgangen (13, 16, 18, 21, 23, 33, 39, 48). Indgangen til sundhedsindsatser spiller en væsentlig rolle i ulighed i sundhed, da ulige adgang både kan forstærke eksisterende uligheder og danne grundlag for nye. I arbejdet med at reducere ulighed i sundhed, er det derfor vigtigt med et sundhedsvæsen, der sikrer universel adgang til indsatserne og har fokus på at tilgodese forskellige behov for at opnå lighed i sundhed. En anden væsentlig organisatorisk faktor var, hvorvidt der var plads til forskelligheder i forløbene og handlede om, hvordan informanterne oplevede at passe ind i rehabiliteringsforløbet, og om der blev taget hensyn til deres funktionsevne. Her blev det tydeligt, at det blev oplevet som en barriere, hvis den enkelte ikke kunne se sig selv i forløbet eller ikke følte, at der blev taget hensyn til eventuelle udfordringer. Et behov for en personcentreret tilgang med plads til individuelle tilpasninger var ligeledes et fund i litteraturgennemgangen (13, 18, 21).

Resultaterne fra interviewundersøgelsen underbygger fundene fra litteraturgennemgangen og bekræfter, at deltagelse i rehabilitering påvirkes af en række individuelle, relationelle og organisatoriske faktorer. Resultaterne understreger behovet for en mere fleksibel tilgang til rehabilitering, hvor individuelle behov og ressourcer i højere grad inddrages. En støttende og lyttende tilgang fra sundhedsprofessionelle, fleksibilitet i forløbene samt opmærksomhed på patienternes individuelle forudsætninger er afgørende for at fremme deltagelse. Derudover er det vigtigt at sikre let adgang til både fysiske og digitale rehabiliteringsforløb, så flere kan få gavn af indsatsen, uanset deres tekniske færdigheder eller praktiske begrænsninger.

7.3.2 Metodiske overvejelser

Denne undersøgelse bygger på data fra individuelle interviews og fokusgruppeinterviews, suppleret med observationer af praksis. Der er både styrker og svagheder ved undersøgelsen.

Undersøgelsen har været udfordret af, at det har været vanskeligt at få adgang til personer, der siger nej til deltagelse i forløb. Datagrundlaget bærer således præg af dette, men den rummer samtidig flere styrker. En af de væsentlige styrker har været processens dynamiske karakter med mulighed for løbende tilpasning. Trods et ønske om at inkludere flere personer, som ikke deltog i rehabilitering, så har fleksibiliteten gjort det muligt at inkludere en bredere studiepopulation inklusiv personer, der deltager i et forløb. Inklusion af informanter fra forskellige stadier af rehabilitering har givet en nuanceret

forståelse af facilitatorer og barrierer, hvor især deltagere i forløb pegede på udfordringer ved henvisningsprocessen.

En anden styrke ved rekrutteringsprocessen har været, at vi har været i dialog med en bred vifte af enheder. Konkret har vi været i dialog med 7 kommunale rehabiliteringsenheder, 4 hospitalsafdelinger, samt en klynge af privat praktiserende læger. Vi oplevede stor interesse blandt de sundhedsprofessionelle for undersøgelsen og et ønske om at kunne bidrage, men generelt også en oplevelse af, at få personer takkede nej eller frafaldt rehabilitering. Flere enheder havde allerede implementeret forskellige tiltag mod frafald og udvist opmærksomhed omkring barrierer ved deltagelse. Den brede inddragelse af enheder har muliggjort et mere nuanceret billede af de rehabiliteringsforløb, som personer med kronisk sygdom gennemgår.

Kun få enheder endte med at identificere og rekruttere personer, der enten takkede nej til eller frafaldt rehabilitering. I dialogen med de sundhedsprofessionelle i de enkelte enheder, blev det tydeligt, at definitionen af et rehabiliteringsforløb og ikke mindst et frafald spillede en essentiel rolle. I denne undersøgelse defineres frafald som personer, der trods en sundhedsfaglig vurdering af behov, vælger ikke at deltage, hvilket kan have ført til en selektiv udvælgelse af informanter. Der er derfor en risiko for, at denne selektionsproces har påvirket sammensætningen af potentielle informanter. I denne undersøgelse rekrutterede vi desuden udelukkende via de sundhedsprofessionelle. En anden måde at rekruttere på kunne have været via sociale medier, via patientforeningerne, gennem yderligere observationer på flere afdelinger eller rehabiliteringsenheder.

Denne undersøgelse er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen og er gennemført efter fastsatte rammer for økonomi og tid. For at sikre, at projektet kunne gennemføres inden for disse rammer, har det i nogle tilfælde været nødvendigt at træffe pragmatiske valg. Disse valg er foretaget med fokus på at opretholde undersøgelsens kvalitet og relevans inden for de givne betingelser.

Rekrutteringen og antallet af informanter har betydning for undersøgelsens udsigelseskraft. Undersøgelsen mangler perspektiver fra personer med kræft, type 2-diabetes og lænderyg-smerter som ikke deltager. De barrierer og facilitatorer, som disse grupper potentielt oplever i forbindelse med et rehabiliteringsforløb, samt hvorvidt deres oplevelser adskiller sig fra resultaterne, er derfor ikke fuldt belyst. Antallet og sammensætningen af informanter som er frafaldet et rehabiliteringsforløb har haft betydning for variationen i vores resultater og dermed udsigelseskraft i forhold til personer der frafalder. En større repræsentation af personer der faldt fra forløb kunne muligvis have bidraget med flere nuancer og en større variation i resultaterne.

Interviewundersøgelsen bidrager med et indblik i de refleksioner og overvejelser, som personer der deltager og ikke deltager i rehabiliteringsforløb har, og giver et indblik i de forskelligartede facilitatorer og barrierer de har oplevet.

8 Konklusion

Denne vidensopsamling viser, at en række centrale faktorer påvirker deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb på tværs af forskellige sygdomsgrupper, herunder type 2-diabetes, kræft, hjertesygdomme, KOL og lænderyg-smerter. Deltagelse i rehabilitering afhænger af en række forhold, herunder individuelle, relationelle, socioøkonomiske og organisatoriske faktorer. Sociodemografiske faktorer som køn, alder, socioøkonomisk status, uddannelsesniveau og etnicitet spiller en væsentlig rolle. Mænd deltager generelt mindre i rehabilitering, og personer med lav socioøkonomisk status eller minoritetsetnisk baggrund møder ofte flere barrierer, herunder sprogbarrierer og manglende kulturel forståelse. Derudover viser resultaterne, at tidspunktet for henvisning kan være en barriere. Tidlig henvisning kan virke overvældende, mens sen henvisning kan mindske motivationen. Manglende systematik og viden om eksisterende forløb blandt sundhedsprofessionelle, især i almen praksis, kan også hindre rettidig henvisning. Personer med kronisk sygdom oplever ofte barrierer relateret til deres helbredstilstand, funktionsevne og daglige belastninger, hvilket kan reducere deres evne og overskud til at deltage. Fleksible og skræddersyede rehabiliteringsforløb, der tager højde for individuelle behov og præferencer, kan øge engagementet og fastholdelsen. Digitale løsninger kan forbedre tilgængeligheden og koordinationen af rehabiliteringsforløb, men det er vigtigt at være opmærksom på, at disse løsninger også kan udgøre barrierer for nogle. Endelig understreger vidensopsamlingen vigtigheden af det relationelle aspekt, hvor opbakning, støtte og god kommunikation fra sundhedsprofessionelle kan være afgørende for motivation og tryghed hos deltagerne.

Samlet set peger resultaterne på, at en mere personcentreret, systematisk og tilgængelig tilgang til forebyggelse og rehabilitering kan øge deltagelsen og effekten af rehabiliteringsforløb i Danmark. Ved at imødekomme både individuelle og strukturelle barrierer, vil det være muligt at styrke rehabiliteringens rolle i det danske sundhedsvæsen og sikre, at flere får gavn af de eksisterende forløb.

Referenceliste

9 Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom : kvalitetsstandarder. Version 1.0 ed: Sundhedsstyrelsen; 2024.
2. Maribo T. Hvidbog om rehabilitering. 1. udgave. ed. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2022.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven 2022 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>.
4. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. Clin Rehabil. 2020;34(5):571-83.
5. Milner SC, Boruff JT, Beaurepaire C, Ahmed S, Janaudis-Ferreira T. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review. Respir Med. 2018;137:103-14.
6. Sugiharto F, Nuraeni A, Trisyani Y, Melati Putri A, Aghnia Armansyah N. Barriers to Participation in Cardiac Rehabilitation Among Patients with Coronary Heart Disease After Reperfusion Therapy: A Scoping Review. Vasc Health Risk Manag. 2023;19:557-70.
7. Svendsen ML, Gadager BB, Stapelfeldt CM, Ravn MB, Palner SM, Maribo T. To what extent is socioeconomic status associated with not taking up and dropout from cardiac rehabilitation: a population-based follow-up study. BMJ Open. 2022;12(6):e060924.
8. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Medical Research Methodology. 2018;18(1):143--.
9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of Internal Medicine. 2018;169(7):467-73.
10. Peters MD, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. 2015.
11. Sundhedsstyrelsen. Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv. 2010.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. 2006;3(2):77-101.
13. Lie NK, Solvang PK, Hauken MA. "A limited focus on cancer rehabilitation"-A qualitative study of the experiences from Norwegian Cancer Coordinators in Primary Health Care. Eur J Cancer Care (Engl). 2019;28(4):e13030.
14. Ranes M, Wiestad TH, Thormodsen I, Arving C. Determinants of exercise adherence and maintenance for cancer survivors: Implementation of a community-based group exercise program. A qualitative feasibility study. PEC Innov. 2022;1:100088.
15. Schoenau MN, Hansen M, Ulvestad S, Sommer MS, Pedersen JH, Missel M. The Lived Experiences, Perceptions, and Considerations of Patients After Operable Lung Cancer Concerning Nonparticipation in a Randomized Clinical Rehabilitation Trial. Qual Health Res. 2020;30(5):760-71.
16. Maiwald P, Weis J, Kurlemann U, Dresch C, Rademaker AL, Valentini J, et al. Barriers to utilisation of cancer rehabilitation from the expert's view: A cross-sectional survey. Eur J Cancer Care (Engl). 2022;31(1):e13522.

17. Ohlsson-Nevo E, Alkebro I, Ahlgren J. Cancer patients' interest in participating in cancer rehabilitation. *Acta Oncol.* 2019;58(12):1676-83.
18. Kristiansen M, Adamsen L, Piil K, Halvorsen I, Nyholm N, Hendriksen C. A three-year national follow-up study on the development of community-level cancer rehabilitation in Denmark. *Scand J Public Health.* 2019;47(5):511-8.
19. Ahmedzai HH, Oldervoll LM, Sweetmore AMH, Hauken MA. Community-Based Multidimensional Cancer Rehabilitation in Norway: A Feasibility Study. *Cancer Nursing.* 2024;47(2):E123-E33.
20. Pedersen M, Egerod I, Overgaard D, Baastrup M, Andersen I. Social inequality in phase II cardiac rehabilitation attendance: The impact of potential mediators. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(4):345-55.
21. Ravn MB, Uhd M, Svendsen ML, Ørtenblad L, Maribo T. How to Facilitate Adherence to Cardiac Rehabilitation in Primary Health Settings for Ischaemic Heart Disease Patients. The Perspectives of Health Professionals. *Front Rehabil Sci.* 2022;3:837175.
22. Ravn MB, Uhd M, Svendsen ML, Ørtenblad L, Maribo T. Why Do Patients With Ischaemic Heart Disease Drop Out From Cardiac Rehabilitation in Primary Health Settings. A Qualitative Audit of Patient Charts. *Front Rehabil Sci.* 2022;3:837174.
23. Ravn MB, Berthelsen C, Maribo T, Nielsen CV, Pedersen CG, Handberg C. Understanding Facilitators and Challenges to Care Transition in Cardiac Rehabilitation: Perspectives and Assumptions of Healthcare Professionals. *Glob Qual Nurs Res.* 2023;10:23333936231217844.
24. Ravn MB, Berthelsen C, Maribo T, Nielsen CV, Pedersen CG, Handberg C. Opting out of cardiac rehabilitation in local community healthcare services: Patients' perspectives and reflections. *J Eval Clin Pract.* 2024;30(6):1039-48.
25. Sommer CG, Jorgensen LB, Blume B, Moller T, Skou ST, Harrison A, et al. Dropout during a 12-week transitional exercise-based cardiac rehabilitation programme: a mixed-methods prospective cohort study(). *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology.* 2022;21(6):578-86.
26. Olsen SJS, Schirmer H, Bønaa KH, Hanssen TA. Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2018;17(3):273-9.
27. Brouwers RWM, Houben VJG, Kraal JJ, Spee RF, Kemps HMC. Predictors of cardiac rehabilitation referral, enrolment and completion after acute myocardial infarction: an exploratory study. *Neth Heart J.* 2021;29(3):151-7.
28. Vonk T, Maessen MFH, Hopman MTE, Snoek JA, Aengevaeren VL, Franklin BA, et al. Temporal Trends in Cardiac Rehabilitation Participation and Its Core Components: A Nationwide Cohort Study From the Netherlands. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2024;44(3):180-6.
29. Bourke A, Niranjan V, O'Connor R, Woods C. Barriers to and motives for engagement in an exercise-based cardiac rehabilitation programme in Ireland: a qualitative study. *BMC Prim Care.* 2022;23(1):28.
30. Thompson G, Wilson IM, Davison GW, Crawford J, Hughes CM. "Why would you not listen? It is like being given the winning lottery numbers and deciding not to take them": semi-structured interviews with post-acute myocardial infarction patients and their significant others exploring factors that influence participation in cardiac rehabilitation and long-term exercise training. *Disabil Rehabil.* 2022;44(17):4750-60.
31. Jones MC, Smith K, Herber O, White M, Steele F, Johnston DW. Intention, beliefs and mood assessed using electronic diaries predicts attendance at cardiac rehabilitation: An observational study. *Int J Nurs Stud.* 2018;88:143-52.
32. Meshe OF, Bungay H, Claydon LS. Participants' experiences of the benefits, barriers and facilitators of attending a community-based exercise programme for people

- with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Soc Care Community*. 2020;28(3):969-78.
33. Watson JS, Adab P, Jordan RE, Enocson A, Greenfield S. Referral of patients with chronic obstructive pulmonary disease to pulmonary rehabilitation: a qualitative study of barriers and enablers for primary healthcare practitioners. *Br J Gen Pract*. 2020;70(693):e274-e84.
 34. Fernandes-James C, Graham CD, Batterham AM, Harrison SL. Association of psychological flexibility with engagement in pulmonary rehabilitation following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis*. 2019;16:1479973119880893.
 35. Watson JS, Jordan RE, Adab P, Vlaev I, Enocson A, Greenfield S. Investigating primary healthcare practitioners' barriers and enablers to referral of patients with COPD to pulmonary rehabilitation: a mixed-methods study using the Theoretical Domains Framework. *BMJ Open*. 2022;12(1):e046875.
 36. Stone PW, Hickman K, Steiner MC, Roberts CM, Quint JK, Singh SJ. Predictors of Referral to Pulmonary Rehabilitation from UK Primary Care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2020;15:2941-52.
 37. Allory E, Lucas H, Maury A, Garlantezec R, Kendir C, Chapron A, et al. Perspectives of deprived patients on diabetes self-management programmes delivered by the local primary care team: a qualitative study on facilitators and barriers for participation, in France. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):855.
 38. Findlay-White F, Slevin M, Carey ME, Coates V. "What's the Point?": Understanding Why People With Type 2 Diabetes Decline Structured Education. *Clin Diabetes*. 2020;38(2):166-75.
 39. Lawal M, Woodman A, Fanghanel J. Barriers to structured diabetes education attendance: Opinions of people with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2018;22:1-6.
 40. Junge T, Dahler AM. Min Ryg! Kortlægning af kommunal praksis for borgere med langvarigt rygbesvær_Fuld rapport. Min Ryg: Kortlægning af kommunal praksis for borgere med langvarigt rygbesvær2023.
 41. Dahler AM, Müller M, Andersen LL, Rasmussen LB, Bonderup M. AP3. Erfaringer - borgere, terapeuter og sagsbehandlere. Min ryg! Kommunal rehabiliteringsindsats for borgere med langvarig rygbesvær2021.
 42. Dahler AM, Müller M. "Jeg er ikke sådan en, der ligger på sofaen"-Dilemmaer for mennesker med langvarige rygproblemer. *uden for nummer*. 2023:4-16.
 43. Petersen L, Birkelund R, Schiøttz-Christensen B. Experiences and challenges to cross-sectoral care reported by patients with low back pain. A qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):96.
 44. Vrangbæk K. International Health Care System Profiles, Denmark www.commonwealthfund.org/2020 [Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>].
 45. Zwisler AD, Rossau HK, Nakano A, Foghmar S, Eichhorst R, Prescott E, et al. The Danish Cardiac Rehabilitation Database. *Clin Epidemiol*. 2016;8:451-6.
 46. Sundhedsstyrelsen;. Sundhedsaftaler www.sst.dk: Sundhedsstyrelsen; 2024 [Available from: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Sundhedsplanl%C3%A6gning/Sundhedsaftaler>].
 47. Krueger RA, Casey MA. Focus Group Interviewing. *Handbook of Practical Program Evaluation*2015. p. 506-34.
 48. Petersen L, Birkelund R, Schiøttz-Christensen B. Experiences and challenges to cross-sectoral care reported by patients with low back pain. A qualitative interview study. *BMC health services research*. 2020;20(1):96-.

10 Bilag

Bilag 1 Casebeskrivelser

Bilag 2 Beskrivelse af de inkluderede studier

Bilag 3 Søgestreng

Bilag 1 – Casebeskrivelser

I dette kapitel præsenteres beskrivelser af individers sygdomsforløb. Casebeskrivelserne er fiktive, men genkendelige for sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. De repræsenterer typiske livssituationer, sygdomsforløb og sygdomshistorik for personer med kræft, hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes samt lænderyg-smerter. Der er udarbejdet to casebeskrivelser om lænderyg-smerter: Den ene omhandler en person med en ukompliceret diskusprolaps, mens den anden beskriver et længerevarende forløb for en person med uspecifikke lænderyg-smerter. Der er forskel på, hvilke forløb disse borgere tilbydes, samt hvilke barrierer de oplever. De to casebeskrivelser er udarbejdet, for bedre at kunne inkludere nuancer mellem de to typer af forløb. Selvom casebeskrivelserne er fiktive, bygger de på data fra interviews i den kvalitative undersøgelse samt information fra de inkluderede studier i litteraturgennemgangen. Datagrundlaget for hver case fremgår af nedenstående tabel.

Casebeskrivelserne kan anvendes til at belyse barrierer og facilitatorer for deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Formålet med casebeskrivelserne er at skildre personer, der enten takker nej til at påbegynde et forebyggelses- eller rehabiliteringsforløb eller falder fra undervejs. Det forudsættes således, at personen er blevet henvist til et sådant forløb. Udfordringer relateret til manglende henvisning fra hospital eller almen praksis fremgår derfor ikke tydeligt af disse beskrivelser – til trods for, at dette udgør en væsentlig barriere for deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Tabel: Datagrundlag for udarbejdelse af casebeskrivelser

Forløb	Datagrundlag
Kræft	Interviewundersøgelse: 5 personer med kræft (interviews) Litteraturstudie: 29 personer med kræft (interviews), 728 personer med kræft (spørgeskema), 55 personer med kræft (spørgeskema og interviews), 12 sundhedsprofessionelle (interviews), 699 sundhedsprofessionelle (spørgeskema)
Hjertesygdom	Interviewundersøgelse: 8 personer med hjertesygdom (interviews) Litteraturstudie: 108.988 personer med hjertesygdom (journaldata), 32 personer med hjertesygdom (interviews), 265 personer med hjertesygdom (telefoninterviews), 7.584 personer med hjertesygdom (spørgeskema), 16 sundhedsprofessionelle (observationer og interviews), 11 sundhedsprofessionelle (interviews)
KOL	Interviewundersøgelse: 2 personer med KOL (interviews) Litteraturstudie: 82.678 personer med KOL (journaldata), 35 personer med KOL (interviews), 41 personer med KOL (spørgeskema), 19 sundhedsprofessionelle (interviews) og 252 sundhedsprofessionelle (interviews og spørgeskema)
Type 2-diabetes	Interviewundersøgelse: 6 personer med type 2-diabetes (interviews) Litteraturstudie: 63 personer med type 2-diabetes (interviews)
Lænderyg-smerter	Interviewundersøgelse: 4 personer med lænderyg-smerter (interviews) Litteraturstudie: 39 personer med lænderyg-smerter (interviews), 415 personer med lænderyg-smerter (journaldata), 7 sundhedsprofessionelle (interviews)

Casebeskrivelse – Kræft

Jamal er 38 år. Han er født og opvokset i Danmark. Hans forældre flygtede fra Libanon til Danmark i begyndelsen af 1990'erne. Jamal taler både dansk og arabisk flydende. Han har en akademisk uddannelse og arbejder som IT-specialist i en større virksomhed. Han bor sammen med sin kone Sarah og deres børn på 2 og 4 år i et villakvarter lidt udenfor en større provinsby.

Jamal elsker at lave mad sammen med sin familie, især i weekenderne, hvor han har mere tid til at forberede måltider. Derudover holder han af at være fysisk aktiv med løb og cykling og spiller desuden paddeltennis et par gange om ugen med sine kollegaer. Jamal har et godt netværk og føler han lever et sundt liv; han ryger ikke, spiser sundt og drikker kun sjældent alkohol.

For tre måneder siden mærkede Jamal en ømhed og en lille hævelse i den ene testikel. I starten ignorerede han det og tænkte at det måske skyldtes en lang cykeltur. Efter et par uger blev hævelsen større, og smerten begyndte at blive mere vedvarende. Jamal kontaktede sin læge, som sendte ham videre til yderligere undersøgelser på hospitalet. En uge senere fik Jamal diagnosen testikelkræft. Lægen forklarede, at kræften var lokaliseret til den ene testikel uden tegn på spredning, og at det var en mild form for testikelkræft med gode prognoser. Efter en vellykket operation fik Jamal et behandlingsforløb med kemoterapi.

Kemobehandlingen går godt og virker efter hensigten. Men Jamal oplever voldsomme bivirkninger i form af kvalme, træthed og manglende overskud. Behandlingen er også en stor psykisk belastning for ham og hans familie. Han har svært ved at acceptere, at han er blevet syg, og han er bekymret for, hvordan sygdommen vil påvirke hans fremtid, arbejde og evne til at være der for familien. Han synes også, at det er svært at tale om sygdommen, især noget så intimt som testikelkræft. Jamal er sygemeldt fra sit arbejde og er bekymret for de økonomiske konsekvenser, selvom hans arbejdsgiver har udvist forståelse og støtte.

Efter kemobehandlingen er afsluttet, spørger en af sygeplejerskerne på hospitalet Jamal, om han kunne tænke sig at deltage i et rehabiliteringsforløb. Han får at vide, at det er et gruppeforløb, hvor man kan træne og udveksle erfaringer med andre, som også har været igennem et kræftforløb. Selvom han gerne vil have hjælp og støtte til at komme tilbage til en aktiv hverdag, så er han stadig meget træt og mangler energi. Han føler ikke, at han har ressourcerne eller overskuddet til at starte i forløbet, da han har brug for at fokusere på at blive rask nok til at vende tilbage til en normal hverdag. Han ender derfor med at takke nej til forløbet.

Casebeskrivelse – Hjertesygdom

Henning er 66 år og arbejder som el-installatør i et mindre firma. Han har planlagt at gå på pension om et halvt år, når han fylder 67 år. Han ser frem til at gå på pension, da han oplever tiltagende smerter i skuldre og knæ pga. leddegigt. Smerterne gør det daglige arbejde mere udfordrende, og han føler, at han ikke længere kan yde det samme, som han har været vant til. Henning bor alene med sin hund, efter at han for fem år siden gik fra sin kæreste. Hans hverdag er præget af en rutine, hvor han går med hunden og ser sport i TV. Engang imellem bowler han med vennerne i den lokale bowlinghal.

Henning har i en periode oplevet, at han lettere bliver forpustet, især når han går tur med hunden, eller når han arbejder. For to måneder siden, mens han er på arbejde, får Henning pludselig kraftige smerter i brystet og i ryggen. Han tænker først, at det nok bare er fordi, han "har taget lidt for hårdt fat". Men hans kollega overtaler ham til at opsøge sin læge, og efter en kort undersøgelse bliver Henning hurtigt kørt til hospitalet. Her får han konstateret en blodprop i hjertet, og efterfølgende bliver der indsat to stents.

Allerede efter operationen får Henning det hurtigt bedre og får beskeden at "nu er du så god som ny". Efter et døgn observation bliver Henning udskrevet. En uges tid efter udskrivelse, er han til en opfølgende samtale på hospitalet med en læge og en sygeplejerske. Her gennemgår de hans medicin, eventuelle bivirkninger, og de spørger ind til hans arbejdssituation og fremtid. Henning har været sygemeldt en uges tid siden indlæggelsen, men lægen vurderer, at han nu er i stand til at vende tilbage til arbejdet.

Under samtalen fortæller lægen om hjerterehabilitering - at det er et tilbud om bl.a. træning i kommunen. Henning ender dog med at takke dog nej til hjerterehabilitering. Han føler sig ikke længere forpustet, og da lægen jo har sagt, at han er "rask nok" til at vende tilbage til arbejdet, føler han ikke behov for yderligere behandling. Derudover er han bekymret for, om den fysiske træning vil være for udfordrende, især pga. sine knæ smerter. Desuden, så planlægger Henning at gå på pension om et halvt år, og han håber, at det vil give ham den tid og ro, han behøver for at håndtere sin hjertesygdom og sit helbred generelt.

Casebeskrivelse – KOL

Tove er 76 år. Hun mistede sin mand, Tom, for to år siden og bor nu alene. Hendes to voksne børn og børnebørnene på 10 og 15 år bor en times kørsel væk. Begge familier har travle hverdage med arbejde, skole og fritidsaktiviteter, men kommer på besøg ca. en gang om måneden. Tove har arbejdet i hjemmeplejen, siden hun var ung. Da hun var i starten af 50'erne, kunne hun ikke holde til det fysisk krævende arbejde og kom på førtidspension.

Tove har haft KOL i mange år, men har indenfor de seneste år oplevet en forværring i sine symptomer. Hun har ofte svært ved at få luft, og hun føler sig træt og uoplagt. På grund af disse symptomer er hun begyndt at undgå fysiske aktiviteter og har isoleret sig socialt. Derudover har hun nedsat appetit og hendes tøj begyndt at hænge mere end det plejer.

For en måned siden blev Tove indlagt med en akut forværring af KOL. Efter indlæggelsen fik Tove et iltapparat med hjem, som skal hjælpe hende, så hun bedre kan klare hverdagen derhjemme. Tove har røget, siden hun var 12 år, men stoppede, for med iltapparatet *"på slæb"* så dur det jo ikke at *"risikere at springe i luften på grund af en smøg"*, som Tove udtrykker det. Udover KOL har Tove forhøjet blodtryk og type-2 diabetes. Efter Toms død har Tove i perioder følt sig ensom. Hun savner hans gode humør og det at være to om opgaverne i hjemmet.

14 dage efter udskrivelsen bliver Tove indkaldt til en afklarende samtale på hospitalet. Her møder hun en læge og en sygeplejerske og de drøfter hendes inhalationsmedicin og hun får vejledning i, hvordan hun skal tage den korrekt. Derudover drøfter de Toves hverdag og lægen foreslår, at Tove skal henvises til et forløb i kommunen. Hun kan ikke huske præcist, hvordan forløbet blev præsenteret for hende, men hun ved at det i høj grad handler om fysisk træning. Hun vælger at takke nej til at deltage i rehabilitering. Hendes åndenød gør, at hun ikke kan gå ret langt uden pauser, og hun er derfor afhængig af at kunne parkere meget tæt på indgangen. Det gør hende stresset at tænke på bøvlet med at få en P-plads. Hun føler ikke, hun har det fysiske og mentale overskud til at starte i et rehabiliteringsforløb, *"selvom jeg jo udmærket godt ved, at det vil gavne mig at være mere fysisk aktiv i hverdagen."* Hun vil ikke bede børnene om hjælp, da hun vil ikke være til besvær.

Tove er blevet tilbudt et online forløb, men *"det vil da gå helt galt, jeg har ikke forstand på det der teknik"*. Desuden har hun hverken computer eller tablet.

Casebeskrivelse – Type 2-diabetes

Søren er 54 år og arbejder som kok i en travl kantine på en lokal fabrik. Han bor sammen med sin kone Susanne og deres to børn på 16 og 12 år. De bor i en mellemstor by, hvor de har et travlt hverdagsliv med arbejde, skole og fritidsaktiviteter. Søren har haft prædiabetes i nogle år. Selvom lægen dengang opfordrede Søren til at tænke i sund mad og motion, så har han ikke ændret sin livsstil synderligt.

Søren har en travl arbejdsdag og er som kok omgivet af mad hele dagen. Han har tendens til at småspise og vælge de hurtige og energitætte løsninger. Arbejdet er fysisk krævende, men han får ikke regelmæssig motion. Han har desuden taget på i vægt de seneste år. Han taler sjældent med sine venner og kolleger om sine egne kost- og motionsvaner, eller om sit helbred generelt.

Susanne har længe været bekymret for Søren's helbred og kostvaner og har forsøgt at få ham til at tage til læge. Søren går til sidst med til at tage til en helbredsundersøgelse. Da han skal have svaret på undersøgelserne, tager Susanne med. Her fortæller lægen, at Søren's blodtryk er en smule forhøjet. Han informerer også om, at Søren har fået type 2-diabetes. Lægen ordinerer derfor medicin, og udleverer samtidig nogle små pjecer om brugen af medicinen. Susanne spørger, om der er andre tiltag, man burde overveje ved type 2-diabetes, og nævner, at hun selv fik tilbud om genoptræning, da hun tidligere brækkede foden. Lægen tjekker hurtigt kommunens hjemmeside og finder et diabetesrelateret tilbud, som han henviser Søren til.

Søren føler egentlig ikke det store behov for at skulle deltage i et diabetesforløb "jeg har det jo fint fysisk, det er jo ikke fordi mine tæer er ved at falde af". Han tager dog imod tilbuddet om at komme til en samtale i kommunen. Samtalen ligger midt på dagen, så han er nødt til at tage en halv fridag for at komme til den. Han møder en sundhedsprofessionel, som er vældig sød og også er lidt nemmere at forstå end lægen. Han ender dog med at takke nej til diabetesforløbet, fordi han synes, det er for tidskrævende og ikke føler behovet for det.

Casebeskrivelse – Lænderyg-smerter

Diskusprolaps

Marianne er 43 år og bor med sin hustru Dorte og deres 6-årige datter. Familien lever et aktivt liv tæt på kysten, hvor de ofte svømmer, ror kajak og vandrer. Marianne arbejder som økonomimedarbejder og cykler hver morgen forbi skolen med deres datter, inden hun fortsætter til arbejde.

For tre måneder siden oplevede Marianne et smæld i ryggen under roning og oplevede samtidig stærke smerter i lænden og ned i den venstre balle. Den første tid forsøgte hun med hjemmearbejde og korte dage på kontoret. Hun var desuden nødt til at hvile sig meget og havde svært ved daglige gøremål som at støvsuge, handle og cykle med sin datter. Efter ca. 3 uger kontaktede Marianne egen læge, som sendte hende videre til hospitalet med en mistanke om, at hun havde fået en diskusprolaps. Marianne blev tilbudt konservativ behandling og hun blev desuden henvist til et lænderyg-forløb. Marianne blev indkaldt til et indledende møde med de sundhedsprofessionelle, som hun fandt både kompetente og støttende. De opfordrede hende til at lytte til kroppen, acceptere genoptræningens tidsperspektiv og tage pauser efter behov. Hun oplevede desuden, at de var dygtige til at vejlede om hvilke øvelser, der var gode for hendes problemstilling, og også hvad hun selv kunne lave derhjemme.

Kort efter opstarten på rygforløbet bliver Marianne kontaktet af jobcenteret, da hun har nu været sygemeldt i 8 uger. Til en afklarende samtale om hendes job- og helbredsituation oplever hun et pres for at give en tidshorisont for hendes tilbagevenden til arbejde. Hun føler, at jobkonsulenten fokuserer mere på, at hun hurtigst muligt skal tilbage på arbejde, end at hun skal få det bedre. Presset fører til, at hun langsomt starter op på arbejde igen, selvom hun stadig har mange smerter og egentlig ikke føler sig klar. Marianne har ikke overskud til både at påbegynde arbejde og deltage i lænderyg-forløbet. Hun føler sig derfor nødsaget til at stoppe lænderyg-forløbet før tid, selvom hun egentlig er motiveret for at fortsætte.

Langvarige uspecifikke lænderyg-smerter

Lone er 45 år og bor sammen med sine tre børn: Magnus på 10 år, Frederik på 14 år og Isabella på 16 år. Lone blev skilt fra sin eksmand, da Magnus var to år gammel. Eksmanden har et alkoholoverforbrug, hvilket har haft store konsekvenser for familien. Frederik og Isabella ser ikke længere deres far, mens Magnus opholder sig hos ham hver anden weekend, når det kan lade sig gøre. Lone har et begrænset socialt netværk. Hendes mor døde af kræft som 61-årig, og hun har ikke haft kontakt med sin far i mange år. Hendes lillebror bor langt væk og har travlt med sin egen familie og karriere, så kontakten er sporadisk.

Lone har gennem mange år døjet med smerter i lænden, som har påvirket hendes liv betydeligt. Da børnene var små arbejdede Lone i det lokale byggemarked. Når hun kom hjem fra arbejde var hun ofte udkørt og træt og måtte lægge sig på sofaen for at udholde smerterne. Lone har været hos egen læge et utal af gange pga. sine rygsmerter, og hun har været til både fysioterapeut, kiropraktor og zoneterapeut. For nogle år siden henviste lægen hende til udredning på sygehuset, men lægen konstaterede blot *'at der ikke var nogen objektive fund, som kunne forklare hendes smerter'*. Efter det forløb oplevede Lone at lægen mistede interessen for hende og hun følte sig overladt til sig selv.

Udover rygsmerterne kæmper Lone med at få familielivet til at hænge sammen. Hendes yngste søn Magnus mistrives i skolen. Magnus har store udfordringer med at lære at læse og skrive og har ofte konflikter med sine klassekammerater. Lone bliver tit kontaktet af Magnus' lærer og af de andre forældre pga. Magnus' adfærd. Lone er stresset, og kombinationen af det, hendes egne rygsproblemer og bekymringerne for Magnus fører til, at hun bliver sygemeldt. Efter langvarig sygemelding mister Lone sit job og kommer på kontanthjælp. Lone oplever et stigende pres fra jobcentret i forhold til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Hun er presset økonomisk og har svært ved at få tingene til at hænge sammen.

En dag møder Lone en tidligere kollega i Brugsen, som fortæller at hendes mand er startet i et kommunalt rygforløb, som har hjulpet ham meget. Lone har aldrig hørt om dette forløb, men hun tager chancen og ringer til det nummer hendes kollega har givet hende. Lone bliver indkaldt til samtale og starter derefter op i et gruppeforløb. Det er rart at være sammen med andre, der har været igennem det samme som hende selv og hun føler sig set og forstået af de sundhedsprofessionelle og de andre deltagere på holdet. Selvom rygsmerterne stadig er der, føler hun at hun kan klare mere i hverdagen, og at fremtiden ser lidt lysere ud.

Bilag 2 - Beskrivelse af de inkluderede studier

Litteraturoversigt. Kræft

Forfattere (år)	Land	Titel
Ohlsson-Nevo et al. (2019)	Sverige	Cancer patients' interest in participating in cancer rehabilitation.
Om studiet	Formål: At beskrive patienters selvopfattede interesse i at deltage i kræftrehabilitering Informanter (N): Personer med en kræftdiagnose der ikke er henvist til kræftrehabilitering (728) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 25-96 år (67,9) / 57 % Dataindsamling: Spørgeskema	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Mænd og ældre over 60 år har mindre interesse Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Patienter med højere uddannelsesniveau udviser større interesse. Diagnosticeret med kræft inden for de seneste 12 måneder. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Interesse for psykoedukative støttegrupper med andre med samme kræftdiagnose (34%). 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Geografisk placering: Rehabiliteringscentre er ikke tilgængelige i alle områder. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Kristiansen et al. (2019)	Danmark	A three-year national follow-up study on the development of community-level cancer rehabilitation in Denmark
Om studiet	Formål: At undersøge udviklingen i kræftrehabiliteringen i danske kommuner mellem 2013 og 2016 med fokus på tilgængelighed, udnyttelse og organisering af kræftrehabiliteringstilbud, herunder eksisterende muligheder og udfordringer. Informanter (N): De ansvarlige for kræftrehabiliteringstilbud i kommunen (93 kommuner). Alder (gennemsnit)/Køn (mænd): Ikke relevant Dataindsamling: Spørgeskema	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Køn: Mænd deltager mindre end kvinder, pga. en negativ holdning til kræftrehabilitering. Etnicitet: Kulturelle forskellige og sprogbarrierer. Alder: Ældre deltager mindre. Manglende ressourcer hos socialt sårbare, herunder manglende netværk og indsigt i tilbuddene fra kommunerne. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	

Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Personer som vurderes til at være socialt sårbare, og bliver derfor ikke henvist. Manglende deltagelse i gruppeaktiviteter pga. sprogbarrierer Facilitatorer:
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende behovsvurderingsværktøjer, for at sikre korrekt henvisning. Utilstrækkelig systematiske henvisnings- og rekrutteringsprocedurer. Samarbejdsudfordringer mellem hospitaler og kommuner, med manglende kommunikation som fører til informationstab og forsinkelser. Utilstrækkelig evidens for rehabiliteringens effekt, herunder ensartet og systematisk dokumentation. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Samarbejde mellem kommunerne, som fører til ressourcedeling og erfaringsudveksling. Måltrettede diagnosespecifikke gruppeaktiviteter for at imødekomme diagnosespecifikke senfølger. Fokus på fysisk aktivitet. Kønsspecifik og tværkommunal gruppe for mænd.

Forfattere (år)	Land	Titel
Ahmedzai et al. (2022)	Norge	Community-Based Multidimensional Cancer Rehabilitation in Norway: A Feasibility Study
Om studiet	Formål: At vurdere gennemførligheden og accepten af et nyudviklet multidimensionelt kræftrehabiliteringsprogram i kommunen. Informanter (N): Kræftoverlevende, der gennemførte et nyudviklet 12 ugers gruppebaseret rehabiliteringsprogram (55) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 30-69 år (56) / 20 % Dataindsamling: Ingen beskrivelse af dataindsamling af kvantitative data. Kvalitative data indsamlet ved fokusgruppeinterviews.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Bekymring for egen selvopfattede fysiske kapacitet til at kunne deltage i rehabilitering. Svært at integrere i hverdagen pga. arbejdet og familieforpligtigelser. Svært ved at møde op regelmæssigt pga. anden sygdom, træthed samt mentale helbredsproblemer. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Et ønske om at fokusere på fremtiden 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdsgiver Manglende kendskab til rehabiliteringsprogrammet. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> De sociale aspekter i gruppen med støtte fra meddeltagere og et fokus på fremtiden, frem for diagnose 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende henvisning til rehabilitering fra sundhedspersonale. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Fleksibilitet i programstruktur. Individuelt tilpasset program efter deltagernes behov og ressourcer. Lokal placering af rehabiliteringsprogrammet. Gratis adgang til rehabiliteringsprogrammet. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Maiwald et al. (2021)	Tyskland	Barriers to utilisation of cancer rehabilitation from the expert's view: A cross-sectional survey

Om studiet	<p>Formål: At undersøge en bred vifte af barrierer for brug af kræftrehabilitering, fra sundhedspersonalets perspektiv.</p> <p>Informanter (N): Fire forskellige typer af sundhedspersonalet, involveret i henvisning til kræftrehabilitering (606).</p> <p>249 læger, 194 socialrådgiver, 105 sygeplejersker, 55 psykologer, 5 anden profession.</p> <p>Alder (gennemsnit)/Køn (mænd): (51) / 31%</p> <p>Dataindsamling: Spørgeskema</p>
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienternes mestringsstrategier: Patienternes egne negative holdninger til rehabilitering og deres manglende tro på dens effektivitet. • Patienternes uopfyldte krav: Forventninger eller behov ikke kunne imødekommes af rehabiliteringsprogrammerne. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> •
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lav anerkendelse af rehabilitering fra fagpersoner: Sundhedspersonale undervurderer betydningen af rehabilitering. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> •
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilstrækkelig koordinering: Manglende samarbejde mellem institutioner og dårlige henvisningsprocedurer. • Utilstrækkelig ansøgningsprocedure: Ansøgningsprocessen kompleks og svær at forstå. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> •

Forfattere (år)	Land	Titel
Schønau et al. (2019)	Danmark	The Lived Experiences, Perceptions, and Considerations of Patients After Operable Lung Cancer Concerning Nonparticipation in a Randomized Clinical Rehabilitation Trial
Om studiet	<p>Formål: At udforske de levede erfaringer, opfattelser og overvejelser hos personer, der har afvist deltagelse i et randomiseret klinisk forsøg med rehabilitering efter operation for lungekræft, med henblik på at belyse, hvorfor denne gruppe er svær at rekruttere og fastholde i forskningsprojekter.</p> <p>Informanter (N): Personer med lungekræft (15) Ikke-deltagere</p> <p>Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 48-84 år (68) / 60%</p> <p>Dataindsamling: Individuelle interviews.</p>	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioritering af andre aktiviteter som gav mere mening og værdi for den enkelte, og gav dem livskvalitet. • Følelse af manglende energi og ressourcer • Et ønske om uafhængighed og autonomi, og derfor selv tilrettelægge og strukturere træning. • Manglende tidligere erfaring med træning, og så derfor ikke træning som noget der gav mening. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociale relationer: Prioritering og ansvar for familie og venner, kan begrænse tid og overskud til rehabilitering. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ufleksibelt og svært at integrere rehabiliteringen i dagligdagen pga. arbejde • Rehabiliteringen tilbydes for tidligt efter operationen. De havde brug for mere tid til at komme sig. • Utilstrækkelig information om rehabiliteringens formål og indhold. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Ranes et al. (2022)	Norge	Determinants of exercise adherence and maintenance for cancer survivors: Implementation of a community-based group exercise program. A qualitative feasibility study.
Om studiet	Formål: At undersøge erfaringer fra implementeringen af et nyt fire-måneders gruppetræningsprogram for kræftoverlevende i det kommunale sundhedsvæsen efter endt genoptræning. Informanter (N): Kræftoverlevende der havde gennemført det nye program (14). Alder (gennemsnit)/Køn (mænd): 50-77 år (64,9) / 57 % Dataindsamling: Fokusgruppeinterviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Svært at kombinere arbejde og træning i dagligdagen pga. nedsat koncentration. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Egen viden om træningens fordele Selvtillid og en tro på at kunne udføre træningen 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Fællesskabsfølelse og støtte fra de andre deltagere på holdet. Støttende og kompetente instruktører. 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Fast struktur med træningsdage og -tider der skabte forudsigelighed og rutiner i dagligdagen. Individuelt tilpasset træning med hensyntagen til behov og ressourcer. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Lie et al. (2019)	Norge	"A limited focus on cancer rehabilitation"-A qualitative study of the experiences from Norwegian Cancer Coordinators in Primary Health Care
Om studiet	Formål: At undersøge norske kræftkoordinatorers erfaringer med kræftrehabilitering i primærsektoren. Informanter (N): Kræftkoordinatorer, sygeplejersker (12) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 31-62 år (51) 8 % Dataindsamling: Fokusgruppeinterviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Sundhedspersonalets begrænsede viden om kræftrehabilitering herunder manglende viden om patienters biopsykosociale rehabiliteringsbehov. Utilstrækkelig kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale som fører til patienters mangelfuld viden om rehabiliteringens fordele. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Involvering af patienternes individuelle hensyn, værdier og mål. Behovsafdækning samt give patienter en øget bevidsthed om rehabiliteringens fordele. 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende henvisning til rehabilitering Manglende sammenhæng og koordinering i kræftrehabiliteringen, som fører til fragmenterede ydelser. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	

Litteraturoversigt. Hjerter

Forfattere (år)	Land	Titel
Bourke et al. (2022)	Irland	Barriers to and motives for engagement in an exercise-based cardiac rehabilitation programme in Ireland: a qualitative study
Om studiet	Formål: At identificere de faktorer, der påvirker fastholdelse og frafald i et træningsbaseret hjerterehabiliteringsprogram Informanter (N): Personer med hjerte-kar-sygdom, som enten var faldet fra eller gennemført programmet. Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: (67,3) / 50% Dataindsamling: Semistrukturerede individuelle interviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Selvbevidsthed: En følelse af at ikke kunne udføre øvelserne, samt smerter efter træning. Oplevelsen af at ikke kunne følge med resten af gruppen pga. manglende fysiske kræfter. Fysiske skader eller anden sygdom Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Oplevelsen af helbredsmæssige fordele, både fysiske og mentale 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Professionel støtte og vejledning Social interaktion fra de andre deltagere Støtte fra familie og venner 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Lang transport, samt udgifter til transport Tidspunkt for rehabiliteringen pga. arbejdsforpligtigelser. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Uddannet personale og medicinsk overvågning 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Ravn et al. (2024)	Danmark	Opting out of cardiac rehabilitation in local community healthcare services: Patients' perspectives and reflections
Om studiet	Formål: At undersøge perspektiverne hos patienter der fravælger hjerterehabilitering Informanter (N): Patienter med hjerte-kar-sygdom der fravælger hjerterehabilitering (8). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 40-71+ år / 87,5% Dataindsamling: Deltagerobservationer, telefoniske opfølgninger og semistrukturerede individuelle interviews.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Et behov for at tage kontrol over egen situation, og derfor selv varetager egen rehabilitering. Ser sig selv som rask, og har derfor ikke behov for rehabilitering Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende forståelse fra arbejdsgiver Sundhedsprofessionelles negative holdning til hjerterehabilitering. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Lange ventetider til hjerterehabilitering pga. udredninger, behandlinger eller ferieperioder. Uklar information og manglende kommunikation mellem hospital og kommune Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	

Forfattere (år)	Land	Titel
-----------------	------	-------

Ravn et al. (2023)	Danmark	Understanding Facilitators and Challenges to Care Transition in Cardiac Rehabilitation: Perspectives and Assumptions of Healthcare Professionals
Om studiet	Formål: At undersøge Sundhedsprofessionelles perspektiver på de faktorer der påvirker overgangen fra hospital til kommunal hjerterehabilitering. Informanter (N): Sundhedsprofessionelle, der arbejder med hjerterehabilitering på hospital eller kommune (16). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 25-56+ år / 12,5% Dataindsamling: Deltagerobservationer og fokusgruppeinterviews.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Patienternes opfattelse af at ikke være syge efter behandling på hospitalet, kan føre til at hjerterehabilitering ikke ses som relevant. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Forskellige perspektiver på vigtig viden: Hospitalspersonalet har mere fokus på det biomedicinske, mens det kommunale personale ønsker mere information om patientens psykosociale situation. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • At patienterne har tillid til sundhedspersonalet, kan føre til en åbenhed for at deltage i rehabilitering. • Gruppeforløb, hvor patienterne får sparring fra de andre patienter. De får en følelse af, at de ikke er alene og det kan give håb. • Et tæt samarbejde og en god kommunikation, samt en mulighed for at konsultere hinanden mellem hospital og kommune. 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende fleksibilitet fra arbejdsgiver, samt et pres på (både fra arbejdsgiver og den enkelte patient) at vende tilbage til arbejdet. • Lang ventetid og manglende information mellem udskrivelse fra hospital og opstart i hjerterehabilitering i kommunen. • Udfordringer i samarbejdet mellem de to sektorer, pga. der ikke er tilstrækkelig indsigt i hinandens arbejdsgange og dokumentationspraksis. • Manglende detaljeret viden om de konkrete rehabiliteringstilbud i kommunen • Mangel på viden om arbejdsmarkedetslovgivning. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasning af hjerterehabiliteringsprogrammet til den enkelte patient og livssituation. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Ravn et al. (2022)	Danmark	Why Do Patients with Ischaemic Heart Disease Drop Out From Cardiac Rehabilitation in Primary Health Settings. A Qualitative Audit of Patient Charts
Om studiet	Formål: At identificere årsagerne til at patienter med hjerte-kar-sygdom afbryder deres hjerterehabiliteringsforløb. Informanter (N): Patienter med hjerte-kar-sygdom som var påbegyndt hjerterehabilitering, men som ikke gennemførte. Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 38-88 år (65) / 81% Dataindsamling: Audit af patientjournaler	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Patienterne føler sig ikke syge eller oplever nogen begrænsninger • Psykologiske vanskeligheder som stress, angst og depression. • Ubehag ved træning som muskelømhed, samt oplevelsen af, at øvelserne er for avanceret. • Manglende energi og overskud, på trods af en viden om rehabiliteringens fordele. • En præference for selvtræning. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	

Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Logistiske udfordringer som svært at kombinere hjerterehabilitering med arbejde samt transport problemer Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none">
--	---

Forfattere (år)	Land	Titel
Ravn et al. (2022)	Danmark	How to Facilitate Adherence to Cardiac Rehabilitation in Primary Health Settings for Ischaemic Heart Disease Patients. The Perspectives of Health Professionals
Om studiet	Formål: At undersøge sundhedspersonalets perspektiver på, hvordan man kan fremme patienternes overholdelse af hjerterehabilitering. Informanter (N): Sundhedsprofessionelle der arbejder med kommunal hjerterehabilitering (11). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: Dataindsamling: Fokusgruppeinterviews.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Patienters forudindtagelse om at hjerterehabilitering kun er et træningsprogram, samt at det ikke er en nødvendig del af deres behandling. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Familiemæssige forpligtigelser som fx en syg ægtefælle. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Følelsen af tilhørsforhold til andre patienter. En tillidsfuldt relation til sundhedspersonalet. Fælles sprog og forståelse mellem sundhedspersonalet, om at rehabilitering er en nødvendighed frem for en mulighed. 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende sammenhæng i forløbet både tværsektionel, samt i primærsektor. Utilstrækkelig informations-flow at relevant information, som fx komorbiditeter, psykiske problemer og sprogbarrierer. Logistiske udfordringer og manglende fleksibilitet, fx i forhold at kombinere rehabilitering med patientens arbejde. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> En personcentreret tilgang til borgeren. Introduktion til hjerterehabilitering tidligt i behandlingsforløbet. Fleksibilitet i hjerterehabiliteringsprogrammet med individuel tilpasning. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Thompson et al. (2021)	Irland	"Why would you not listen? It is like being given the winning lottery numbers and deciding not to take them": semi-structured interviews with postacute myocardial infarction patients and their significant others exploring factors that influence participation in cardiac rehabilitation and longterm exercise training
Om studiet	Formål: At undersøge faktorer der påvirker deltagelse i hjerterehabilitering og langvarig træning. Informanter (N): Patienter (med post-myokardieinfarkt) som har deltaget i hjerterehabilitering (10) og deres pårørende (10). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: Patienter: 37-77 år (64). Pårørende: 29-87 år (56) / Patienter: 80%. Pårørende: 40% Dataindsamling: Semistrukturerede interviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Et ønske om at forbedre helbredet og forebygge tilbagefald 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Indsigt og forståelse i de sundhedsmæssige fordele af hjerterehabilitering og langvarig træning.
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Pårørendes manglende viden om de sundhedsmæssige fordele ved rehabilitering. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Grubebaseret træning. Socialt samvær med andre i lignede situation • Tillid til sundhedspersonalet • Støtte fra pårørende
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Patientundervisning i viden om deres tilstand og hvordan de kunne forbedre deres livsstil. • Supervision og overvågning under træningen. • Mulighed for at forsætte til næste fase som var langvarig træning.

Forfattere (år)	Land	Titel
Brouwers et al. (2021)	Holland	Predictors of cardiac rehabilitation referral, enrolment and completion after acute myocardial infarction: an exploratory study
Om studiet	Formål: At undersøge prædiktorer for henvisning, tilmelding og gennemførelse af hjerterehabilitering. Samt vurdere hvor mange der falder fra hjerterehabilitering, og hvilke patientrelaterede karakteristika der kan forudsige frafald. Informanter (N): Patienter, der har været indlagt på hospitalet med en blodprop i hjertet (640). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: (69 ± 12,8) / 66% Dataindsamling: Patientjournaler.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Barrierer for henvisning: Høj alder, kvinder, lang rejseafstand, non-ST-elevation myokardieinfarkt, ingen koronar revaskulering og tidligere kendt med koronararteriesygdom. • Barrierer for gennemførelse: Høj alder og dårligere fysisk træningskapacitet, hypertension, diabetes, tidligere kendt med hjertesygdom, ingen arbejde og dårligere livskvalitet. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Jones et al. (2018)	Skotland	Intention, beliefs and mood assessed using electronic diaries predicts attendance at cardiac rehabilitation: An observational study
Om studiet	Formål: At undersøge hvordan patienters sygdomsrelaterede overbevisninger og humør påvirker deres deltagelse i hjerterehabilitering Informanter (N): Personer som er henvist til hjerterehabilitering (214) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 24-86 år (62 år) / 80% Dataindsamling: Spørgeskema og elektronisk dagbog.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • En på forhold lav intention om at deltage 	

	<ul style="list-style-type: none"> • En bekymret eller deprimeret følelse over sin tilstand • Dårligt humør • Lav selvtillid (self-efficacy) i evnen til at opretholde funktionsevne, og at kunne håndtere de fysiske udfordringer i hjerterehabiliteringen. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • En høj opfattelse af nødvendigheden af hjerterehabilitering. •
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Lav social status • Nuværende ryger • Patienter med NSTEMI Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •

Forfattere (år)	Land	Titel
Olsen et al. (2018)	Norge	Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey
Om studiet	Formål: At estimere andelen af patienter der deltager i hjerterehabilitering, og identificere faktorer der prædikerer deltagelse. Informanter (N): Patienter med hjerte-kar-sygdom der gennemgik deres første percutan koronar intervention (PCI), (7.068). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: (63 ± 10,2) / 75% Dataindsamling: Spørgeskema	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Øget alder • Mænd Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Høj uddannelses niveau • Øget BMI 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Forskellig tilgængelighed og tilbud i sundhedsregionerne. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med akut koronarsyndrom 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Pedersen et al. (2018)	Danmark	Social inequality in phase II cardiac rehabilitation attendance: The impact of potential mediators
Om studiet	Formål: At undersøge social ulighed i deltagelse i hjerterehabilitering, samt hvilke mekanismer der kan forklare deltagelsesraten. Informanter (N): Patienter med akut koronarsyndrom (302). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 34-94 år / 72% Dataindsamling: Spørgeskema og elektroniske patientjournaler.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Multisygdom Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Angst og depression 	

Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Samlivsstatus: Patienter der bor alene Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Lang transporttid • Lavt uddannelsesniveau Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •

Forfattere (år)	Land	Titel
Sommer et al. (2021)	Danmark	Dropout during a 12-week transitional exercisebased cardiac rehabilitation programme: a mixed-methods prospective cohort study
Om studiet	Formål: At undersøge andelen af frafald til hjerterehabilitering i overgangen fra hospital til kommune, samt hvilke patientkarakteristika der er forbundet med frafald i overgangsperioden. Informanter (N): Patienter indlagt med hjerte-kar-sygdom henvist til hjerterehabilitering (265). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 68 år (SD=10,3) / 77% Dataindsamling: Telefon interviews, spørgeskema og patientjournaler.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Arbejdssituation: At være tilknyttet arbejdsmarkedet. • Følte ikke behov for yderligere superviseret træning • Foretrak et andet træningssted end kommunen • Multisygdom. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Overgangsfasen mellem hospital og kommune. 70 % frafald. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Svensden et al. (2022)	Danmark	To what extent is socioeconomic status associated with not taking up and dropout from cardiac rehabilitation: a population-based follow-up study
Om studiet	Formål: At undersøge sammenhængen mellem socioøkonomisk status og deltagelse i hjerterehabilitering. Informanter (N): Patienter med iskæmisk hjertesygdom henvist til hjerterehabilitering (2018) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: (65,5 år) / 72% Dataindsamling: Nationale sundheds- og socialdatabaser	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Lav socioøkonomisk status: kort uddannelse, lav indkomst, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og bor alene. • Multisygdom Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	

	•
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •

Forfattere (år)	Land	Titel
Vonk et al. (2024)	Holland	Temporal Trends in Cardiac Rehabilitation Participation and Its Core Components
Om studiet	Formål: At evaluere udviklingen i deltagelsen i hjerterehabilitering, samt at vurdere brugen af de forskellige elementer i programmet. Informanter (N): Patienter med nydiagnosticeret hjerte-kar-sygdom henvist til hjerterehabilitering og med sundhedsforsikring (106.212). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: Deltagere: (65 ± 10). Ikke-deltagere: (70 ± 12) / Deltagere: 71 %. Ikke-deltagere: 54 %. Dataindsamling: Registerdata fra sundhedsforsikring	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Øget alder • Køn: Kvinder • Diagnoser: Stabil angina pectoris eller hjertesvigt. • Multisygdom Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Kostvejledning og psykologisk rådgivning i rehabiliteringsprogrammet. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Introduktion til hjerterehabilitering tidligt i behandlingsforløbet. • Træningssessionerne i rehabiliteringsprogrammet. 	

Litteraturoversigt. KOL

Forfattere (år)	Land	Titel
Stone et al. (2020)	Wales, Storbritannien	Predictors of Referral to Pulmonary Rehabilitation from UK Primary Care
Om studiet	Formål: At undersøge faktorer der er forbundet med henvisning til lungerehabilitering fra almen praksis. Informanter (N): Patienter med Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) registreret hos almen praksis (82.696). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: Dataindsamling: Patientjournaler fra 407 almene praksisser. Data stammer fra "National CORD Audit Programme"	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Patient karakteristik som påvirker henvisning til lungerehabilitering: høj alder (≥70 år), kvinder, komorbiditeter og rygere. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Patient karakteristika som påvirker henvisning: flere tilfælde med eksacerbationer, øget åndenød og tidligere rygere. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	

Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Lav socioøkonomisk status Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •
--	---

Forfattere (år)	Land	Titel
Meshe et al. (2019)	England	Participants' experiences of the benefits, barriers and facilitators of attending a community-based exercise programme for people with chronic obstructive pulmonary disease
Om studiet	Formål: At undersøge deltagernes erfaringer med fordele, barrierer og facilitatorer ved deltagelse i og overholde et fællesskabsbaseret træningsprogram. Informanter (N): Personer med KOL som deltog i overholde et fællesskabsbaseret træningsprogram (12). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 68-79 år (74.33) / 42 % Dataindsamling: Semistrukturerede interviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Dårligt fysisk helbred og vintervej Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • At være pensionist med tid og fleksibilitet. • En oplevelse af at træningsprogrammet giver en fysisk og psykisk forbedring. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Familiemæssige forpligtelser i hverdagslivet. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Støtte, vejledning og opmuntring fra instruktør • Fællesskab og samhørighed med andre deltagere i samme situation 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Transportproblemer med at komme til og fra træning. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Let tilgængelighed og kort afstand til faciliteterne. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Fernandes-James et al. (2019)	England	Association of psychological flexibility with engagement in pulmonary rehabilitation following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease
Om studiet	Formål: At undersøge sammenhængen mellem psykologisk fleksibilitet og deltagelse i lunge rehabilitering, samt hvordan psykologisk fleksibilitet kommer til udtryk. Informanter (N): Patienter indlagt med akut forværring af KOL og henvist til lungerehabilitering (41/23). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: (67,7 år) / 44% Dataindsamling: Spørgeskema (n=41), Interviews (n=23)	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: Psykologisk infleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at undgå ubehag som fx dårligt humør og angst. • En opfattelse af at ikke kan gøre noget ved sin tilstand, som førte til en følelse af håbløshed og begrænsning. • En selvopfattelse som unormal pga. dårlig fysisk tilstand og afhængig af medicinsk udstyr (ilt), som førte til isolation og manglende motivation, Facilitatorer: Psykologisk fleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> • En evne til at håndtere ubehagelige tanker og følelser og derfor handle i overensstemmelse med egne værdier, og derfor i stand til at opretholde meningsfulde aktiviteter samt rehabilitering (øget engagement). • En "jeg gør hvad jeg kan" -indstilling, som førte til en kontrol over hvilke aktiviteter de deltog i med fokus på muligheder frem for begrænsninger. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • En bevidsthed om egne værdier, samt hvad der er meningsfuldt for en,
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> •

Forfattere (år)	Land	Titel
Watson et al. (2020)	England	Referral of patients with chronic obstructive pulmonary disease to pulmonary rehabilitation: a qualitative study of barriers and enablers for primary healthcare practitioners
Om studiet	Formål: At forstå henvisningsprocessens barrierer og facilitatorer, med henblik på at kunne øge henvisningsraterne til lungerehabilitering. Informanter (N): Praktiserende sundhedsprofessionelle i primærsektoren (19) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: Dataindsamling: Semistrukturerede interviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedspersonales begrænset og overfladiske viden om lungerehabilitering • Sundhedspersonales vurdering af patientegnethed baseret på formodninger og patientkarakteristika frem for klinisk evidens. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • En forståelse for og indgående viden lungerehabiliteringens effektivitet. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedspersonalets oplevelse af at patienten ikke har tillid til dem. • En oplevelse af at patienterne ikke er motiverede, som fører til at lungerehabiliteringen opfattes som en behandling frem for en forebyggende indsats. • Manglende feedback fra udbyderne af lungerehabiliteringen om patientens forløb og resultater. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Positive patienttilbagemeldinger (succeshistorier). • Tillid i langvarige patientrelationer. 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbegrænsninger i konsultationer. Manglende tid til at diskutere og henvise. • Manglende kendskab til og usikkerhed om tilgængelige og lokale rehabiliteringstilbud. • Manglende systematisering i henvisningsprocessen • Manglende (lokal) promoveringsmateriale der kan hjælpe med at beskrive fordelene ved lungerehabilitering. • Afstand og transportbesvær Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske incitamenter for praksis. • Aktiv promovering og information fra de lokale rehabiliteringscentre. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Watson et al. (2022)	Storbritannien	Investigating primary healthcare practitioners' barriers and enablers to referral of patients with COPD to pulmonary rehabilitation: a mixed-methods study using the Theoretical Domains Framework
Om studiet	Formål: At identificere og forstå de psykologiske og strukturelle faktorer, der påvirker praktiserende sundhedsprofessionelles henvisningspraksis til lungerehabilitering. Informanter (N): Praktiserende sundhedsprofessionelle i primærsektoren (19/252) Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: Dataindsamling: Interviews (19). Spørgeskema (252).	

Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Sundhedspersonalet antagelser om at patienten ikke er motiveret i rehabilitering Sundhedspersonalet bekymring om patientens fysiske formåen, især dem med åndenød eller iltbehandling. Manglende dybdegående viden om de specifikke programmer og de lokale tilbud Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> En forståelse for og en tro på lungerehabiliteringens fysiske og psykologiske fordele Sundhedspersonale med en uddannelse indenfor respiration.
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende kommunikation og feedback fra udbyderen af rehabilitering Mangel på etablerede, velfungerende relationer mellem den henvisende sundhedsprofessionelle og rehabiliteringsudbyderen. Hvis patienten ikke selv beder om rehabilitering Patients negative oplevelser med rehabilitering. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Sparring og støtte fra kollegaer med interesse i luftvejssygdomme.
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Uklare henvisningsprocedurer inkl. uklarhed hvem der er ansvarlig for henvisningen. Manglende informationsmateriale om lungerehabilitering Manglende tid i konsultationerne til at motivere og informere om lungerehabilitering. Manglende finansielle incitamenter. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Dedikeret tid til henvisning, fx under de årlige kontroller. Elektroniske henvisningspåmindelser, fx som en skabelon der indgår i de årlige kontroller eller ved forværring af KOL.

Litteraturoversigt. Diabetes

Forfattere (år)	Land	Titel
Findlay-White et al. (2020)	England og Nordirland	"What's the Point?": Understanding Why People With Type 2 Diabetes Decline Structured Education
Om studiet	Formål: At få en forståelse af årsagerne til at personer med type 2-diabetes afviser tilbud om struktureret diabetesuddannelse, samt hvordan de personlige oplevelser der påvirker/fører til denne beslutning. Informanter (N): Personer med type 2-diabetes der er henvist til struktureret diabetesuddannelse (19). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 32-79 år / 53% Dataindsamling: Interviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Følte sig rask, havde ingen symptomer. Svært ved at forstå, at type 2 diabetes kunne forårsage skade. Manglende forståelse for sygdommens alvor Brugte undgåelsesadfærd, at forholde sig til egen sygdom, som mestringsstrategi. Fatalistisk holdning. En tro på, at deres tilstand var forudbestemt. Manglende motivation for en selvstændig sygdomshåndtering, idet andre passede på dem. En holdning om at de allerede havde tilstrækkelig viden om deres tilstand. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Ingen nævnt. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Manglende støtte fra sundhedsprofessionelle, pga. upersonlig fokus på tal-værdier/diagnose. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> God støtte og personcentreret tilgang fra de sundhedsprofessionelle 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> Livet kommer i vejen. Svært at integrere i hverdagen pga. arbejde, sygdom, ferie mm. For lange undervisningssessioner. Utilstrækkelig forklaring og begrundelse for diabetesuddannelse. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> Ingen nævnt. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Lawal et al. (2018)	England	Barriers to structured diabetes education attendance: Opinions of people with diabetes
Om studiet	Formål: At undersøge barriererne forbundet med ikke at deltage i diabetes uddannelsessessioner i Storbritannien Informanter (N): Nydiagnosticerede personer med type 2-diabetes, som ikke deltog i den henviste diabetesundervisning (24). Alder (gennemsnit)/Køn, mænd: 44-68 år (52,9) / 54% Dataindsamling: Semistrukturerede telefoninterviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Svært at integrere undervisningen i deres privatliv, pga. arbejde, familiemæssige forpligtelser, anden sygdom, vejr og glemsomhed. • Manglende interesse idet deres diabetes var velreguleret og de følte sig raske, derfor ikke behov for undervisning. • Overbevisning om at være tilstrækkeligt informeret fra andre kilder. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Tydelig kommunikation. Nogle udtrykte interesse for at deltage næste gang, hvis de fik tilstrækkelig med skriftlig information. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Positiv indstilling til gruppeundervisning, samt mulighed for erfaringsudveksling med de andre deltagere. 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende eller utilstrækkelig information om den henviste diabetesundervisning. • Problemer med at finde vej eller manglende opfølgning efter aflysning. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Allory et al. (2020)	Frankrig	Perspectives of deprived patients on diabetes self-management programmes delivered by the local primary care team: a qualitative study on facilitators and barriers for participation, in France.
Om studiet	Formål: At identificere oplevede facilitatorer og barrierer blandt patienter for deltagelse i lokale "diabetes self-management education" programmer. Informanter (N): Patienter med type-2-diabetes og som bor i et socioøkonomisk depriveret område og gennemførte programmet "diabetes self-management education" (19). Alder (gennemsnit)/Køn (mænd): 41-79 år / 47 %. Dataindsamling: Semistrukturerede interviews.	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Svært at integrere DSME programmet i deres egen tidsplan, pga. arbejde, sundhedsaftaler, familiemæssige forpligtelser. • Følte sig rask, derfor ikke behov for deltagelse. • Svært at bevare motivationen for at håndtere sin diabetes Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Ingen nævnt. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Svært at udtrykke sig i en gruppesammenhæng. • En frygt for interaktion og svært at overvinde følelsen af at være utilpas i sociale situationer. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • En i forvejen god relation mellem patienter og sundhedsudbyder (inkl. egen læge), herunder kendskab til deres socioøkonomiske og kulturelle miljø. • Mulighed for sociale interaktioner med andre fra samme lokale socioøkonomiske og kulturelle miljø. 	
Strukturelle og organisatoriske	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Fleksibilitet i programmet tidsplan. 	

barrierer og facilitatorer	Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Geografisk nærhed. Lokalt forankrede tilbud. • Effektiv promovering af programmet i den lokale sundhedspraksis.
----------------------------	--

Litteraturoversigt. Lænderyg-smerter

Forfattere (år)	Land	Titel
Petersen et al. (2020)	Danmark	Experiences and challenges to crosssectoral care reported by patients with low back pain. A qualitative interview study
Om studiet	Formål: At undersøge hvordan personer med lænderyg smerter oplever deres behandlingsforløb på tværs af sektorer. Informanter (N): Patienter med lænderyg smerter (25). Alder (gennemsnit)/Køn (mænd): 18-60 år Dataindsamling: Semistruktureret interviews	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunale jobcentre • Manglende koordinering og vidensdeling mellem sektorerne og til patienten. • Manglende anerkendelse. At lænderyg smerterne bliver taget alvorligt. Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • At praktiserende læge tager ansvar for opfølgning og koordinering af forløbet. 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Junge et Dahler (2023)	Danmark	Min Ryg! Kortlægning af kommunal praksis for borgere med langvarigt rygbesvær. Arbejdspakke 2a.
Om studiet	Formål: At kortlægge omfanget og karakteristika for borgere med rygproblemer, samt at beskrive nuværende praksis inden for sundheds- og beskæftigelsesfaglige indsatser. Informanter (N): Ledere og medarbejdere i træningsafdelingen og jobcentret (4). Borgere, der er henvist via Sundhedslovens §140 til genoptræning ift. rygproblematik i Svendborg Kommune (415). Alder (gennemsnit)/Køn (mænd): Dataindsamling: Semistrukturerede interviews (4). Data fra kommunens KMD IT-systemer, Nexus i Træningsafdeling og Momentum i Jobcentret (415).	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Transportudfordringer for borgeren • Langvarige og uspecifikke rygsmerter • Samtidige lidelser som fx social angst eller PTSD Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitatorer: <ul style="list-style-type: none"> • 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	Barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Siloopdelt praksis pga. forskellige lovgivninger, fagligheder, logikker og målfokus, som fører til at det er svært at skabe et sammenhængende forløb. • Sparsomt samarbejde mellem træningsafdelingen og jobcentret, både på medarbejder- og ledelsesniveau, som fører til manglende koordinering og vidensdeling. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Borgeren er koordinator og fungerer som bindeled mellem forskellige instanser ved fx videregivelse af informationer. Manglende samarbejde med praktiserende læge. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none">
--	--

Forfattere (år)	Land	Titel
Dahler et Müller (2023)	Danmark	"Jeg er ikke sådan én, der ligger på sofaen" – dilemmaer for mennesker med langvarige rygproblemer.
Om studiet	<p>Formål: At belyse hvordan den herskende diskurs om produktivitet fletter sig ind i identitetsarbejdet hos mennesker med rygsmerter, samt de dilemmaer, de oplever i forhold til kommunale rehabiliteringstiltag.</p> <p>Informanter (N): Borgere med rygproblemer, der visiteres til kommunal genoptræning efter Sundhedslovens §140 (14).</p> <p>Alder (gennemsnit)/Køn (mænd):</p> <p>Dataindsamling: Semistrukturerede interviews.</p>	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Borgeren er udfordret af hvad de kan. De vil gerne være aktive og bidragende ud over hvad deres rygproblemer tillader. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Borgerne har på jobcentret en oplevelse af at blive misforstået. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> 	
Strukturelle og organisatoriske barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modsattede fokus i kommunen. På træningsafdelingen er der fokus på kroppen og smerterne, mens der i jobcenteret er fokus på arbejdsevnen. Beskæftigelsespolitikken påvirker rehabiliteringen, idet der er øget fokus på beskæftigelse og selvforsørgelse. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> 	

Forfattere (år)	Land	Titel
Dahler et al. (2021)	Danmark	Kommunal rehabiliteringsindsats for borgere med langvarig rygbesvær: Erfaringer - borgere, terapeuter og sagsbehandlere (AP3)
Om studiet	<p>Formål: At undersøge borgers og fagprofessionelles erfaringer og oplevelser i borgerens forløb med rygsmerter, samt samarbejdet mellem relevante aktører.</p> <p>Informanter (N): Borgere (?), Terapeuter fra træningsafdelingen (4), Sagsbehandlere fra jobcenteret (3).</p> <p>Alder (gennemsnit)/Køn (mænd):</p> <p>Dataindsamling: Gruppeinterviews</p>	
Intrapersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anden etnisk herkomst end dansk Psykiske problemer som angst, stress og PTSD. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mental fleksibilitet og god til at tilpasse sig nye livsomstændigheder. 	
Interpersonelle barrierer og facilitatorer	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tillid til de fagprofessionelle 	
Strukturelle og organisatoriske	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manglende koordinering og kommunikation mellem sundhedssektor, jobcenter og træningsafdeling. 	

barrierer og facilitatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Asynkrone systemer, bl.a. fordi tidsperspektivet for at blive i stand til at komme i arbejde strider mod lovens tidsrammer. <p>Facilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> •
----------------------------	--

Bilag 3 - Søgestreng

Search strategy in MEDLINE

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 01, 2024>

1	exp Rehabilitation/ or rehabilitation*.ti. or exp Secondary prevention/ or exp Tertiary prevention/ or preventi*.ti. or exp Patient Education as Topic/ or patient* educat*.ti	764283
2	exp Diabetes Mellitus, Type 1/ or exp Diabetes Mellitus, Type 2/ or exp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/ or exp neoplasms by site/ or exp Cardiovascular Diseases/ or exp Low Back Pain/ OR (diabetes or diabetic* or Chronic Obstructive or pulmonar* or lung or respiratory or COPD* or COAD* or cancer* or cardiovascular or cardiac or "low* back").ti,ab,kw.	638846
3	exp "Patient Acceptance of Health Care"/ or exp "Treatment Adherence and Compliance"/ or exp "Referral and Consultation"/ or exp Patient Dropouts/ or (barrier* or facilitat* or enabl* or motivat* or acceptan* or nonaccept* or complian* or noncompli* or referral* or adhere* or refusal or participat* or dropout*).ti,ab,kw.	3296076
4	exp Primary Health Care/ or exp Community Health Services/ or exp Outpatients/ or (community health* or "out-of-hospital" or primary health* or primary care).ti,ab,kw.	676150
5	1 and 2 and 3 and 4	8765
6	afghanistan/ or africa/ or africa, northern/ or africa, central/ or africa, eastern/ or "africa south of the sahara"/ or africa, southern/ or africa, western/ or albania/ or algeria/ or andorra/ or angola/ or "antigua and barbuda"/ or argentina/ or armenia/ or azerbaijan/ or bahamas/ or bahrain/ or bangladesh/ or barbados/ or belize/ or benin/ or bhutan/ or bolivia/ or borneo/ or "bosnia and herzegovina"/ or botswana/ or brazil/ or brunei/ or bulgaria/ or burkina faso/ or burundi/ or cabo verde/ or cambodia/ or cameroon/ or central african republic/ or chad/ or exp china/ or comoros/ or congo/ or cote d'ivoire/ or croatia/ or cuba/ or "democratic republic of the congo"/ or cyprus/ or djibouti/ or dominica/ or dominican republic/ or ecuador/ or egypt/ or el salvador/ or equatorial guinea/ or eritrea/ or eswatini/ or ethiopia/ or fiji/ or gabon/ or gambia/ or "georgia (republic)"/ or ghana/ or grenada/ or guatemala/ or guinea/ or guinea-bissau/ or guyana/ or haiti/ or honduras/ or independent state of samoa/ or exp india/ or indian ocean islands/ or indochina/ or indonesia/ or iran/ or iraq/ or jamaica/ or jordan/ or kazakhstan/ or kenya/ or kosovo/ or kuwait/ or kyrgyzstan/ or laos/ or lebanon/ or liechtenstein/ or lesotho/ or liberia/ or libya/ or madagascar/ or malaysia/ or malawi/ or mali/ or malta/ or mauritania/ or mauritius/ or mekong valley/ or melanesia/ or micronesia/ or monaco/ or mongolia/ or montenegro/ or morocco/ or mozambique/ or myanmar/ or namibia/ or nepal/ or nicaragua/ or niger/ or nigeria/ or oman/ or pakistan/ or palau/ or exp panama/ or papua new guinea/ or paraguay/ or peru/ or philippines/ or qatar/ or "republic of belarus"/ or "republic of north macedonia"/ or romania/ or exp russia/ or rwanda/ or "saint kitts and nevis"/ or saint lucia/ or "saint vincent and the grenadines"/ or "sao tome and principe"/ or saudi arabia/ or serbia/ or sierra leone/ or senegal/ or seychelles/ or singapore/ or somalia/ or south africa/ or south sudan/ or sri lanka/ or sudan/ or suriname/ or syria/ or taiwan/ or tajikistan/ or tanzania/ or thailand/ or timor-leste/ or togo/ or tonga/ or "trinidad and tobago"/ or tunisia/ or turkmenistan/ or uganda/ or ukraine/ or united arab emirates/ or uruguay/ or uzbekistan/ or vanuatu/ or venezuela/ or vietnam/ or west indies/ or yemen/ or zambia/ or zimbabwe/	1352919
7	"organisation for economic co-operation and development"/	610
8	australasia/ or exp australia/ or austria/ or baltic states/ or belgium/ or exp canada/ or chile/ or colombia/ or costa rica/ or czech republic/ or exp denmark/ or estonia/ or europe/ or finland/ or exp france/ or exp germany/ or greece/ or hungary/ or iceland/ or ireland/ or israel/ or exp italy/ or exp japan/ or korea/ or latvia/ or lithuania/ or luxembourg/ or mexico/ or netherlands/ or new zealand/ or north america/ or exp norway/ or poland/ or portugal/ or exp "republic of korea"/ or "scandinavian and nordic countries"/ or slovakia/ or slovenia/ or spain/ or sweden/ or switzerland/ or turkey/ or exp united kingdom/ or exp united states/	3568634
9	european union/	18064
10	developed countries/	21576
11	or/7-10	3585031
12	6 not 11	1261746
13	5 not 12	8210
14	limit 13 to yr="2018 -2024"	2164
15	limit 14 to (danish or english or norwegian or swedish)	2099
16	remove duplicates from 15	2098

Embase

1	'rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation*':ti OR 'secondary prevention'/exp OR 'tertiary prevention'/exp OR 'preventi*':ti OR 'patient education'/exp OR 'patient* educat*':ti	1040988
2	'insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'chronic obstructive lung disease'/exp OR 'neoplasms subdivided by anatomical site'/exp OR 'cardiovascular disease'/exp OR 'low back pain'/exp OR (diabetes or diabetic* or Chronic Obstructive or pulmonar* or lung or respiratory or COPD* or COAD* or cancer* or cardiovascular or cardiac or 'low* back'):ti,ab,kw	13834315
3	'patient attitude'/exp OR 'patient compliance'/exp OR 'patient referral'/exp OR 'patient dropout'/exp OR (barrier* or facilitat* or enabl* or motivat* or acceptan* or nonaccept* or complian* or noncompli* or referral* or adhere* or refusal or participat* or dropout*):ti,ab,kw	4,359,496
4	'primary health care'/exp OR 'community care'/exp OR 'outpatient'/exp OR ('community health*' or 'out-of-hospital' or 'primary health*' or 'primary care'):ti,ab,kw	655,412
5	# 1 AND # 2 AND # 3 AND # 4	9705
6	'afghanistan'/de or 'africa'/de or 'africa, northern'/de or 'africa, central'/de or 'africa, eastern'/de or 'africa south of the sahara'/de or 'africa, southern'/de or 'africa, western'/de or 'albania'/de or 'algeria'/de or 'andorra'/de or 'angola'/de or 'antigua and barbuda'/de or 'argentina'/de or 'armenia'/de or 'azerbaijan'/de or 'bahamas'/de or 'bahrain'/de or 'bangladesh'/de or 'barbados'/de or 'belize'/de or 'benin'/de or 'bhutan'/de or 'bolivia'/de or 'borneo'/de or 'bosnia and herzegovina'/de or 'botswana'/de or 'brazil'/de or 'brunei'/de or 'bulgaria'/de or 'burkina faso'/de or 'burundi'/de or 'cabo verde'/de or 'cambodia'/de or 'cameroon'/de or 'central african republic'/de or 'chad'/de or 'china'/exp or 'comoros'/de or 'congo'/de or 'Cote d'Ivoire'/de or 'croatia'/de or 'cuba'/de or 'democratic republic of the congo'/de or 'cyprus'/de or 'djibouti'/de or 'dominica'/de or 'dominican republic'/de or 'ecuador'/de or 'egypt'/de or 'el salvador'/de or 'equatorial guinea'/de or 'eritrea'/de or 'eswatini'/de or 'ethiopia'/de or 'fiji'/de or 'gabon'/de or 'gambia'/de or 'georgia (republic)'/de or 'ghana'/de or 'grenada'/de or 'guatemala'/de or 'guinea'/de or 'guinea-bissau'/de or 'guyana'/de or 'haiti'/de or 'honduras'/de or 'independent state of samoa'/de or 'india'/exp or 'indian ocean islands'/de or 'indochina'/de or 'indonesia'/de or 'iran'/de or 'iraq'/de or 'jamaica'/de or 'jordan'/de or 'kazakhstan'/de or 'kenya'/de or 'kosovo'/de or 'kuwait'/de or 'kyrgyzstan'/de or 'laos'/de or 'lebanon'/de or 'liechtenstein'/de or 'lesotho'/de or 'liberia'/de or 'libya'/de or 'madagascar'/de or 'malaysia'/de or 'malawi'/de or 'mali'/de or 'malta'/de or 'mauritania'/de or 'mauritius'/de or 'mekong valley'/de or 'melanesia'/de or 'micronesia'/de or 'monaco'/de or 'mongolia'/de or 'montenegro'/de or 'morocco'/de or 'mozambique'/de or 'myanmar'/de or 'namibia'/de or 'nepal'/de or 'nicaragua'/de or 'niger'/de or 'nigeria'/de or 'oman'/de or 'pakistan'/de or 'palau'/de or 'panama'/exp or 'papua new guinea'/de or 'paraguay'/de or 'peru'/de or 'philippines'/de or 'qatar'/de or 'republic of belarus'/de or 'republic of north macedonia'/de or 'romania'/de or 'russia'/exp or 'rwanda'/de or 'saint kitts and nevis'/de or 'saint lucia'/de or 'saint vincent and the grenadines'/de or 'sao tome and principe'/de or 'saudi arabia'/de or 'serbia'/de or 'sierra leone'/de or 'senegal'/de or 'seychelles'/de or 'singapore'/de or 'somalia'/de or 'south africa'/de or 'south sudan'/de or 'sri lanka'/de or 'sudan'/de or 'suriname'/de or 'syria'/de or 'taiwan'/de or 'tajikistan'/de or 'tanzania'/de or 'thailand'/de or 'timor-leste'/de or 'togo'/de or 'tonga'/de or 'trinidad and tobago'/de or 'tunisia'/de or 'turkmenistan'/de or 'uganda'/de or 'ukraine'/de or 'united arab emirates'/de or 'uruguay'/de or 'uzbekistan'/de or 'vanuatu'/de or 'venezuela'/de or 'vietnam'/de or 'west indies'/de or 'yemen'/de or 'zambia'/de or 'zimbabwe'/de	1817113
7	'Organisation for Economic Co-operation and Development'/de	2975
8	'australasia'/de or 'australia'/exp or 'austria'/de or 'baltic states'/de or 'belgium'/de or 'canada'/exp or 'chile'/de or 'colombia'/de or 'costa rica'/de or 'czech republic'/de or 'denmark'/exp or 'estonia'/de or 'europe'/de or 'finland'/de or 'france'/exp or 'germany'/exp or 'greece'/de or 'hungary'/de or 'iceland'/de or 'ireland'/de or 'israel'/de or 'italy'/exp or 'japan'/exp or 'korea'/de or 'latvia'/de or 'lithuania'/de or 'luxembourg'/de or 'mexico'/de or 'netherlands'/de or 'new zealand'/de or 'north america'/de or 'norway'/exp or 'poland'/de or 'portugal'/de or 'republic of korea'/exp or 'scandinavian and nordic countries'/de or 'slovakia'/de or 'slovenia'/de or 'spain'/de or 'sweden'/de or 'switzerland'/de or 'turkey'/de or 'united kingdom'/exp or 'united states'/exp	4014485
9	'European Union'/de	32228
10	'developed country'/de	36596
11	# 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10	4059587
12	# 6 NOT # 11	1613302
13	# 5 NOT # 12	8975
14	# 5 NOT # 12 AND [2018-2024]/py	3284
15	# 5 NOT # 12 AND [2018-2024]/py AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR [norwegian]/lim OR [swedish]/lim)	3247

1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	55035
2	(rehabilitation*):ti (Word variations have been searched)	19216
3	MeSH descriptor: [Secondary Prevention] explode all trees	4237
4	MeSH descriptor: [Tertiary Prevention] explode all trees	9
5	(preventi*):ti (Word variations have been searched)	61453
6	MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] explode all trees	10897
7	(patient* NEXT educat*):ti (Word variations have been searched)	1195
8	(OR # 1-# 7)	141836
9	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 1] explode all trees	7612
10	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 2] explode all trees	26412
11	MeSH descriptor: [Pulmonary Disease, Chronic Obstructive] explode all trees	8294
12	MeSH descriptor: [Neoplasms by Site] explode all trees	95647
13	MeSH descriptor: [Cardiovascular Diseases] explode all trees	156387
14	MeSH descriptor: [Low Back Pain] explode all trees	6162
15	(diabetes OR diabetic* OR "Chronic Obstructive" OR pulmonar* OR lung OR respiratory OR COPD* OR COAD* OR cancer* OR cardiovascular OR cardiac OR (low NEXT back)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	606518
16	(OR # 9-# 15)	704648
17	MeSH descriptor: [Patient Acceptance of Health Care] explode all trees	23327
18	MeSH descriptor: [Treatment Adherence and Compliance] explode all trees	37690
19	MeSH descriptor: [Referral and Consultation] explode all trees	3404
20	MeSH descriptor: [Patient Dropouts] explode all trees	2387
21	(barrier* OR facilitat* OR enabl* OR motivat* OR acceptan* OR nonaccept* OR complian* OR noncompli* OR referral* OR adhere* OR refusal OR participat* OR dropout*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	361895
22	(51-# 21)	371985
23	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	11907
24	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	19605
25	MeSH descriptor: [Outpatients] explode all trees	2004
26	((community NEXT health*) OR "out-of-hospital" OR (primary NEXT health*) OR (primary NEXT care)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	35229
27	(OR # 23-# 26)	56969
28	# 8 AND # 16 AND #22 AND #27	2493
29	[mh Afghanistan] OR [mh ^Africa] OR [mh ^"Africa, Northern"] OR [mh ^"Africa, Central"] OR [mh ^"Africa, Eastern"] OR [mh ^"Africa South of the Sahara"] OR [mh ^"Africa, Southern"] OR [mh ^"Africa, Western"] OR [mh Albania] OR [mh Algeria] OR [mh Andorra] OR [mh Angola] OR [mh "Antigua and Barbuda"] OR [mh Argentina] OR [mh Armenia] OR [mh Azerbaijan] OR [mh Bahamas] OR [mh Bahrain] OR [mh Bangladesh] OR [mh Barbados] OR [mh Belize] OR [mh Benin] OR [mh Bhutan] OR [mh Bolivia] OR [mh Borneo] OR [mh "Bosnia and Herzegovina"] OR [mh Botswana] OR [mh Brazil] OR [mh Brunei] OR [mh Bulgaria] OR [mh "Burkina Faso"] OR [mh Burundi] OR [mh "Cabo Verde"] OR [mh Cambodia] OR [mh Cameroon] OR [mh ^"Central African Republic"] OR [mh Chad] OR [mh China] OR [mh Comoros] OR [mh Congo] OR [mh "Cote d'Ivoire"] OR [mh Croatia] OR [mh Cuba] OR [mh "Democratic Republic of the Congo"] OR [mh Cyprus] OR [mh Djibouti] OR [mh Dominica] OR [mh "Dominican Republic"] OR [mh Ecuador] OR [mh Egypt] OR [mh "El Salvador"] OR [mh "Equatorial Guinea"] OR [mh Eritrea] OR [mh Eswatini] OR [mh Ethiopia] OR [mh Fiji] OR [mh Gabon] OR [mh Gambia] OR [mh "Georgia (republic)"] OR [mh Ghana] OR [mh Grenada] OR [mh Guatemala] OR [mh Guinea] OR [mh "Guinea-Bissau"] OR [mh Guyana] OR [mh Haiti] OR [mh Honduras] OR [mh "Independent State of Samoa"] OR [mh India] OR [mh "Indian Ocean Islands"] OR [mh Indochina] OR [mh Indonesia] OR [mh Iran] OR [mh Iraq] OR [mh Jamaica] OR [mh Jordan] OR [mh Kazakhstan] OR [mh Kenya] OR [mh Kosovo] OR [mh Kuwait] OR [mh Kyrgyzstan] OR [mh Laos] OR [mh Lebanon] OR [mh Liechtenstein] OR [mh Lesotho] OR [mh Liberia] OR [mh Libya] OR [mh Madagascar] OR [mh Malaysia] OR [mh Malawi] OR [mh Mail] OR [mh Malta] OR [mh Mauritania] OR [mh Mauritius] OR [mh "Mekong Valley"] OR [mh Melanesia] OR [mh Micronesia] OR [mh Monaco] OR [mh Mongolia] OR [mh Montenegro] OR [mh Morocco] OR [mh Mozambique] OR [mh Myanmar] OR [mh Namibia] OR [mh Nepal] OR [mh Nicaragua] OR [mh Niger] OR [mh Nigeria] OR [mh Oman] OR [mh Pakistan] OR [mh Palau] OR [mh Panama] OR [mh "Papua New Guinea"] OR [mh Paraguay] OR [mh Peru] OR [mh Philippines] OR [mh Qatar] OR [mh "Republic of Belarus"] OR [mh "Republic of North Macedonia"] OR [mh Romania] OR [mh Russia] OR [mh Rwanda] OR [mh "Saint Kitts and Nevis"] OR [mh "Saint Lucia"] OR [mh "Saint Vincent and the Grenadines"] OR [mh "Sao Tome and Principe"] OR [mh "Saudi Arabia"] OR [mh Serbia] OR [mh "Sierra Leone"] OR [mh Senegal] OR [mh Seychelles] OR [mh Singapore] OR [mh Somalia] OR [mh "South Africa"] OR [mh "South Sudan"] OR [mh "Sri Lanka"] OR [mh Sudan] OR [mh Suriname] OR [mh Syria] OR [mh Taiwan] OR [mh Tajikistan] OR [mh Tanzania] OR [mh Thailand] OR [mh "Timor-Leste"] OR [mh Togo] OR [mh Tonga] OR [mh "Trinidad and Tobago"] OR [mh Tunisia] OR [mh Turkmenistan] OR [mh Uganda] OR [mh Ukraine] OR [mh "United Arab Emirates"] OR [mh Uruguay] OR [mh Uzbekistan] OR [mh Vanuatu] OR [mh Venezuela] OR [mh Vietnam] OR [mh "West Indies"] OR [mh Yemen] OR [mh Zambia] OR [mh Zimbabwe]	41474
30	[mh "Organisation for Economic Co-Operation and Development"]	1

31	[mh ^Australasia] OR [mh Australia] OR [mh Austria] OR [mh ^"Baltic States"] OR [mh Belgium] OR [mh Canada] OR [mh Chile] OR [mh Colombia] OR [mh "Costa Rica"] OR [mh "Czech Republic"] OR [mh Denmark] OR [mh Estonia] OR [mh ^Europe] OR [mh Finland] OR [mh France] OR [mh Germany] OR [mh Greece] OR [mh Hungary] OR [mh Iceland] OR [mh Ireland] OR [mh Israel] OR [mh Italy] OR [mh Japan] OR [mh ^Korea] OR [mh Latvia] OR [mh Lithuania] OR [mh Luxembourg] OR [mh Mexico] OR [mh Netherlands] OR [mh "New Zealand"] OR [mh "North America"] OR [mh Norway] OR [mh Poland] OR [mh Portugal] OR [mh "Republic of Korea"] OR [mh "Scandinavian and Nordic Countries"] OR [mh Slovakia] OR [mh Slovenia] OR [mh Spain] OR [mh Sweden] OR [mh Switzerland] OR [mh Turkey] OR [mh "United Kingdom"] OR [mh "United States"]	91541
32	[mh "European Union"]	117
33	[mh "Developed Countries"]	93
34	(52-#33)	91653
35	#29 NOT #34	39422
36	#28 NOT #35	2350
37	#36 with Cochrane Library publication date from Jan 2018 to Dec 2024	923
38	English:la OR Danish:la OR Norwegian:la OR Swedish:la	2066504
39	#37 AND #38	911

Web of Science

Database: Web of Science Core Collection

1	ti=(rehabilitation* OR preventi* OR (patient* NEAR/3 educat*))	422756
2	TS=(diabetes or diabetic* or Chronic Obstructive or pulmonar* or lung or respiratory or COPD* or COAD* or cancer* or cardiovascular or cardiac or (low* NEAR back)	7225046
3	TS=(barrier* or facilitat* or enabl* or motivat* or acceptan* or nonaccept* or complian* or noncompli* or referral* or adhere* or refusal or participat* or dropout*)	6219336
4	TS=((community NEAR health*) or "out-of-hospital" or (primary NEAR health*) or (primary NEAR care) or outpatient*)	709534
5	#4 AND #3 AND #2 AND #1	3246
6	TS=(Afghanistan OR Africa OR Albania OR Algeria OR Andorra OR Angola OR "Antigua and Barbuda" OR Argentina OR Armenia OR Azerbaijan OR Bahamas OR Bahrain OR Bangladesh OR Barbados OR Belize OR Benin OR Bhutan OR Bolivia OR Borneo OR "Bosnia and Herzegovina" OR Botswana OR Brazil OR Brunei OR Bulgaria OR "Burkina Faso" OR Burundi OR "Cabo Verde" OR Cambodia OR Cameroon OR "Central African Republic" OR Chad OR China OR Comoros OR Congo OR "Cote d'Ivoire" OR Croatia OR Cuba OR "Democratic Republic of the Congo" OR Cyprus OR Djibouti OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Ecuador OR Egypt OR "El Salvador" OR "Equatorial Guinea" OR Eritrea OR Eswatini OR Ethiopia OR Fiji OR Gabon OR Gambia OR "Georgia (republic)" OR Ghana OR Grenada OR Guatemala OR Guinea OR "Guinea-Bissau" OR Guyana OR Haiti OR Honduras OR "Independent State of Samoa" OR India OR "Indian Ocean Islands" OR Indochina OR Indonesia OR Iran OR Iraq OR Jamaica OR Jordan OR Kazakhstan OR Kenya OR Kosovo OR Kuwait OR Kyrgyzstan OR Laos OR Lebanon OR Liechtenstein OR Lesotho OR Liberia OR Libya OR Madagascar OR Malaysia OR Malawi OR Mail OR Malta OR Mauritania OR Mauritius OR "Mekong Valley" OR Melanesia OR Micronesia OR Monaco OR Mongolia OR Montenegro OR Morocco OR Mozambique OR Myanmar OR Namibia OR Nepal OR Nicaragua OR Niger OR Nigeria OR Oman OR Pakistan OR Palau OR Panama OR "Papua New Guinea" OR Paraguay OR Peru OR Philippines OR Qatar OR "Republic of Belarus" OR "Republic of North Macedonia" OR Romania OR Russia OR Rwanda OR "Saint Kitts and Nevis" OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR "Sao Tome and Principe" OR "Saudi Arabia" OR Serbia OR "Sierra Leone" OR Senegal OR Seychelles OR Singapore OR Somalia OR "South Africa" OR "South Sudan" OR "Sri Lanka" OR Sudan OR Suriname OR Syria OR Taiwan OR Tajikistan OR Tanzania OR Thailand OR "Timor-Leste" OR Togo OR Tonga OR "Trinidad and Tobago" OR Tunisia OR Turkmenistan OR Uganda OR Ukraine OR "United Arab Emirates" OR Uruguay OR Uzbekistan OR Vanuatu OR Venezuela OR Vietnam OR "West Indies" OR Yemen OR Zambia OR Zimbabwe)	4509896
7	TS=(Australasia OR Australia OR Austria OR "Baltic States" OR Belgium OR Canada OR Chile OR Colombia OR "Costa Rica" OR "Czech Republic" OR Denmark OR Estonia OR ^Europe OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Iceland OR Ireland OR Israel OR Italy OR Japan OR Korea OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Mexico OR Netherlands OR "New Zealand" OR "North America" OR Norway OR Poland OR Portugal OR "Republic of Korea" OR "Scandinavian and Nordic Countries" OR Slovakia OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR Switzerland OR Turkey OR "United Kingdom" OR "United States")	4963228
8	TS=("European Union")	109002
9	TS=("Developed countr*")	60851
10	TS=("organisation for economic co-operation and development")	2556

11	#7 OR #8 OR #9 OR #10	5067803
12	#6 NOT #11	4020159
13	#5 NOT #12	2911
14	(#5 NOT #12) AND LA=(Danish OR English OR Norwegian OR Swedish)	2763
15	#14 Timespan: 2018-01-01 to 2024-12-31 (Publication Date)	1242

Cinahl

1	(MH "Rehabilitation+")	341263
2	TI rehabilitation*	48121
3	TI preventi*	103385
4	(MH "Patient Education+")	83568
5	TI patient* educat*	4599
6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	536954
7	(MH "Diabetes Mellitus, Type 1+") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	94090
8	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+")	22883
9	(MH "Neoplasms by Site+")	470064
10	(MH "Cardiovascular Diseases+")	675712
11	(MH "Low Back Pain")	23184
12	TI (diabetes OR diabetic* OR Chronic N Obstructive OR pulmonar* OR lung OR respiratory OR COPD* OR COAD* OR cancer* OR cardiovascular OR cardiac OR low N back) OR AB (diabetes OR diabetic* OR "Chronic Obstructive" OR pulmonar* OR lung OR respiratory OR COPD* OR COAD* OR cancer* OR cardiovascular OR cardiac OR low N back)	1202350
13	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	1854318
14	(MH "Patient Compliance+")	58822
15	(MH "Treatment Refusal+")	6960
16	(MH "Referral and Consultation+")	60530
17	(MH "Patient Dropouts")	2346
18	TI (barrier* OR facilitat* OR enabl* OR motivat* OR acceptan* OR nonaccept* OR complian* OR noncompli* OR referral* OR adhere* OR refusal OR participat* OR dropout*) OR AB (barrier* OR facilitat* OR enabl* OR motivat* OR acceptan* OR nonaccept* OR complian* OR noncompli* OR referral* OR adhere* OR refusal OR participat* OR dropout*)	763044
19	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	828591
20	(MH "Primary Health Care")	74983
21	(MH "Community Health Services+")	571400
22	(MH "Outpatients")	49604
23	TI (community N health* OR "out-of-hospital" OR primary N health* OR primary N care) OR AB (community N health* OR "out-of-hospital" OR primary N health* OR primary N care)	8370
24	S20 OR S21 OR S22 OR S23	671415
25	S6 AND S13 AND S19 AND S24	11312
26	(MH Afghanistan) OR (MH Africa) OR (MH "Africa, Northern") OR (MH "Africa, Central") OR (MH "Africa, Eastern") OR (MH "Africa South of the Sahara") OR (MH "Africa, Southern") OR (MH "Africa, Western") OR (MH Albania) OR (MH Algeria) OR (MH Andorra) OR (MH Angola) OR (MH "Antigua and Barbuda") OR (MH Argentina) OR (MH Armenia) OR (MH Azerbaijan) OR (MH Bahamas) OR (MH Bahrain) OR (MH Bangladesh) OR (MH Barbados) OR (MH Belize) OR (MH Benin) OR (MH Bhutan) OR (MH Bolivia) OR (MH Borneo) OR (MH "Bosnia and Herzegovina") OR (MH Botswana) OR (MH Brazil) OR (MH Brunei) OR (MH Bulgaria) OR (MH "Burkina Faso") OR (MH Burundi) OR (MH "Cabo Verde") OR (MH Cambodia) OR (MH Cameroon) OR (MH "Central African Republic") OR (MH Chad) OR (MH China+) OR (MH Comoros) OR (MH Congo) OR (MH "Cote d'Ivoire") OR (MH Croatia) OR (MH Cuba) OR (MH "Democratic Republic of the Congo") OR (MH Cyprus) OR (MH Djibouti) OR (MH Dominica) OR (MH "Dominican Republic") OR (MH Ecuador) OR (MH Egypt) OR (MH "El Salvador") OR (MH "Equatorial Guinea") OR (MH Eritrea) OR (MH Eswatini) OR (MH Ethiopia) OR (MH Fiji) OR (MH Gabon) OR (MH Gambia) OR (MH "Georgia (republic)") OR (MH Ghana) OR (MH Grenada) OR (MH Guatemala) OR (MH Guinea) OR (MH "Guinea-Bissau") OR (MH Guyana) OR (MH Haiti) OR (MH Honduras) OR (MH "Independent State of Samoa") OR (MH India+) OR (MH "Indian Ocean Islands") OR (MH Indochina) OR (MH Indonesia) OR (MH Iran) OR (MH Iraq) OR (MH Jamaica) OR (MH Jordan) OR (MH Kazakhstan) OR (MH Kenya) OR (MH Kosovo) OR (MH Kuwait) OR (MH Kyrgyzstan) OR (MH Laos) OR (MH Lebanon) OR (MH Liechtenstein) OR (MH Lesotho) OR (MH Liberia) OR (MH Libya) OR (MH Madagascar) OR (MH Malaysia) OR (MH Malawi) OR (MH Mail) OR (MH Malta) OR (MH Mauritania) OR (MH Mauritius) OR (MH "Mekong Valley") OR (MH Melanesia) OR (MH Micronesia) OR (MH Monaco) OR (MH Mongolia) OR (MH Montenegro) OR (MH Morocco) OR (MH Mozambique) OR (MH Myanmar) OR (MH Namibia) OR (MH Nepal) OR (MH Nicaragua) OR (MH Niger) OR (MH Nigeria) OR (MH Oman) OR (MH Pakistan) OR (MH Palau) OR (MH Panama+) OR (MH "Papua New Guinea") OR (MH Paraguay) OR (MH Peru) OR (MH Philippines) OR (MH Qatar) OR (MH "Republic of Belarus") OR (MH "Republic of North Macedonia") OR (MH Romania) OR (MH Russia+) OR (MH Rwanda) OR (MH "Saint Kitts and Nevis") OR (MH "Saint Lucia") OR	448489

	(MH "Saint Vincent and the Grenadines") OR (MH "Sao Tome and Principe") OR (MH "Saudi Arabia") OR (MH Serbia) OR (MH "Sierra Leone") OR (MH Senegal) OR (MH Seychelles) OR (MH Singapore) OR (MH Somalia) OR (MH "South Africa") OR (MH "South Sudan") OR (MH "Sri Lanka") OR (MH Sudan) OR (MH Suriname) OR (MH Syria) OR (MH Taiwan) OR (MH Tajikistan) OR (MH Tanzania) OR (MH Thailand) OR (MH "Timor-Leste") OR (MH Togo) OR (MH Tonga) OR (MH "Trinidad and Tobago") OR (MH Tunisia) OR (MH Turkmenistan) OR (MH Uganda) OR (MH Ukraine) OR (MH "United Arab Emirates") OR (MH Uruguay) OR (MH Uzbekistan) OR (MH Vanuatu) OR (MH Venezuela) OR (MH Vietnam) OR (MH "West Indies") OR (MH Yemen) OR (MH Zambia) OR (MH Zimbabwe)	
27	(MH "Organisation for Economic Co-Operation and Development")	286
28	(MH australasia) OR (MH australia+) OR (MH austria) OR (MH "baltic states") OR (MH belgium) OR (MH canada+) OR (MH chile) OR (MH colombia) OR (MH "costa rica") OR (MH "czech republic") OR (MH denmark+) OR (MH estonia) OR (MH europe) OR (MH finland) OR (MH france+) OR (MH germany+) OR (MH greece) OR (MH hungary) OR (MH iceland) OR (MH ireland) OR (MH israel) OR (MH italy+) OR (MH japan+) OR (MH korea) OR (MH latvia) OR (MH lithuania) OR (MH luxembourg) OR (MH mexico) OR (MH netherlands) OR (MH "new zealand") OR (MH "north america") OR (MH norway+) OR (MH poland) OR (MH portugal) OR (MH "republic of korea"+) OR (MH "scandinavian and nordic countries") OR (MH slovakia) OR (MH slovenia) OR (MH spain) OR (MH sweden) OR (MH switzerland) OR (MH turkey) OR (MH "united kingdom"+) OR (MH "united states"+)	687881
29	(MH "European Union")	6169
30	(MH "Developed Countries")	4429
31	S27 OR S28 OR S29 OR S30	696380
32	S26 NOT S31	427820
33	S25 NOT S32	10216
34	S25 NOT S32 Limiters - Publication Date: 20180101-20241231	3036
35	S34 AND LA (danish or english or norwegian or swedish) Limiters - Publication Date: 20180101-20241231	2930

PsycINFO

Database: PsycINFO EBSCO Host

1	DE "Rehabilitation" OR DE "Criminal Rehabilitation" OR DE "Language Therapy" OR DE "Neurorehabilitation" OR DE "Occupational Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychosocial Rehabilitation" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Telerehabilitation"	52254
2	DE "Prevention"	38576
3	DE "Client Education"	4814
4	TI (rehabilitation* OR preventi* OR patient* educat*)	63019
5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	126387
6	DE "Type 1 Diabetes" OR DE "Type 2 Diabetes"	4982
7	DE "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" OR DE "Bronchial Disorders" OR DE "Pulmonary Emphysema"	1911
8	DE "Neoplasms"	49058
9	DE "Cardiovascular Disorders" OR DE "Aneurysms" OR DE "Arteriosclerosis" OR DE "Blood Pressure Disorders" OR DE "Cerebrovascular Disorders" OR DE "Embolisms" OR DE "Heart Disorders" OR DE "Hemorrhage" OR DE "Hypertension" OR DE "Ischemia" OR DE "Thromboses"	45355
10	DE "Back Pain"	5329
11	TI (diabetes or diabetic* or Chronic Obstructive or pulmonar* or lung or respiratory or COPD* or COAD* or cancer* or cardiovascular or cardiac or "low back") OR AB (diabetes or diabetic* or Chronic Obstructive or pulmonar* or lung or respiratory or COPD* or COAD* or cancer* or cardiovascular or cardiac or "low back")	182749
12	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	216990
13	DE "Treatment Compliance" OR DE "Health Care Seeking Behavior"	24890
14	DE "Professional Referral"	3958
15	DE "Treatment Dropouts"	2943
16	TI (barrier* or facilitat* or enabl* or motivat* or acceptan* or nonaccept* or complian* or noncompli* or referral* or adhere* or refusal or participat* or dropout*) OR AB (barrier* or facilitat* or enabl* or motivat* or acceptan* or nonaccept* or complian* or noncompli* or referral* or adhere* or refusal or participat* or dropout*)	973797
17	S13 OR S14 OR S15 OR S16	982016
18	DE "Primary Health Care"	26861
19	DE "Community Services"	18660

20	DE "Outpatients"	11127
21	TI (community health* or "out-of-hospital" or primary health* or primary care) OR AB (community health* or "out-of-hospital" or primary health* or primary care)	49658
22	S18 OR S19 OR S20 OR S21	82014
23	S5 AND S12 AND S17 AND S22	416
24	S5 AND S12 AND S17 AND S22 Limiters - Publication Year: 2018-2024	138
25	S5 AND S12 AND S17 AND S22 Limiters - Publication Year: 2018-2024; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	137

