



Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune

Indhold

Forord	3
Resumé	4
Baggrund	5
Mål med at implementere forløbsprogrammerne	6
Sundhedsforløb i Syddjurs - Lev med din sygdom	6
Om evalueringen	9
Hvem er deltagerne	10
Projektets resultater og effekt	12
Deltagernes motionsvaner forbedres	12
Deltagernes kostmønstre forbedres ikke	14
Deltagerne efterspørger mere kostvejledning	15
Anbefalinger	15
Rygning	15
Deltagerne funktionsevne og selv vurderet helbred forbedres	17
At mestre dagligdagen HeiQ	18
Deltagere er blevet bedre til at mestre dagligdagen	19
Deltagernes udvikling af BMI, taljemål, fedtprocent og kondital	19
Det er svært for mændene at holde ved i længden	20
Kvinderne fortsætter med at forbedre sig fysisk	21
Mænd har brug for at blive fastholdt i sunde kostvaner, hvis et varigt vægttab skal lykkes	21
Borgernes oplevelse af sammenhæng i forløbet	23
Sammenhæng i patientforløb	25
Udvikling af samarbejdet mellem 3 sektorer	25
Implementeringsgrupper i Randersklyngen	26
Fælles uddannelse og temamøder på tværs af sektorgrænser	26
Samarbejdstiltag mellem Syddjurs Kommune og praktiserende læger i Syddjurs	26
Udvikling af samarbejdet mellem Syddjurs Kommune og lokale patientforeninger	27
Anbefalinger og udviklingspotentialer i fremtiden	28
Forankring af projektet	29
Referencer	30

Forord

Denne rapport omhandler evaluering af projektet Forbedret kroniker indsats i Syddjurs og hvordan implementering af de 3 forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme er forløbet i Syddjurs Kommune. Projektet har kørt i en 3 årig periode fra 2010 til 2012 og finansieret af puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Rapporten giver indblik i effekten af patientuddannelse på kort sigt (efter 3 måneder) og på længere sigt (efter 15 måneder) i forhold til helbred og trivsel, kost-, motions- og rygevaner samt mestringssevne. Herudover beskrives hvilke tiltag og erfaringer, der er gjort i forhold til at skabe sammenhæng i patientforløbet og hvordan kursisterne har oplevet sundhedsforløbet, udbyttet heraf og sammenhæng i forløbet.

Rapporten er udarbejdet af projektleder Lene Vesterager, Marianne Ahrenkiel Søggaard, cand.scient.san. og Majken Leth Gudnitz, antropolog i Syddjurs Kommune. Tak til Folkesundhed og Kvalitetsudvikling for hjælp til dataudtræk.

Tak til underviserne i rehabiliteringsforløbene for en stor indsats. Tak til borgerne der har deltaget i evalueringen.

Rapporten kan downloades på www.syddjurs.dk/sundhed

Yderligere oplysninger

Lene Vesterager

Tlf. 21 70 21 23

lve@syddjurs.dk

Resumé

Denne rapport omhandler evaluering af projektet Forbedret kroniker indsats i Syddjurs og hvordan implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL, Type 2 diabetes og hjertekar sygdomme (AKS) er forløbet i Syddjurs Kommune. Projektet har kørt i en 3-årig periode fra 2010 til 2012 og finansieret af puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapporten giver indblik i effekten af patientuddannelse på kort sigt (efter 3 måneder) og på længere sigt (efter 15 måneder) i forhold til helbred og trivsel, kost, motions og rygevaner samt mestringsevne. Ligeledes beskrives hvilke tiltag og erfaringer, der er gjort i forhold til at skabe sammenhæng i patientforløbet og hvordan kursisterne har oplevet sundhedsforløbet, udbyttet heraf og sammenhæng i forløbet.

Evalueringen peger på følgende resultater fra projektet

Der har været 94 deltagere, der har været tilmeldt sundhedsforløbene. Den hyppigst forekommende henvisende diagnose er Type 2 diabetes efterfulgt af AKS og KOL. 11 % af borgerne har 2 af de henvisende diagnoser og 61 % af deltagerne har 1 eller flere diagnoser. Aldersmæssigt har 68 % af deltagerne været mellem 55-74 år og næsten 2/3 del er mænd. I forhold til uddannelsesniveau har 64 % af deltagerne et middel uddannelsesniveau og 18 % har lavt og 18 % har et højt uddannelsesniveau. 81 % af deltagerne er ikke i arbejde. Der ses en tendens til at 43 % af deltagerne oplever, at de er en del eller meget belastet af sygdom hos dem selv. Deltagernes motionsvaner forbedres. Dette ses ved at andelen af deltagere der er fysiske aktive med min. 30 min fysisk aktivitet pr. uge stiger. Ligeledes ses andelen af deltagere der dyrker idræt i fritiden stiger fra 31 % før start til 82 % ved 15 måneders opfølgninger. Deltagernes kostmønstre er relativt uændret fra før start og frem til både 3, 9 og 15 mdr. opfølgning. Størstedelen (62 %) har et middelsundt kostmønster, og der er tilnærmelsesvis ingen (0-4 %) som har et sundt kostmønster. Der er sket en lille positiv ændring i andelen af daglige ryger fra 16 % før start og 14 % ved 15 måneders opfølgning. Samtidig er der betydelige færre dagligrygere blandt deltagere end hos den voksne befolkning i Syddjurs Kommune.

Der ses en positiv ændring af deltagernes funktions-evne og selv vurderet helbred fra før start og frem til 15 måneders opfølgning. Deltagernes funktionsevne og selv vurderet helbred ligger lavere end normal befolkningen. Der ses også en fortløbende udvikling i forhold til deltagernes psykiske trivsel og sociale funktion og ved 15 måneders opfølgning vurderer deltagerne deres psykiske og sociale funktion til at være på niveau med normalbefolkningen.

Deltagerne er blevet bedre til at mestre dagligdagen set ud fra HeiQ scoren af otte domæner. Der er tegn på signifikante forskelle mellem før start og efter 3 måneder på alle otte domæner og efter 9 måneder er der fortsat signifikante forskelle på fem ud af otte domæner.

De kvindelige deltagere fortsætter med at forbedre sig fysisk efter det 8 ugers sundhedsforløb, de taber sig i vægt, taljemål og fedtprocent reduceres, og de forbedre BMI og kondital.

Mændene har svært ved at holde ved i længden ud fra de fysiske måleparametre, de forbedre alle parametre efter 3 måneder og holder en forbedring ved 9 måneders opfølgning, men ved 15 måneders opfølgning har de kun forbedret konditallet.

89 % af deltagerne er enig i, at sundhedskurset har været relevant for deres situation og 91 % er enig i, at de samlet set er tilfreds med sundhedsforløbet.

Udsagn fra deltagerne vidner om, at deltagerne har oplevet det som positivt at være sammen med forskellige diagnoser. De har fået et skub i den rette retning på det rette tidspunkt og at de har øget troen på at skabe en forandring.

82 % af deltagerne er henvist fra deres egen læge og 23 % har hørt om sundhedstilbuddet hos egen læge. De fleste har hørt om tilbuddet fra en annonce i den lokale avis for Syddjurs.

En vigtig forudsætning for at skabe sammenhæng i patientforløb har været at udvikle samarbejdet mellem praktiserende læger i Syddjurs, Syddjurs Kommune og Randers-Grenå Regionshospital. Øget kendskab til hinandens arbejdsvilkår, fælles forståelse for rehabiliteringsopgaven og personlige arbejdsrelationer, har haft indflydelse på, hvor godt der skabes sammenhæng i patientforløb. Ligeledes har etablering af elektronisk kommunikation mellem Syddjurs Kommune og praktiserende læger haft en afgørende betydning for at skabe et sammenhængende patientforløb.

Baggrund

Ændring i befolkningens sammensætning, levetid og levevis er årsag til, at flere mennesker rammes af en kronisk sygdom. Sammen med stadig mere effektive og kostbare behandlingsmuligheder fører dette til et voksende ressourcetryk i sundhedssektoren og dermed ændrede krav til sundhedsvæsenet og samfundsindsats. I dag lægger kroniske syge beslag på 70-80 % af de ressourcer, der anvendes til sundhedsvæsenet. De kroniske sygdomme medfører ofte langvarige sygdomsforløb med inddragelse af flere sektorer, sygdommens gradvise udvikling som ofte er kombineret med konkurrerende lidelser er vanskeligt at håndtere såvel for både borger som sundhedsvæsenet. Ikke mindst når behandlingen i sundhedsvæsenet er baseret på en reaktiv og akut indsats. I forhold til den kroniske patient er der et behov for en kontinuerlig indsats med et fremadrettet sigte med fastlæggelse af individuelle behandlingsplaner og målsætning.

Der har i mange år været bred enighed om, at Sundhedsvæsenet har problemer med at levere en sammenhængende indsats til kroniske syge og derfor har Sundhedsstyrelsen kommet med anbefalinger om organiseringen af den kroniske indsats. De væsentlige anbefalinger er, at der udvikles nationalt ledet forløbsprogrammer for hver enkelt af de store sygdomsgrupper og et andet væsentligt element i modellen er, at der oprettes forskellige forløbskoordinatorer med koordinationsansvar for forskellige dele af et patientforløb. Ligeledes anbefalede Sundhedsstyrelsen, at hovedparten i indsatsen for patienter med kronisk sygdom lægges på primær sektor, dvs. de praktiserende læger og det kommunale sundhedsvæsen.¹

Med baggrund i ovenstående og som led i kvalitetsreformen blev der med finansloven for 2009 afsat 585 mio. kr. til en forstærket indsats for kroniske syge i perioden 2009-2011. Indenrigs- og Sundhedsministeriet lavede en plan for udmøntning af de 585 mio. kr. og midlerne var afsat til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt patientundervisning og programmer for egen behandling for kronisk syge både i regionalt og i kommunalt regi.

I 2007 fik kommunerne med kommunalreformen og den nye sundhedslov medansvar for den patientrettede forebyggelse, der finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Indsatsen over for borgere med et rehabiliteringsbehov samles i kommunerne. Ifølge sundhedsloven § 119 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis ved at etablere sundhedsfremmende og forebyggende tiltag for deres borgere.

Syddjurs Kommune har med baggrund i ovenstående ansøgt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om puljemidler til et projekt til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012. Syddjurs Kommune fik bevilliget 1,3 mio. kr. og har i ansøgningen lagt vægt på at fremme implementeringen af forløbsprogrammer for henholdsvis:

- KOL
- Type 2 diabetes
- Akut koronar syndrom (AKS) = Blodprop i hjertet og/eller svær hjertekrampe

Forløbsprogrammerne KOL, Type 2 diabetes og AKS er beskrevet for Region Midtjylland med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for kronisk sygdom². Et forløbsprogram er et systemforankret redskab, der primært er kendetegnet ved organisatorisk, fagprofessionel forankring, der medvirker til koordination og sammenhæng i systemet.

Formålet med forløbsprogrammer er ifølge Sundhedsstyrelsen overordnet at sikre:

- Anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats.
- Inddragelse af den kronisk syge borgers præference og ressourcer.
- En fælles forståelse for opgavefordeling mellem sygehus, praksissektor og det kommunale sundhedsvæsen.
- Koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.

Målet for anvendelse af forløbsprogrammerne er:

- Øget borger tilfredshed
- Øget egenomsorg hos borgeren med kronisk sygdom
- Øget sygdomskontrol

¹ Sundhedsstyrelsen (2005): *Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund.*

² Sundhedsstyrelsen (2008): *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom.*

Mål med at implementere forløbsprogrammerne

Syddjurs Kommune har opstillet følgende mål i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne:

- Udvikling af samarbejdet mellem praktiserende læger i Syddjurs Kommune, Syddjurs Kommune og Randers-Grenaa Regionshospitalet

- At organisationen i Syddjurs Kommune udvikles, så forløbsprogrammerne kan implementeres bedst muligt
- At forankring er opnået, når projektperioden afsluttes
- At borgeren oplever sammenhæng og effektivitet i sygdomsforløb

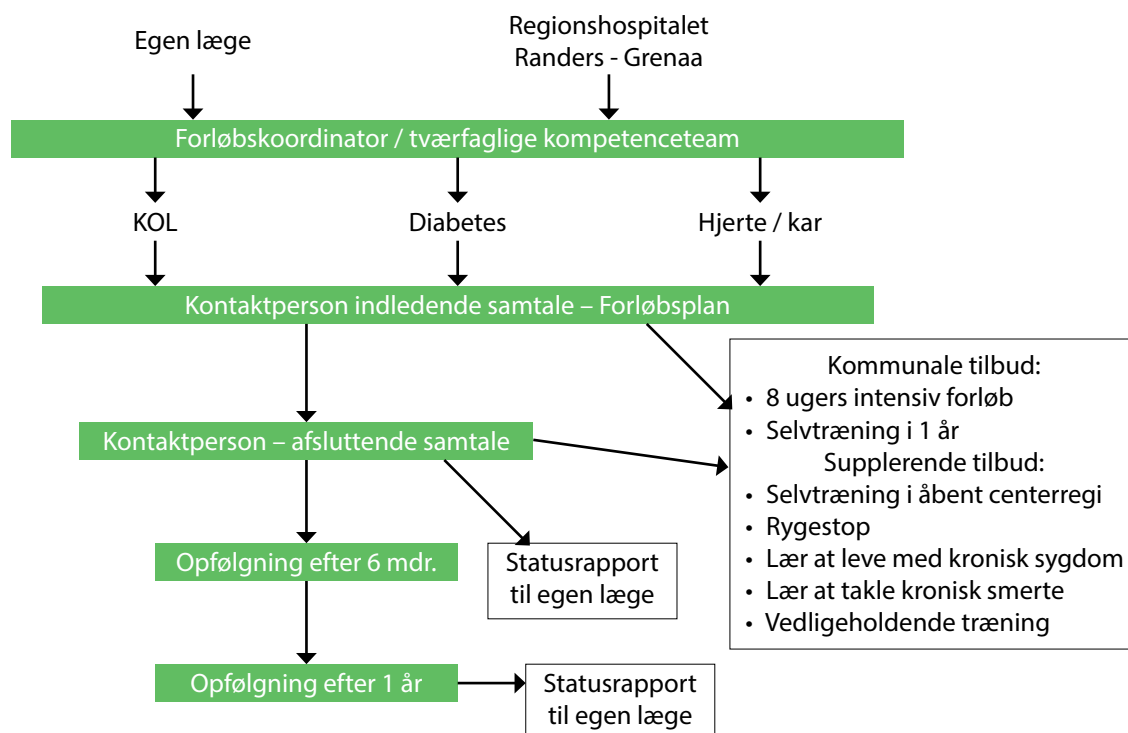
Sundhedsforløb i Syddjurs – *Lev med din sygdom*

Med baggrund i forløbsprogrammernes anbefalinger til den kommunale indsats til borgere med KOL, type2 diabetes og hjertekarsygdom er der blevet etableret et tværfagligt rehabiliteringsteam bestående af en fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsvejleder og en sygeplejerske med ansvar for sundhedsforløbet *Lev med din sygdom*.

Rehabiliteringsteamet og andre sundhedsaktører i kommunen har i projektperioden deltaget i forskellige

kurser med særlig vægt på sundhedspædagogik og sygdomsspecifikke kurser og følgedage på relevante sygehusafdelinger.

Sundhedsforløbet *Lev med din sygdom* er sammensat på tværs af diagnoser dels på baggrund med afsæt i et bredt sundhedsbegreb, at det sunde liv handler om andet end at undgå at blive syg og det at have en diagnose, men også om mange af livet facetter, der



Kilde: Flow diagram, *Lev med din sygdom*. Syddjurs kommune 2013

har betydning for vores trivsel, og dels af hensyn til volumen, så der kan startes hold jævnt fordelt på året. Sundhedstilbuddet er for borgere med mild til moderat KOL, borgere med prædiabetes og ny opdaget diabetes i forlængelse af primær diagnostisk samt borgere med blodprop i hjertet eller hjertesmerter efter endt diagnosespecifik rehabilitering i hospitalsregi.

Deltagerne er blevet henvist via egen læge eller sygehus til forløbet og tilknyttet rehabiliteringsteamet, der strækker sig over 15 måneder. Forløbet er blevet indledt med et 8 ugers intensiv forløb og herefter er deltagerne blevet tilbudt selvtræning i 1 år og opfølgning efter 6 og 12 mdr. efter endt intensiv forløb.

Det 8 ugers intensiv forløb består af 6 forskellige indsatser:

- Individuel opstart og afsluttende samtale
- 16 timers fysisk træning
- 5½ timers kostvejledning og madlavning
- 3 timers sygdomslære
- 4 timers temamøde om forandringer af vaner
- 1 timers medicinundervisning

Opstartssamtale

Sundhedsforløbet er indledt med en samtale på ca. 1 time ved en sygeplejerske, der også er deltagerens kontaktperson under forløbet. Samtalen er en afdækkende, informerende og motiverende samtale, der primært tager udgangspunkt i deltagerens mestring af et hverdagsliv med en kronisk sygdom.

Deltagerens helhedssituation afdækkes, med vægt på det psykosociale aspekt og borgerens motivation, ønsker og behov afklares. Deltagerens mål indkredses og deltagerens individuelle sundhedsforløb planlægges. Pårørende har været velkomne til at deltage i samtalen.

Fysisk træning

Motionsmodulet har været et forløb på 16 timer fordelt på 8 uger, fordelt på 1 times træning 2 gange om ugen og 1 time dialogbaseret undervisning om effekten af fysisk aktivitet. Træningen er varetaget af en fysioterapeut og en ergoterapeut. Træningen har været tilrettelagt med forskellige former for motionstilbud f.eks. intervaltræning, stavgang, ude træning, hockey, træning på bold og et besøg i et træningscenter.



Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune

Kostvejledning

Kostmodulet har været et forløb på 5½ time fordelt på 3 uger og med mulighed for individuel samtale og pårørende deltagelse. Undervisningen er varetaget af en sygeplejerske med en videreuddannelse i humanernæring og har omfattet information om sund mad, diabetes mad, hjertevenligt mad og mad til underernæret og overvægtige. Pårørende har kunnet deltage i undervisningen. Der har været tilrettelagt praktisk madlavning, hvor deltagerne er introduceret til mindfuld spisning.

Medicinvejledning

Medicinvejledning har været 1 times undervisning og mulighed for individuel vejledning i inhalationsmedicin og pårørende deltagelse. Undervisning er varetaget af farmaceut fra et lokalt apotek og har blandt andet omfattet medicin compliance, bivirkninger, kontraindikationer og synonymmedicin.

Sygdomslære

Der har været afholdt temamøder for hver diagnosegruppe af 1-1½ times varighed og mulighed for pårørende deltagelse. Møderne har taget udgangspunkt i erfaringsudveksling om hverdagens udfordringer med sygdommen, men har også været undervisning i faktisk viden om sygdom, når kursisterne har efterspurgt dette. Den lokale diabetesforening og Hjerteforening har også deltaget i disse temamøder, hvor de blandt andet har fortalt om deres lokale tilbud.

Forandring af vaner

Motivation og vaner har været temamøder fordelt over 3 gange af 1 times varighed. Møderne har blandt andet taget udgangspunkt i opfølgning på målformulering af den indledende samtale. Møderne har også taget udgangspunkt i de udfordringer et liv med en kronisk sygdom giver samt, hvordan man kan motiveres og fastholdes til at lave de forandringer som et liv med en kronisk sygdom ofte kræver for at kunne leve et sundt hverdagsliv med en kronisk sygdom.

Afsluttende samtale

Til sidst i forløbet har der været afholdt en afsluttende samtale på 30 min. Formålet var, at samle op på

forløbet sammen med deltageren og rådgive om muligheder for op følgende tiltag både kommunale og ikke kommunale tilbud. Her har deltagerne blandt andet været henvist til rygestopforløb, forløbet Lær at takle kroniske smerter og Lær at lev med kronisk sygdom, vedligeholdende træning i lokale ældrecentre, Diabetesforeningens motivationsgrupper, lokale idrætstilbud med videre. Ligeledes er der talt om fremtidig mål og aftalt med deltageren, hvad slutstatus til egen læge skulle indeholde eller anden kommunikation til andre fagprofessionelle.

Opfølgning

Der er afholdt opfølgning efter 6 og 12 måneder efter endt 8 ugers forløb, hvor holdene er inviteret ind til 1 timers træning, test og 1 times dialog om hvordan det går med at fastholde forandringerne. Formålet med opfølgningen har været at fastholde deltagerens motivation og fokus. Fremmøde procenten har ca. været 70 procent.

Sundhedspædagogisk tilgang

Et af hovedformålene med sundhedsforløbene er at bidrage til, at deltagerne bliver i stand til at tage hånd om egen sygdom og sundhed. Mestring og handlekompetencer er derfor centrale begreber i den sundhedspædagogiske tilgang. Med handlekompetence forstås ens vilje og evne til at tage sunde valg samt at gribe forandrende ind i eget liv og udvikle sin egen evne til at påvirke, forandre samt forbedre sine levevilkår.³

Forandringer skal skabes af deltagerens egne handlinger, der fremmes gennem dialogbaseret individuel vejledning og i holdundervisning med udgangspunkt i deltagerens egne mål som er i tråd med anbefalinger i forløbsprogrammerne.

I sundhedsforløbet *Lev med din sygdom* er deltagerne blevet inddraget i undervisningen med deres erfaringer med sygdom og hverdagslivet. Underviseren har på den ene side formidlet evidensbaseret viden, der er tilpasset hverdagsprog, og på den anden side haft respekt for deltagerens eget behov og ønske.

³ Bruun Jensen, B. (2004): *Sundhedspædagogiske kernebegreber og udfordringer*.

Om evalueringen

Evalueringen tager blandt andet udgangspunkt i et evalueringssværktøj, der er udviklet af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling Region Midtjylland, der omhandler helbred og trivsel, kost-, motions- og rygevaner samt mestringsevne. Deltagerne har i projektperioden udfyldt et spørgeskema ved 0, 3 mdr., 9 mdr. og 15 mdr.. Det vil sige, at spørgeskemaet ved 9 og 15 mdr. er henholdsvis 6 og 12 mdr. efter endt intensiv forløb. Der er i alt 94 borgere, der har været tilmeldt forløbene og 90 har udfyldt ved 0 mdr. I løbet af projektperioden er der i alt 79 deltagere, der har gennemført det intensive forløb. Derudover har 56 deltagere været til 9 mdr. opfølgning og 31 deltagere har været til 15 mdr. opfølgning. Det betyder, at svarprocenten naturligvis falder fra baseline til 9 mdr. og falder yderligere fra 9 mdr. til 15 mdr. Der vises derfor også forsigtighed med at anvende signifikante beregninger. Samtidig har spørgeskemaet været omfattende med 82 spørgsmål og det har for nogle deltagere været en barriere i forhold til at få spørgeskemaet udfyldt. Især har der været modstand på de 40 spørgsmål om mestring (HeiQ), der indeholder mange spørgsmål der lapper over hinanden.

Dette har betydet at 15 mdr. målingen vedr. mestring (HeiQ) er taget ud pga. for få besvarelser.

Data sammenlignes med resultater fra Region Midtjyllands sundhedsprofil Hvordan har du det? 2010 ("HHDD")⁴ for Syddjurs Kommune og Region Midtjylland, hvor det er muligt.

Deltagerne har også fået målt vægt, talje, BMI og fedtprocent og udført en konditionstest borg 15 test på cykel.

Derudover har 6 ud af 7 hold fået udleveret et spørgeskema fra Syddjurs Kommune ved forløbets afslutning, der især har omhandlet tilfredshed af indhold og tilrettelæggelse af undervisning. 58 deltagere har besvaret dette spørgeskema.

Endvidere har der været afholdt 4 semistruktureret interviews med fire deltagere, der repræsenterer begge køn og alle tre målgrupper i forløbsprogrammerne. Formålet har været, at den enkelte deltager kan reflektere over deres deltagelse, udbytte og oplevelse af sammenhæng i deres sygdomsforløb.



⁴ Breinholt Larsen, F.; Vedel Ankersen, P.; Poulsen, S. (2011). *Hvordan har du det?2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne.*

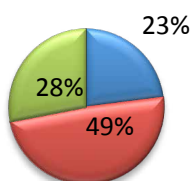
Hvem er deltagerne

94 personer har deltaget i Lev med din sygdom, hvoraf de 79 (84 %) gennemførte hele forløbet. Den primære årsag til frafald har været deltagerens egen sygdom eller sygdom hos pårørende. Den hyppigste forekommende henvisende diagnose er diabetes efterfulgt af AKS og KOL. 11 % af borgerne har 2 af diagnoserne. 61 % af deltagerne har 1 eller flere diagnoser heri blandt er slidgigt, kræft og depression hyppigst repræsenteret.

Deltagernes henvisende diagnose

(n=94)

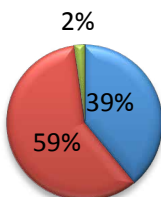
■ KOL ■ Type-2 diabetes ■ Hjertekarsygdom



Deltagernes øvrige diagnoser

(n=94)

■ Ingen ■ 1 til 2 ■ 3 til 4

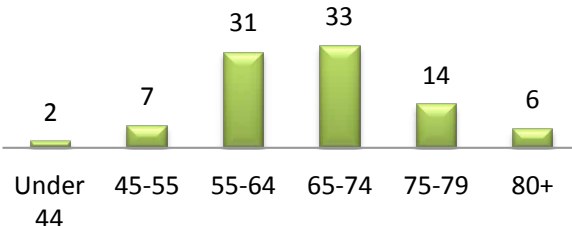


Aldersmæssigt har deltagerne hovedsageligt været mellem 55 og 74 år – 32 % af deltagerne har været mellem 55 og 64 år og 36 % har været fra 65 til 74 år, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsprofilen HHDD, hvor Hjertekarsygdomme, diabetes og KOL er væsentligt hyppigere hos ældre end hos yngre. Ser man på kønsfordelingen, er det især værd at bemærke, at næsten 2/3 af deltagerne er mænd. Det

kan der være flere forklaringer på bl.a. at der ifølge Sundhedsprofilen HHDD flere mænd, der har KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme. Sammenlignes der med andre gruppebaseret patientuddannelses koncepter blandt andet Lær at lev med kronisk sygdom er kønsfordelingen lige modsat for Syddjurs Kommune. Man har i Lev med din sygdom erfaret at de fleste mænd tilmelder sig forløbet på grund af tilbuddet om fysisk aktivitet.

Deltagernes aldersfordeling

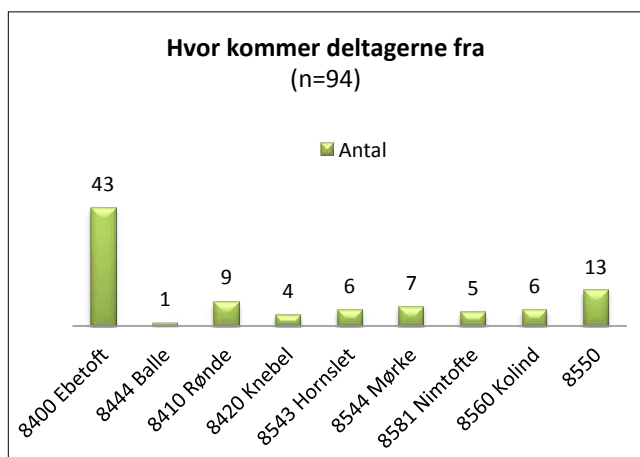
■ Antal



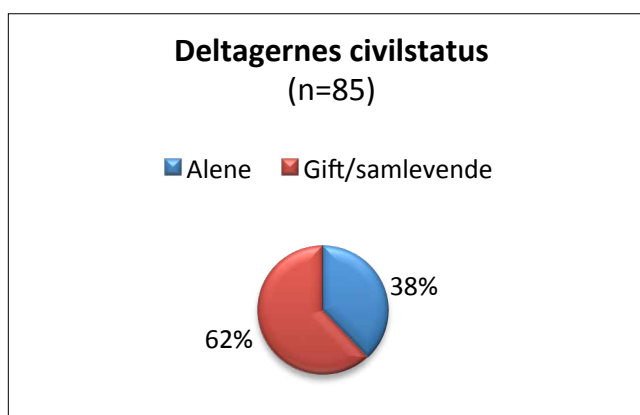
Deltagernes kønsfordeling



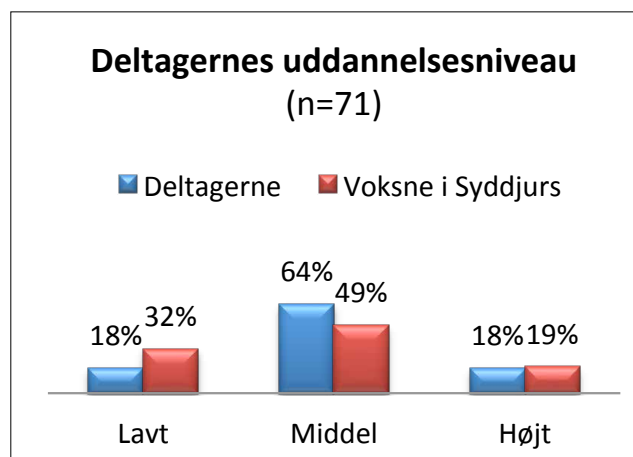
De fleste henviste deltagere kommer fra Ebeltoft. Dette kan skyldes, at sundhedstilbuddet Lev med din sygdom foregår på Ambulant Genoptræning Syddjurs, som ligger i Tirstrup under samme postnummer som Ebeltoft. Ligeledes har Ebeltoft også den største population i kommunen. Der har været henvendelse fra borgere, der har haft et ønske om at deltage i Lev med din sygdom, men har måtte takke nej, da de fandt ud af, at de selv skulle transportere sig til sundhedsforløbet.



Deltagernes civilstatus afspejler den øvrige voksne befolkning i Syddjurs Kommune, idet 62 % af deltagerne enten er gift eller samlevende, hvilket er gældende for 70 % af kommunens voksne borgere. I forhold til uddannelsesmæssig baggrund er personer med middel uddannelsesniveau overrepræsenteret sammenlignet med den generelle fordeling i kommunen. 63 % af deltagerne har et middel uddannelsesniveau, hvilket kun er gældende for 49 % af kommunens voksne borgere. Ligeledes er personer med lavt uddannelsesniveau underrepræsenteret med 18 % sammenlignet med den generelle fordeling i Syddjurs som er 32 % for lavt uddannet.⁵



Resultaterne viser tegn på, at deltagerne generelt hverken er belastet af bolig- eller arbejdsituation, eller af deres forhold til partner, familie og venner. Til gengæld ses en tendens til at 43 % af deltagerne oplever, at de er en del eller meget belastet af sygdom hos dem selv. (data er ikke vist.) Som det fremgår i beskæftigelsesstatistikken er 81 % af deltagerne ikke i arbejde, hvilket er dobbelt så



mange som kommunens voksne befolkning generelt. Den lave beskæftigelse afspejler naturligvis deltagerne relativt høje gennemsnitsalder og er et udtryk for, at en stor andel enten er førtids- eller folkepensionister.

Tallene siger derudover også noget om, hvem tilbuddet er en mulighed for. I og med forløbet foregår to gange om ugen i dagtimerne, vil det primært henvende sig til personer, som står udenfor arbejdsmarkedet. De deltagere der har været i beskæftigelse har enten været sygemeldt eller haft en særaftale med deres arbejdsplads. Der har været borgere i beskæftigelse, der har haft et ønske om at deltage, men som har takket nej til forløbet, da de finder ud af, at det foregår i dagtimerne. En diabetes patient gav blandt andet udtryk for: "Tidspunktet er ikke for folk på arbejdsmarked".

En undersøgelse af patienters oplevelse med en kronisk sygdom på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommune, der er udarbejdet i Region Midtjylland viser, at der er et behov for undervisningstilbud, der er mere fleksible med hensyn til tidspunkt, varighed, sted og transport.⁶

Anbefalinger

Erfaringer fra Lev med din sygdom viser, at det er relevant at tage højde for:

- Holdforløb for erhvervsaktive sen eftermiddag eller aftenhold
- En mere central beliggenhed af sundhedstilbuddet i kommunen
- Et tilbud der fænger flere lavt uddannede
- Transport tilbud til deltagere der ikke kan transportere sig selv

⁵ Breinholt F., Vedel Ankersen, P., Poulsen, S., Søe, D. Møller Christensen, S. (2011). *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommune. Voksne*

⁶ Jensen, M., Bjørnholt Nielsen, P., Witzel, S. (2012): *Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.*

Projektets resultater og effekt

I dette afsnit gennemgås deltageres selvvalgte effekt og udbytte af Lev med din sygdom. De følgende beskrivelser og analyser omhandler sundhedsadfærd i forhold til motion, rygning, kost, BMI, taljemål og kondital. Herefter følger en beskrivelse og analyse af deltageres helbred og funktionsevne (SF12) og afsluttes med en beskrivelse og analyse af deltageres mestringsevne (HeiQ). Der redegøres fra før start, 3 mdr., 9 mdr. og 15 mdr. opfølgning og sammenlignes med resultater fra Region Midtjylland sundhedsprofil Hvordan har du det? 2010 for Syddjurs Kommune⁷.

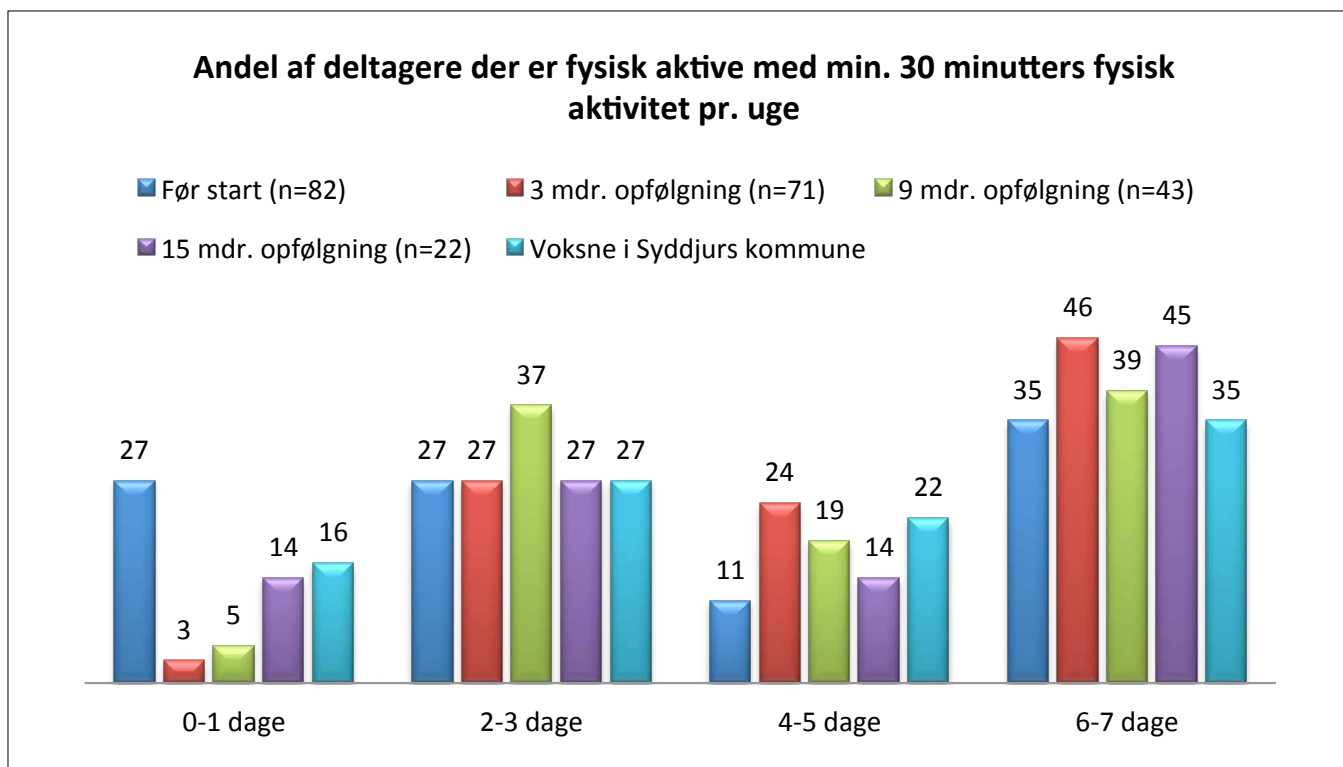
Deltageres motionsvaner forbedres

Den fysiske aktivitet har mange gavnlige effekter både i forebyggende og behandlingsmæssig sammenhæng. Fysisk aktivitet fremmer både fysisk og psykisk velvære og mindsker desuden risikoen for en lang række sygdomme, såsom hjertekar-sygdomme,

type 2-diabetes, knogleskørhed og muskel-skeletsygdomme. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive i mindst 30 minutter ved moderet intensitet hver dag⁸.

Der vises tendens til statistisk signifikant positive ændringer i deltageres fysiske aktivitetsniveau efter deltagelse i Lev med din sygdom. Før opstart var 27 % af deltagerne enten slet ikke fysisk aktive eller kun fysisk aktive i 30 minutter en enkelt dag om ugen. Til 3 måneders opfølgningen har dette ændret sig markant. Andelen af inaktive personer er faldet væsentligt med 24 %, idet kun 3 % af deltagerne er forblevet fysisk inaktive med maksimalt en halv times fysisk aktivitet om ugen. Ved 9 og 15 måneders opfølgningerne er andelen af inaktive deltagere dog steget, men er stadig både lavere end udgangspunktet og i Syddjurs Kommune generelt.

Før opstart på Lev med din sygdom lever 35 % af deltagerne op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger

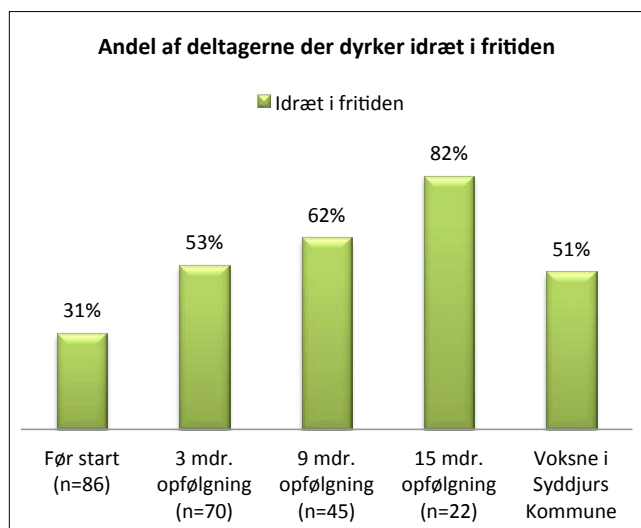


⁷ Breinholt F., Vedel Ankersen, P., Poulsen, S., Søe, D. Møller Christensen, S. (2011). Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommune. Voksne.

⁸ Breinholt F., Vedel Ankersen, P., Poulsen, S., Søe, D. Møller Christensen, S. (2011). Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommune. Voksne.



om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Denne andel er steget med 11 % point til 3 måneders opfølgningen (46 %) og 12 måneder efter afsluttet forløb er der stadig 45 % af deltagerne, som er fysisk aktive hver dag, hvilket er betydeligt flere end i befolkningen generelt.



Deltagerne er også blevet spurgt om, hvorvidt de dyrker idræt i deres fritid, hvilket før start kun gjorde sig gældende for 31 %. Som det fremgår meget tydeligt i figuren, er den procentvise andel af deltagere, som dyrker idræt steget støt efter deltagelse i Lev med din sygdom og ved 15 måneders opfølgningen er der endda markant flere af de deltagende borgere der dyrker idræt end blandt kommunens voksne borgere generelt.

De positive resultater indikerer, at motionsmodulet på Lev med din sygdom har en gavnlig effekt i forhold til deltagernes fysiske aktivitets niveau og motionsvaner.

”Jeg har fået mere mod på motion og er nu startet på vandgymnastik og golf”

Kvindelig diabetes deltager

”Øvelserne jeg har lært, har givet mig mest, dem kan jeg gå lige hjem og bruge”.

Kvindelig diabetes deltager



At deltagerne har haft mulighed for at fortsætte den fysiske træning et år efter endt forløb, har for nogle af deltagerne betydet, at de har haft en velkendt fysisk ramme, hvor de kunne fortsætte med at mødes og støtte hinanden i at fastholde den fysiske træning.

”Vi er nu et sjak, der træner sammen 3 gange om ugen.”

Mandlig hjertekar deltager

”Jeg har fundet mig en motionsven på holdet”.

Kvindelig diabetes deltager

”Vi træner x 3 ugentligt, hvor vi spiller hockey og laver cirkel træning og opmuntrer hinanden bl.a. til rygestop. Vi går også tur i naturen og holder julefrokost sammen.”

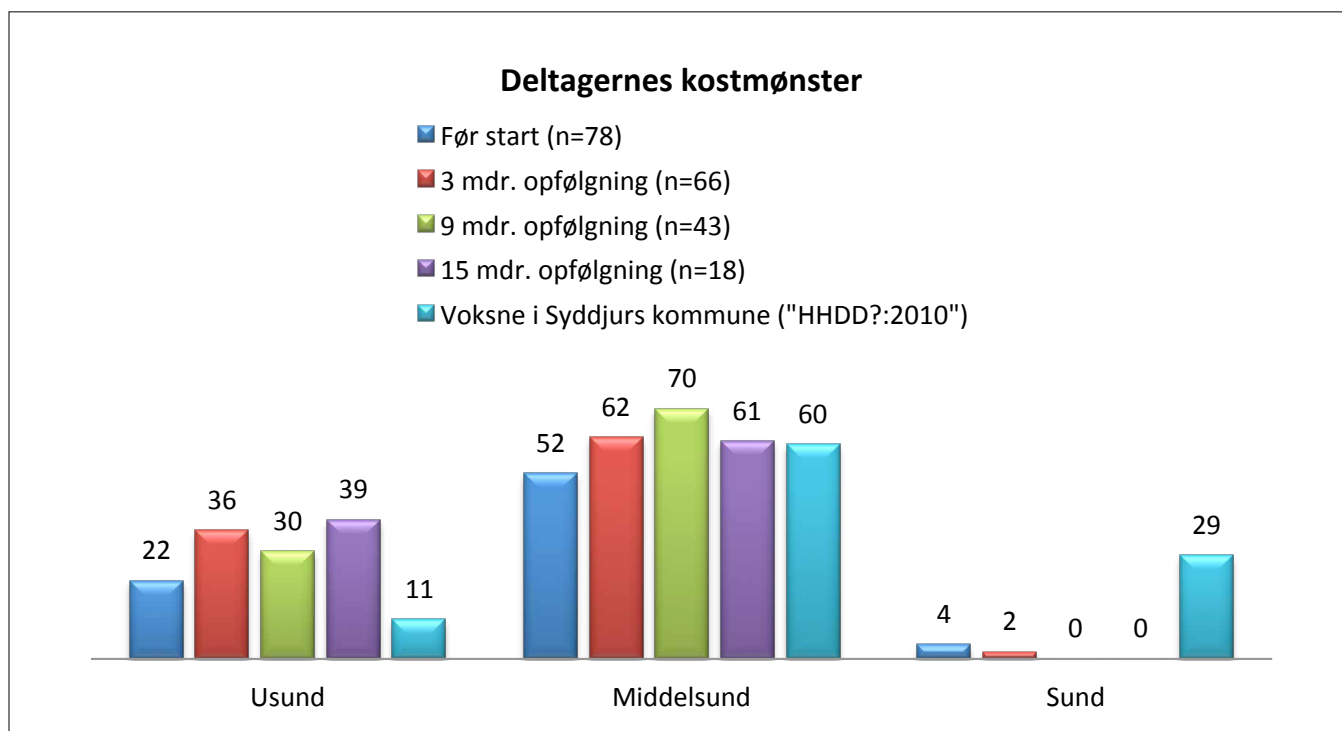
8 deltager på tværs af diagnoser

Deltagernes kostmønster forbedres ikke

Kost har stor betydning for vægt, velbefindende og almen sundhedstilstand og sund kost har især for diabetes og hjertekar sygdomme en gavnlig effekt både forebyggelses og behandlingsmæssigt. Spørgeskemaet indeholder en række spørgsmål om kost omhandlende fedtstof, frugt og grønt samt kød og fisk. Variablerne er lagt sammen til en samlet score for kostmønsters kvalitet. Nedenfor er vist, hvor stor en andel som har et henholdsvis sundt, middelsundt eller usundt kostmønster.

Deltagernes kostmønstre er relativt uændrede fra før opstart på Lev med din sygdom og frem til både 3 og 9 måneders opfølgning. Størstedelen har et middelsundt kostmønster (62-70 %), og der er tilnærmelsesvis ingen som har et sundt kostmønster (0-5 %). Til sammenligning har 29 % af den voksne befolkning i Syddjurs et sundt kostmønster.

Ligeledes er det iøjnefaldende, at omtrent 1/3 af deltagerne har et usundt kostmønster, hvilket kun er gældende for 11 % af baggrundsbefolkningen. Den procentvise andel af borgere med usundt kostmønster stiger med 11 % procentpoint fra før start til 15 måneders opfølgning. Dette viser, at på trods af



kostundervisning/madlavning på Lev med din sygdom, kan det være svært at bryde u hensigtsmæssige kostmønstre.

Deltagerne efterspørger mere kostvejledning

Mad handler om identitet, vaner og kultur og deltagerne er selv bevidste om den udfordring der ligger i at ændre indgroede kostvaner og som følge deraf har adskillige efterspurgt mere kostvejledning. Især diabetikerne og enlige mænd har ytret ønske om mere kostvejledning og gerne i form af praktisk madlavning.

”Jeg kunne godt have brugt en dag ekstra i køkkenet. Det er rart med inspiration og både se og prøve, hvordan maden bliver lavet”

Kvindelig diabetes deltager

”Jeg har stadig brug for mere kostundervisning”

Mandlig diabetes deltager

”Jeg er blevet opmærksom på, at det man putter i munden det er vigtigt – for ens velbefindende og for at have kræfter til det, jeg har brug for i hverdagen.”

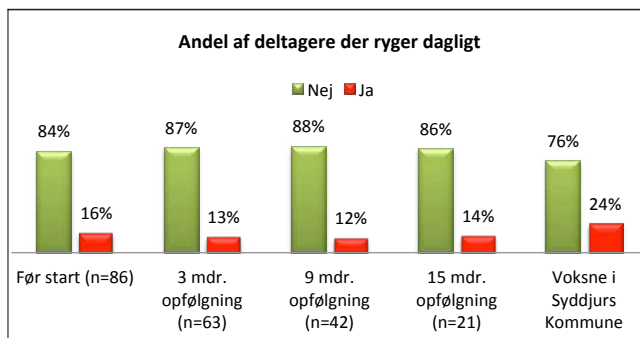
Kvindelig diabetes deltager,

Anbefalinger:

Erfaringer fra Lev med din sygdom viser, at det er relevant at tage højde for:

- Større fokus på deltageres kostmønstre
- En større kost indsats og med vægt på praktisk madlavning til diabetiker og enlige mænd

Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune



Rygning

Rygning har stor betydning for udvikling af talrige sygdomme og et rygestop gavner helbredet og forlænger livet uanset alder. I sundhedsforløbet bliver rygning taget op ved den indledende samtale, ligesom deltagerne kan blive henvist til rygestopkursus. Der er 4 deltagere der har taget imod et rygestopkursus i kommunen.

Der er sket en lille positiv ændring i andelen af dagligrygere fra før start til 3, 6 og 12 måneders opfølgning. Samtidig er det værd at bemærke, at der er betydeligt færre dagligrygere blandt deltagerne end hos den voksne befolkning i Syddjurs Kommune generelt.

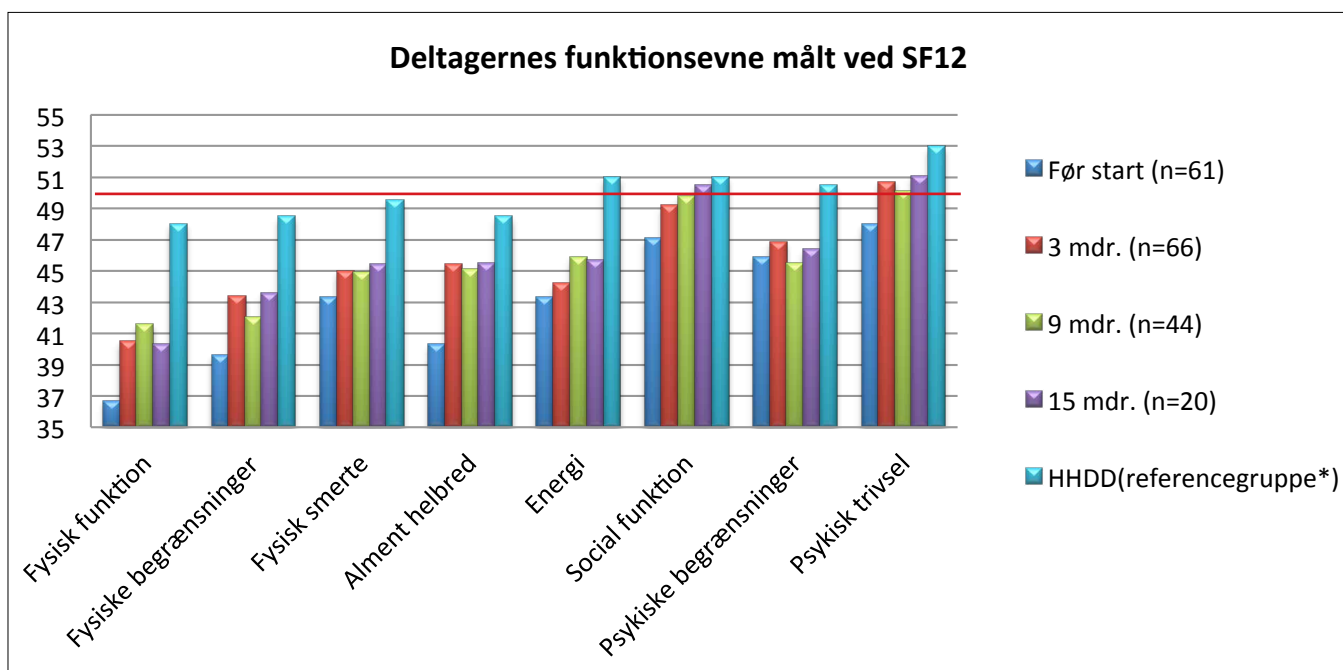
Det kan hænge sammen med, at målgruppen har en kronisk sygdom og derfor måske allerede har haft succes med et rygestop.

Der er fortsat brug for, at have fokus på, hvordan man motiverer den resterende gruppe til rygestop.

Deltagerne funktionsevne og selvvurderet helbred forbedres

Til at beskrive helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne er anvendt SF-12 som er en et generisk mål, det vil sige et ikke-sygdomsspecifikt mål, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne ud fra 8 skalaer. Undersøgelser viser, at hvis man har dårligt selvvurderet helbred, så er der større risiko for sygdom og tidlig død.

I nedenstående figur illustrerer den vandrette røde linje niveauet for normalbefolkningen, hvis gennemsnitlige score er på 50. Som det fremgår scorer deltagerne væsentligt lavere end både referencegruppen og normalbefolkningen på de første 5 skalaer som relaterer sig til fysisk helbred og energi. Ved alle 8 parametre tyder det dog på, at der er sket en positiv



(*Referencegruppe: den gennemsnitlige SF-12-score fra HHDD?2010 for mænd med middel uddannelsesniveaui i alderen 45 -79 år)

udvikling af deltagernes funktionsevne fra før start og til 3 måneder efter deltagelse i Lev med din sygdom. Især er det værd at bemærke de positive ændringer i deltagernes selvvaluerede helbred ("alment helbred" fra 40,3 til 45,4), samt deres opfattelse af, hvorvidt deres helbred begrænser deres evne til at udføre fysiske aktiviteter ("fysisk funktion" fra 36,7 til 40,5). På trods af at deltagernes score stadig ligger under normen, viser udviklingen tegn på, at sundhedsforløbet formodes at flytte deltagernes fysiske funktionsevne og generelle helbredstilstand i en positiv retning.

Deltagernes psykiske trivsel og sociale funktion har en betydelig højere "før start"-score end de øvrige skalaer (47,1 og 48). Alligevel ses der også en fortløbende positiv udvikling af disse parametre og ved 12 måneders opfølgning vurderer deltagerne deres psykiske trivsel og sociale funktion til at være på niveau med normalbefolkningens (50,5 og 51,1).

"Jeg har deltaget i halv Marathon sammen med min datter. Jeg løb og gik og holdt pause, men jeg gennemførte."

Kvindelig KOL deltager ved 15 mdr. opfølgning



Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune

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

10

At mestre dagligdagen HeiQ

Et af formålene med forløbet er, at deltagerne skal blive bedre til at mestre deres dagligdag. Til at måle mestringen i dagligdagen anvendes det australske måleværktøjet Health Education Impact Questionnaire (heiQ), der er målrettet mennesker med kronisk sygdom. I spørgeskemaet fokuseres der på mestring, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet. Skemaet består af 40 spørgsmål, som opgøres på otte domæner.⁹

Hvorvidt der er sket en udvikling indenfor de otte domæner vurderes på baggrund af gruppeeffektstørrelsen samt en signifikanstest. En effektstørrelse mellem 0,2-0,49 betegnes som lille, 0,5-0,8 betegnes som mellem og en effektstørrelse over 0,8 er stor effekt.

Der skal gøres opmærksom på, at der ikke er resultater fra 15 måneders opfølgning på grund af meget få deltagere.

⁹ Vinter-Jensen, K., Schak Jensen, A.M. (2012): Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser.

¹⁰ Vinter-Jensen, K., Schak Jensen, A.M. (2012): Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser.

	Gruppeteffektstørrelse		Gruppeteffektstørrelse	
HeiQ domæner	3 måneder	Signifikant	3 måneder	Signifikant
Sundhedsrelateret adfærd	0,49	Ja	0,39	Ja
Positivt og aktivt engagement i livet	0,25	Ja	0,17	Nej
Følelsesmæssigt velbefindende	0,24	Ja	0,40	Ja
Selvmonitorering og indsigt	0,42	Ja	0,34	Ja
Konstruktive holdninger og tilgange	0,27	Ja	0,15	Nej
Færdigheder og hjælpemidler	0,50	Ja	0,42	Ja
Social integration	0,32	Ja	0,42	Ja
Navigering i sundhedsvæsenet	0,28	Ja	0,10	Nej

Deltagerne er blevet bedre til at mestre dagligdagen

Resultaterne viser tegn på, at deltagerne er blevet bedre til at mestre dagligdagen. Resultaterne viser, at der er signifikante forskelle mellem starttidspunktet og når forløbet slutter efter 3 måneder på alle otte domæner. Gruppeteffektstørrelsen er på alle otte domæner lille og ligger mellem 0,24 og 0,50.

Efter 9 måneder (6 måneder efter forløbet slutter), er der stadig signifikant forskelle mellem starttidspunktet og efter 9 måneder på fem ud af otte domæner. Resultaterne tyder på, at deltagerne er bedre til at mestre dagligdagen ved 9 måneder på sundhedsrelateret adfærd, følelsesmæssigt velbefindende, selvmonitorering og indsigt, færdigheder og hjælpemidler samt social integration. Gruppeteffektstørrelsen er lille på de fem domæner og ligger mellem 0,34 og 0,42.

”Jeg kan nu støvsuge uden at holde pause.”

Kvindelig KOL deltager

”Jeg har fundet en fin balance mellem motion og hvile”

Kvindelig diabetes/fibromyalgi deltager

”Min diabetes ligger godt nu og når jeg motionerer 3 gange om ugen er der også plads til at spise usundt.”

Mandlig diabetes deltager

”Jeg har fået lettere ved at skovle sne og bærer brænde ind til brændeovnen.”

Mandlig diabetes deltager

Deltagens udvikling af BMI, taljemål, fedtprocent og kondital

Overvægt er stadig et stigende problem og er et væsentligt indsatsområde for Syddjurs Kommune, at bremse den stigende overvægt. Udviklingen er alvorlig, idet overvægt medfører en øget risiko for en lang række sygdomme samt for tidlig død. Deltagerne har fået målt deres vægt, BMI, fedtprocent, taljemål og kondital fire gange i forløbet. Ved starttidspunktet og efter 3 måneder, hvor forløbet sluttede. Derudover har de fået lavet målingerne 6 og 12 måneder efter afslutning af forløbet (henholdsvis 9 og 15 måneder efter opstart).

Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune



Ved resultaterne skal der gøres opmærksom på, at der er flere deltagere ved første måling. Derefter falder deltagerantallet ved 2-4. måling. Ligeledes er det ikke alle deltagere, der har fået foretaget alle målingerne hver gang, idet nogle på grund af fysisk helbred ikke har kunnet lave konditesten eller vægtmålingen blandt andet på grund af støttestrømper.

Resultaterne præsenteres som gennemsnitlige værdier med benævnelse af den lavest og højest værdi i parentes.

Endvidere skal der gøres opmærksom på, at det ikke for alle deltagere er et mål at sænke vægten, BMI, fedtprocenten og taljemålet. Nogle af deltagere ligger indenfor det anbefalede normalområde på disse parametre, mens andre ligger væsentligt forhøjet. For de deltagere der var overvægtige havde de fleste et ønske om et væggtab.

Konditallet er beregnet ud fra en borg-15 cykeltest og konditallet anvendes til at se, om der er sket en udvikling og ikke en vurdering om det er et godt eller dårlig kondital.

Det er svært for mændene at holde ved i længden

Resultaterne viser en tendens til, at det er svært for mændene at holde fast i den sunde livsstil på lang sigt ud fra de fysiske måleparametre. Efter de første 3 måneder ses en forbedring på alle parametrene. Derefter ses en stigning på parametrene både mellem 3 og 9 måneder samt mellem 9 og 15 måneder. Ved den samlede ændring efter 15 måneder, er det kun konditallet, som har udviklet sig i en positiv retning med en stigning på 0,3.

Størstedelen af deltagere i forløbet er ældre end 55 år. Den anbefalede normale fedtprocent for mænd over 55 år ligger mellem 15-24 %. Deltagernes gennemsnitlige fedtprocent ligger på starttidspunktet

Gennemsnitsværdier for mændenes fysiske målinger

	Start	3 mdr./slut	9 mdr.	15 mdr.	Ændring 0-15 mdr.
Vægt	96,8 kg	95,3 kg	95,3 kg	99,1 kg	2,3 kg
BMI	30,5	29,9	29,3	31,1	0,6
Fedtprocent	28,8 %	28,7 %	29,5 %	31,9 %	3,1 %
Taljemål	109,8 cm	108,0 cm	108,9 cm	111,8 cm	2 cm
Kondital	22,4	23,5	23,0	22,7	0,3

Tallene bygger på ca. 54 resultater ved første måling, 40 ved anden måling, 20 ved tredje måling og 12 ved fjerde måling.

på 28,8 % (18;57) og næsten uændret ved 3 mdr. og stiger til 31,1 % (19;48) efter 15 måneder.

Det anbefalede taljemål for mænd er under 94 cm, hvor >94 cm er let forøget risiko og >102 cm er forøget risiko for livsstilssygdomme. Det gennemsnitlige taljemål er 109,8 (87;150) ved starttidspunktet og falder ved 3 mdr. 108 cm og stiger til 111,8 (91;134) efter 15 måneder. Derved ligger mændene stadig i forøget risiko for livsstilssygdomme ud fra taljemålet.

Den gennemsnitlige vægt blandt mændene ved starten var 96,8 kg (68;178) og falder ved 3 mdr. til 94,7 mens den steg til 99,1 kg (66;126) efter 15 måneder. Mændenes gennemsnitlige BMI stiger samlet 0,6, hvor det ved start er 30,5 (22;57) og falder ved 3 mdr. til 29,9 mens det er steget til 31,1 (23;38) efter 15 måneder.

Deltagernes gennemsnitlige kondital er 22,4 ved starts tidspunkt og 23,5 ved 3 mdr. og stiger til 22,7 ved 15 mdr. og da vægten stiger efter 15 mdr. betyder det et lavere kondital, end hvis vægten havde været stabil.

Kvinderne fortsætter med at forbedre sig fysisk

I modsætning til mændene viser resultaterne tegn på, at kvinderne har lettere ved at holde fast i den sunde livsstil også efter forløbet er stoppet. Forbedringerne på alle parametre mellem 9 og 15 måneder (på nær taljemål) er større end både mellem start og 3 mdr.

der samt 3 og 9 måneder. Det kan vise tegn på, at kvinderne fortsat har stor fokus den sunde livsstil og har høj motivation for at holde fast i de gode vaner.

Den anbefalede fedtprocent for kvinder over 55 år er 25-30 %. Størstedelen af deltagerne i forløbet er over 55 år. Deltagernes gennemsnitlige fedtprocent ligger ved starttidspunktet på 40,2 % (20;48), mens det falder til 38,6 % efter 15 måneder.

For kvinder anbefales det, at have et taljemål under 80 cm, hvor >80 cm er let forøget risiko og >88 cm er forøget risiko for livsstilssygdomme. Det gennemsnitlige taljemål for kvinderne er 102,4 cm (71;124) ved starttidspunktet, men falder til 97 cm (73;112) efter 15 måneder. Derved har kvinderne stadig forøget risiko for livsstilssygdomme ud fra taljemålet.

Den gennemsnitlige vægt hos kvinderne ved starten er 82,2 kg (45;118), mens den falder til 79,6 kg (42;112) efter 15 måneder.

Kvindernes gennemsnitlige BMI falder samlet 1,9 efter 15 måneder. Ved starttidspunktet er det gennemsnitlige BMI 30,7 (19;42), mens det falder til 28,8 (17;37) efter 15 måneder. I begyndelsen af forløbet var kvinderne gennemsnitlig kategoriseret til svært overvægtige, mens de faldt til kategorien overvægtig efter 15 måneder.

Kvindernes kondital forbedres med 3,5 fra 23,3 ved starttidspunktet til 26,8 efter 15 måneder. Som på de andre parametre ses den største stigning mellem 9 og 15 måneder.

Gennemsnitsværdier for kvindernes fysiske målinger

	Start	3 mdr./slut	9 mdr.	15 mdr.	Ændring 0-15 mdr.
Vægt	82,2 kg	81,7 kg	80,8 kg	79,6 kg	-2,6 kg
BMI	30,7	30,5	30,1	26,8	-1,9
Fedtprocent	40,2 %	39,9 %	40,6 %	38,6 %	-1,6 %
Taljemål	102,4 cm	100,2 cm	98,7 cm	97 cm	-5,4 cm
Kondital	23,3	24,4	25,1	26,8	3,5

Tallene bygger på ca. 54 resultater ved første måling, 40 ved anden måling, 20 ved tredje måling og 12 ved fjerde måling.

Mænd har brug for at blive fastholdt i sunde kost vaner, hvis et varigt vægttab skal lykkes

Ifølge sundhedsprofilen for Region Midtjylland er der signifikant flere overvægtige kvinder end overvægtige mænd der ønsker et vægttab. Ligeledes er der signifikant færre overvægtige mænd der ønsker et vægttab i alderen 65-79 år, personer med et lavt uddannelses niveau og personer der ikke bor sammen med børn.¹¹ Dette kan måske være med til at forklare at de mandlige overvægtige deltagere ikke har et reelt ønske om et vægttab, når det kommer til stykket. Der er i

projektet set en tendens til at de mandlige deltagere, der ønsker et vægttab er mest motiveret for at øge energi forbruget ved hjælp af fysisk aktivitet og er knap så motiveret for at ændre kostvaner. Det er dog de færreste der har tid og mulighed for at motionere så meget, at man "bare kan spise løs".

Hvis målet for mændene er at fastholde vægten eller opnå et vægttab viser resultaterne, at det er relevant fortsat at have fokus på de sunde vaner og især sunde kostvaner. Ligeledes kunne det være relevant at finde ind til mænds motivation for at gøre noget ved overvægten.



¹¹ Breinholt Larsen, F.; Vedel Ankersen, P.; Poulsen, S. (2011). *Hvordan har du det?*2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne.

Borgernes oplevelse af sammenhæng i forløbet

I dette afsnit beskrives og analyseres deltagernes oplevelse af udbytte af sundhedsforløbet og hvordan de har oplevet sammenhæng i sundhedsforløbet. Der tages udgangspunkt i et spørgeskema som borgerne har udfyldt efter endt sundhedsforløb ca. 3 mdr. efter start, samt 4 semistrukturerede interviews, samt borger citater der er opsamlet undervejs.

89 % af deltagerne er enige i, at sundhedskurset har været relevant for deres situation og 91 % er enig i at de samlet set er tilfreds med sundhedsforløbet.

Da sundhedsforløbet er tværdiagnostisk har vi i interviewene og i spørgeskemaerne været optaget af om deltagerne har savnet at være opdelt efter diagnoser. Citaterne fra de 4 interview vidner om, at disse deltagere har oplevet det som positivt at være sammen med forskellige diagnoser.

”Jeg tror jeg havde opgivet, hvis det kun havde været diabetes – så var det blevet for meget negativt om diabetes, skrækhistorier og alt muligt. Men her er man sammen med alle mulige mennesker, folk der i for sig har været døde 2-3 gange, men de er her altså endnu. Så man får nogle positive historier og ser, at folk de lever alligevel. Og man ikke behøver at lade sig slå helt ud, fordi man får en diagnose.

Mandlig diabetes deltager

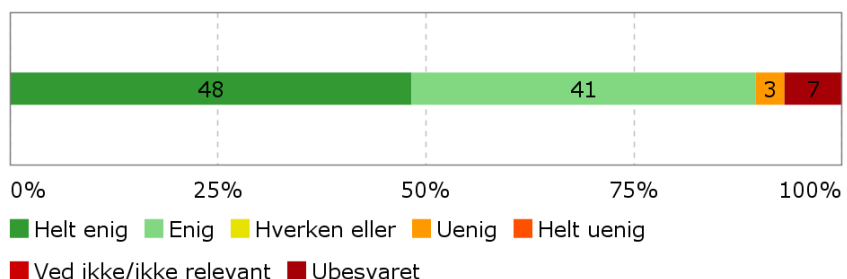
”Jeg synes, at det er positivt, at man blander folk på den måde der, fordi ellers så bliver det tit sådan, at nogle kan sidde og snakke sygdom og snakke sygdom. Og det skal man passe på med, at det ikke kommer til at dominerer al ting.”

Kvindelig diabetes deltager

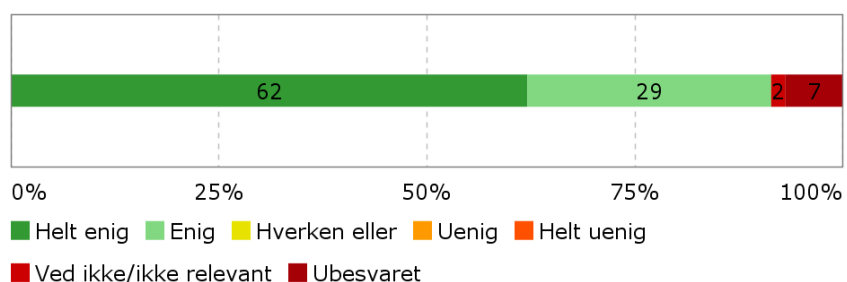
Det er rart at se den opfindsomhed og de erfaringer folk kommer med – og dem kan man jo bruge i sit eget liv. Så kan man måske også forebygge at der sker noget.”

Mandlig diabetes deltager

Indholdet i kurset har været relevant for min situation



Jeg har samlet set været tilfreds med kursusforløbet



Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune

”Det har været rart også at få kendskab til nogle andre problematikker f.eks. Diabetes, som jo også kan komme ind over, man kan jo have begge dele. Det er livsbekræftende, at sidde sammen med nogen der nærmest har været døde, har været ude at vende – og nu sidder de der. Det er fantastisk hvad man kan gøre i dag.”

Kvindelig hjerte deltager

”Jeg synes, det er godt med blandede diagnoser, for hvis det kun er KOL, så kan det godt blive lidt ensformigt.”

Mandlig KOL patient

Flere udtalelser fra deltagerne vidner om, at de har fået et skub i den rette retning og på det rette tidspunkt.

”Havde jeg ikke været på det her kursus, var jeg ikke kommet i gang ellers skulle jeg have været i et motionscenter sammen med topidrætsfolk og det er ikke noget for mig.”

Mandlig diabetes deltager

”Rart at få et skub til at arbejde videre selv med at holde sygdommen nede. Er meget taknemmelig for, at jeg kom med på kurset på det rigtige tidspunkt - dvs. tidligt i forløbet af diabetes.”

Kvindelig diabetes deltager

At deltage i forløbet har været et stort plus for at mine sygdomme.”

Mandlig AKS deltager

Ligeledes har flere deltagere øget troen på at skabe en forandring.

”Vi fik sådan en spiral [stage of changes]. Jeg bruger den på den måde, at når jeg falder i af og til, så tænker jeg, at jeg ikke er faldet helt ned i bunden, men så må jeg starte derfra, hvor jeg var kommet til og fortsætte derfra, så man giver ikke helt op.”

Kvindelig hjerte deltager”

”Jeg synes, at jeg er ved at have styr på nogle ting. Du kan godt hoppe ud af hjulet [forandringshjulet], hvis bare man starter igen, så skal du nok komme rundt, du kan altid komme tilbage igen. Så problemerne er blevet færre og nu har jeg ingen undskyldninger for ikke at få taget fat på det sidste problem– overvægten.”

Mandlig diabetes deltager

I forhold til forløbets varighed har flere borgere givet udtryk for, at det gerne måtte have været længere

”Et lidt længere forløb er ønskeligt f.eks. 12 uger.”

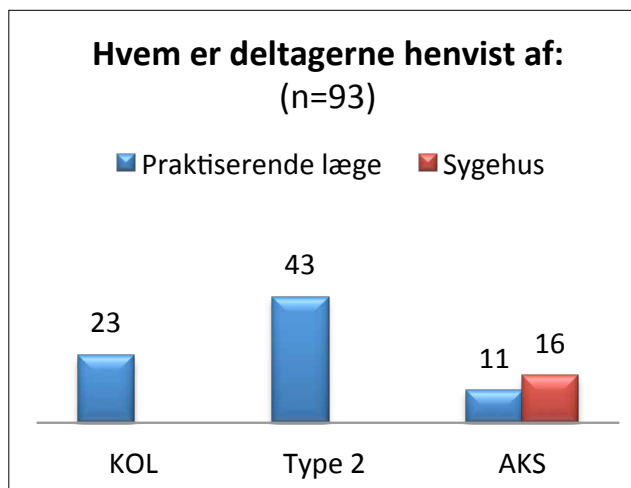
Mandlig diabetes deltager

Sammenhæng i patientforløb

At skabe sammenhæng i patientforløb er et af hovedformålene med at implementere et forløbsprogram. I projektperioden er der gjort forskellige tiltag og erfaringer for at skabe sammenhæng for borgerne, der har KOL, Type 2 diabetes og hjertekarsygdom.

I projektperioden er der gjort erfaring med, at det er langt fra alle deltagere der følger forløbsprogrammernes stratificering – rette patient på rette sted og rette tid. De fleste deltagere med diagnosen type 2 diabetes havde ikke hørt eller deltaget i regionens diabeteskole. Af AKS patienterne blev 16 henvist fra hjerteafdeling til fase 3 rehabilitering i kommunen og 11 blev henvist fra egen læge. Det var hjertepatienter der for 2-5 år siden havde haft en blodprop og som aldrig havde fået tilbudt hjerterehabilitering på sygehus. Især i starten var der mange henvendelser fra borgere med KOL i svær grad, som blev sendt videre til rehabilitering på sygehus.

82 % er henvist fra deres egen læge, hvilket er i overensstemmelse med forløbsprogrammerne om, at det primært er egen læge der er tovholder for borgernes forløb. Dog er der blot 32 % som har hørt om sundhedstilbuddet hos egen læge, de fleste har hørt om tilbuddet fra en annonce i den lokale avis for Syddjurs. En undersøgelse af patienters oplevelse af sammenhæng i Region Midtjylland viser at 15 % af patienterne med KOL, type2 diabetes og hjertekar sygdom har kendskab til kommunernes sundhedstilbud. Undersøgelsen viser også, at 16 % af de praktiserende læger har opfordret til at deltage i kursus eller mødes i grupper med andre patienter.¹² Dette bekræfter at borgernes og lægernes kendskab til de

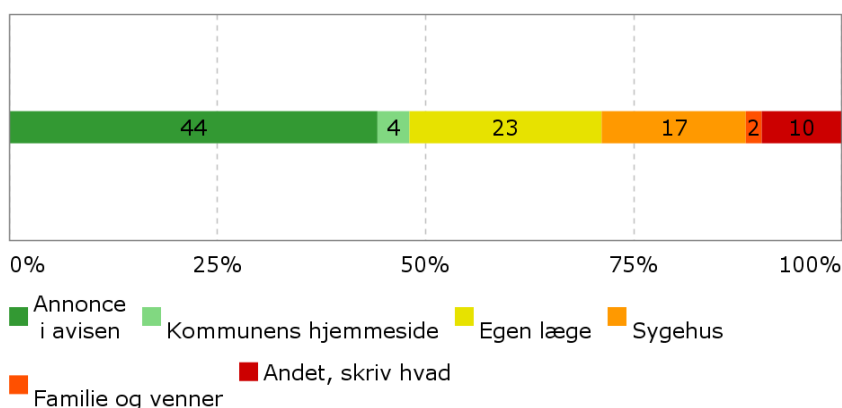


kommunale sundhedstilbud er lille.

Der er derfor fortsat brug for at øge kendskabet til sundhedstilbuddet til borgerne og de praktiserende læger eventuel med fokus på praksissygeplejerskerne, som ofte har fået uddelegeret nogle af kontrollerne til målgruppen.

Ligeledes kan et øget kendskab til Lev med din sygdom og andre sundhedstilbud være med til, at lægerne får motiveret de patienter, der har mest brug for at øge deres handlekompetence, i forhold til at mestre et hverdagsliv med en kronisk sygdom.

Hvordan har du hørt om sundhedstilbuddet Lev med din sygdom?



52

¹² Jensen, M., Bjørnholt Nielsen, P., Witzel, S. (2012): Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

Udvikling af samarbejdet mellem 3 sektorer

En vigtig forudsætning for at skabe sammenhæng i patientforløb har været at udvikle samarbejdet mellem praktiserende læger i Syddjurs, Syddjurs Kommune og Randers-Grenå Regionshospital. I løbet af projektperioden er der gjort nogle forskellige tiltag for at udvikle samarbejdet mellem de tre sektorer.

- Implementeringsgrupper i Randersklyngen
- Fælles uddannelse og temamøder på tværs af sektorgrænser
- Samarbejdstiltag mellem Syddjurs Kommune og praktiserende læge i Syddjurs Kommune
- Udvikling af samarbejde til lokale patientforeninger

Implementeringsgrupper i Randersklyngen

Randers-Grenå Regionshospital har haft tovholderrollen i forhold til at få organiseret implementeringsprocessen i Randersklyngen, som har haft til formål at have fokus på sammenhængende patientforløb, overgange og samarbejde mellem sektorerne. Implementeringsprocessen er organiseret med en styregruppe og tre arbejdsgrupper for hvert forløbsprogram med blandt andet repræsentanter fra alle tre sektorer. I Syddjurs Kommune har det ikke været muligt for praksis konsulenten at deltage i styregruppen. Arbejdet i styregruppen og arbejdsgrupperne har øget kendskabet til hinandens arbejdsvilkår og opgaver og dermed fællesforståelse for rehabiliteringsopgaven for de tre sektorer. Samtidig har arbejdet især skabt personlige arbejdsrelationer og netværk mellem Syddjurs Kommune og Randers-Grenå sygehus, men også mellem kommunerne i Randersklyngen. Kendskabet, fælles forståelse og personlige arbejdsrelationerne, har indflydelse på for, hvor godt der skabes sammenhæng i et patientforløb.

I evaluering af Projekt hjerterehabilitering på Randers sygehus har 88 % patienter med hjertekarsygdom været tilfreds med samarbejdet mellem sygehuset og Kommune, som også inkluderer Syddjurs kommune.¹³ I de tværsektorielle arbejdsgrupper for de tre forløbsprogrammer i Randers klyngen er der lavet et forløbsskema, der konkret beskriver overgange mellem de tre sektorer.

Fælles uddannelse og temamøder på tværs af sektorgrænser

Der har i projektperioden været arrangeret sundhedspædagogisk uddannelse og fællesskolebænk for hvert forløbsprogram med oplæg fra hver sektor og hvor deltagerne har repræsenteret alle tre sektorer. Der deltog 12 medarbejdere i sundhedspædagogisk uddannelse og ca. 60 medarbejdere i fællesskolebænk fra Syddjurs Kommune fra forskellige forvaltningsenheder. Organisering af deltagerne på tværs af sektorer har været med til at øge kendskabet og samarbejdet til Syddjurs Kommunes sundhedstilbud både på tværs af sektorer, men også på tværs af forskellige afdelinger i kommunen. Det betød blandt andet, at træning og aktivitetsafdelinger og myndighedsafdelinger blev opmærksom på, at gøre en indsats for at opfordrer borgere til at blive henvist til kommunale sundhedstilbud.

For at sikre den fortsatte udvikling i det lokale samarbejde og skabe et fælles afsæt for den fremadrettede indsats for borgere med KOL, Type 2 diabetes og hjertekar sygdom havde Det nære sundhedstilbud i Region Midt arrangeret et fælles arrangement Kronikertog for praktiserende læger i Norddjurs og Syddjurs Kommune, Randers-Grenå regions hospital og Norddjurs og Syddjurs kommune. Arrangementet opsamlede konkrete tiltag, der kan hjælpe samarbejdet videre, men fik også skitseret fremtidige udfordringer. Især er der en udfordring i forhold til udsatte borgere, der ikke kan deltage på hold, samt borgere som ikke kan transportere sig til sundhedsforløbene.¹⁴

Samarbejdstiltag mellem Syddjurs Kommune og praktiserende læger i Syddjurs

Ved projekt start havde Syddjurs Kommune ingen praksiskonsulent, hvorfor projektlederen tog initiativ til telefonisk at kontakte alle praktiserende læger i kommunen med henblik på at få taget hul på samarbejdet i forhold til implementering af forløbsprogrammerne mellem Syddjurs Kommune og de praktiserende læger. Det blev ved hjælp af disse møder tydeligt, at elektronisk kommunikation var det, der skulle prioriteres højest i forhold til at udvikle samarbejdet mellem

¹³ Witzel, S., Risvig Skærlund, K. (2012): *Evaluering af Projekt hjerterehabilitering*.

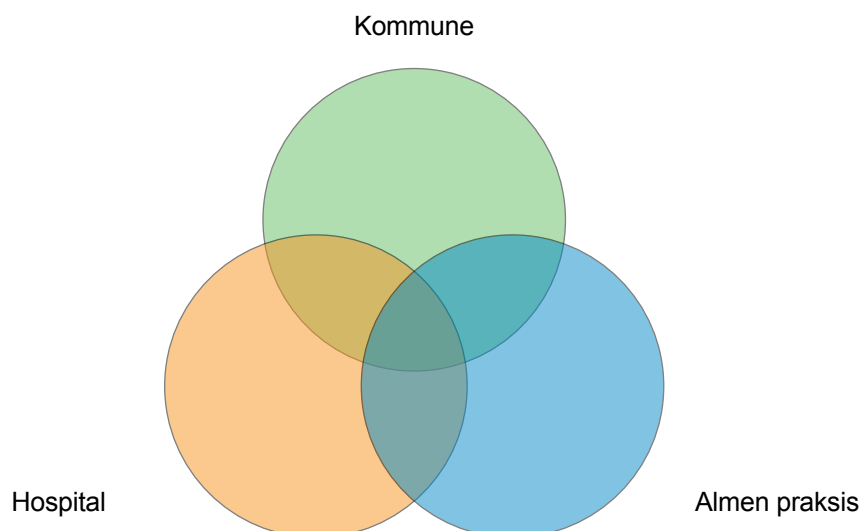
¹⁴ Region Midtjylland. (2012): *Kroniker-togmøder*.

almen praksis og Syddjurs Kommune. I maj 2011 var Syddjurs Kommune klar til at modtage elektroniske henvisninger og korrespondance breve fra almen praksis og sygehuse.

For at tilvejebringer synlige og tydelige forebyggelses og rehabiliterings indsatser som de praktiserende læger kan henvise til elektronisk, blev der ved opstart af det kommunale sundhedsforløb Lev med din sygdom sendt et brev ud til alle lægepraksis med et informationsbrev og et lamineret ark papir med henvisningskriterier. Ligeledes blev sundhedstilbuddet opslået på sundhed.dk og kommunes hjemmeside. I foråret 2011 fik Syddjurs Kommune ansat en praksiskonsulent, og som siden har styrket kommunikationen fra Syddjurs Kommune til almen praksis.

Udvikling af samarbejdet mellem Syddjurs Kommune og lokale patientforeninger

Ud over at udvikle samarbejdet til Randers-Grenå Regionshospital og almen praksis i Syddjurs Kommune, har der også været fokus på at udvikle samarbejdet til de lokale patientforeninger. Det lykkedes i 2011 Diabetes foreningen at få stiftet en lokal diabetes foreningen i Syddjurs Kommune. Diabetes foreningen og kommunen samarbejdede om at invitere til stiftende generalforsamling af en lokal diabetes forening. Ligeledes har den lokale diabetes forening, Ebeltoft apotek og Syddjurs Kommunes sundhedsteam samarbejdet om tidlig opsporing af type2 diabetes. Diabetes foreningen og hjerteforeningen har deltaget i sundhedsforløbet med henblik på at fortælle om foreningens arbejde og rekrutterer borgere til deres motivationsgrupper og motionshold og andre aktiviteter. Endvidere er der samarbejdet med lungeforeningen i forhold til tidlig opsporing af KOL og rekruttering til ryggestopkurser.



Anbefalinger og udviklingspotentiale i fremtiden

På baggrund af evalueringen kan der peges på følgende udfordringer og udviklingstiltag i planlægning af fremtidige sundhedsforløb:

I forhold til at blive ved med at rekrutterer deltagere til sundhedstilbuddet, er det fortsat relevant, at udvikle samarbejdet til almen praksis. Især nu, hvor projektet er forankret, har det i ifølge kommunens praksis konsulent en større interesse og relevans for de praktiserende læger. Lægerne kan være med til at opspore og motiverer netop de patienter, der har et særligt behov for at øge deres handlekompetence i forhold til at mestre et hverdagsliv med en kronisk sygdom. Ideer til hvordan vi kan øge almen praksis kendskab til sundhedsforløbet kunne være:

- En invitation til Syddjurs lægernes lægelaug møderne
- Personlig kontakt til de lægepraksis der ikke deltager i lægelaugs møderne.
- At få en tættere kontakt til praksissygeplejerskerne, da de har en tæt kontakt til målgruppen i forløbsprogrammerne.

Der er fortsat også brug for at øge kendskabet til tilbuddet hos borgere. Der er brug for en kontinuerlig indsats i forhold til at informere om tilbuddet fra forskellige indgangsvinkler, det kunne være:

- Forskellige forvaltnings enheder i kommunen der møder målgruppen i deres daglige arbejde. Jobcenter, visitation, pleje og omsorg, mv.
- Afholde informationsmøder for borgere forud for tilmelding
- Event og åbenhus arrangementer
- Fortsætte med at annoncere i lokalavisen

Det kan for nogle borgere være en udfordring at møde op i Tirstrup, hvor sundhedstilbuddet afvikles. For at tilgodese disse udfordringer kunne det være relevant at tage højde for:

- Holdforløb for erhvervsaktive sen eftermiddag eller aftenhold
- En mere central beliggenhed af sundhedstilbuddet i kommunen
- Transport tilbud til deltagere der ikke kan transportere sig selv

- Udvikle en velfærdsteknologisk løsning der kan tilgodese borgere der ikke ønsker eller ikke kan møde op i Tirstrup.

Det tyder på at deltagerne har været tilfreds med indholdet i forløbet og også at deltage på et tværdiagnostik sundhedsforløb med fokus på det brede sundhedsbegreb. I sundhedsforløbet er den deltagerorienterede tilgang afgørende for at sikre, at kursisterne tager ejerskab til forløbet og det tyder på, at denne tilgang har haft en positiv effekt i forhold til at forbedre deltagernes fysiske og psykiske helbred og øge deltagernes mestring af dagligdagen med en kronisk sygdom.

Skal man fremme et sundere kostmønster og et varigt vægttab for dem, der har brug for det, kan der være brug for:

- En større kost interventions med fokus på praktisk madlavning.
- Større fokus på, at deltagerne henvises til eller oplyses om andre aktører, der har tilbud om sund madlavning.
- At finde ind til mænds motivation, for at gøre noget ved overvægten.

Det har for deltagerne været fremmede for netværksdannelsen og fodrende for fastholdelse af gode motionsvaner, at deltagerne havde et tilbud om selvtræning og det anbefales derfor i fremtiden:

- Fortsætte med at tilbyde selvtræning i en længere periode efter endt forløb.
- At udvikle samarbejdet til interesse organisationerne og frivillige foreninger med det formål at fremme udslusning til ikke -kommunale motionstilbud.

Skal man få flere til at stoppe med at ryge og tilmelde sig et rygestopkursus, er der fortsat brug for at have fokus på:

- Hvordan man motiverer deltagerne til rygestop. Det kunne være relevant at gøre en indsats for at udnytte det sociale potentiale og samle rygerne på holdene og få en snak om, hvordan de kan få hjælp til rygestop og derved motiverer til, at de sammen

støtter hinanden i et rygestop og eventuelt sammen melder sig et rygestopkursus.

En vigtig forudsætning for at skabe sammenhæng i patientforløb har været at udvikle samarbejdet mellem praktiserende læger i Syddjurs, Syddjurs Kommune og Randers-Grenå Regionshospital. Øget kendskab til hinandens arbejdsvilkår, fælles forståelse for rehabiliteringsopgaven og personlige

arbejdsrelationer har haft indflydelse på, hvor godt der skabes sammenhæng i patientforløb. Nu hvor de forskellige kronikerprojekter i Randers klyngen er afsluttet ses der ændringer af indsatserne og i kraft af, at forløbsprogrammerne løbende revideres, anbefales det derfor:

- At opretholde organiseringen af de regionale arbejdsgrupper for hvert forløbsprogram for at holde sammenhængen af patientforløb på sporet.



Forankring af projektet

Fra 1. januar 2013 er projektet blev forankret på Ambulant Genoptræning Syddjurs og har ændret navn til Træn livet. Målgruppen er blevet udvidet til også at rumme kræftramte, hvilket har betydet at indsatsen og tilrettelæggelsen af sundhedsforløbet har ændret sig. Forløbet er fortsat et 8 ugers forløb og med tilbud om selv træning i 4 mdr. og opfølgning efter 4 mdr. I 2013 tilbydes 5 hold og i 2014 udvides til 8 hold om året og dermed vil henviste borgere opleve kort ventetid i forhold til at starte et forløb. I 2014 flytter sundhedsforløbet lokalitet til Rønde, som ligger centralt i kommunen.

Indhold i sundhedstilbuddet Træn Livet

- Indledende og afsluttende samtale
- Fysisk træning
- Kost og madlavning
- Afspænding
- Livet med en sygdom (diagnosespecifikke temamøde)
- Seksualitet og sygdom
- Støtte til ændring af vaner
- Erfaringsudveksling
- Mulighed for hjælp til rygestop
- Medicinvejledning

Referencer

Breinholt, F., Vedel Ankersen, P., Poulsen, S, Søe, D. Møller Christensen, S. (2011). Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommune. Voksne. Århus: Center for Folkesundhed Region Midtjylland.

Brun Jensen, B. (2004): Sundhedspædagogiske kernebegreber og udfordringer. Fysioterapeuten, 86 (13) 4-16

Jensen, M., Bjørnholt Nielsen, P., Witzel, S. (2012): Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Århus: Folkesundhed og kvalitetsudvikling

Region Midtjylland. (2008): Forløbsprogrammer for Hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekramper. Region Midtjylland. Lokaliseret den 13.3.2013 på:

<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/kronikeromr%C3%A5det/Hjertekar/Forl%C3%B8bsprogram%20-%20Hjertekar%20godkendt.pdf>

Region Midtjylland. (2008): Forløbsprogram for KOL.

Region Midtjylland. Lokaliseret den 13.3.2013 på:
<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/kronikeromr%C3%A5det/KOL/Forl%C3%B8bsprogram%20KOL%20Godkendt.pdf>

Region Midtjylland. (2008): Forløbsprogram for type 2 diabetes. Region Midtjylland. Lokaliseret den 4.4.2013:
http://www.diabetesmidt.dk/files/66/forloebprogram_for_type_2_diabetes_godkendt_rev1.pdf

Region Midtjylland – Nære Sundhedstilbud. (2012): Kroniker-togmøder. Viborg: Region Midtjylland. Sundhedsstyrelsen. (2005): Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2008): Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010) Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelses metoder. København: Sundhedsstyrelsen

<http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/MaendsSundhed/MaendsSundhed.pdf>

Vinter-Jensen, K., Schak Jensen, A.M. (2012) Lærings og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser: Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/L%C3%A6ring%20og%20mestring/L%C3%A6ring%20og%20mestring%20Evalueringer/LM%20Kvantitativ%20evaluering_www.pdf

Witzel, S., Risvig Skærlund, K. (2012): Evaluering af Projekt hjerterehabilitering. Århus: Folkesundhed og kvalitetsudvikling



syddjurs.dk