

Kvantitativ evaluering af rehabiliteringsindsatsen i Vestegnsprojektet

Henvisning, deltagelse og betydning for sundhedsadfærd og helbred

Delrapport om Vestegnsprojektet
December 2012

**FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED**



Albertslund



Brøndby



Glostrup



Hvidovre



Høje-Taastrup



Ishøj



Vallensbæk



Glostrup
Hospital



Hvidovre
Hospital



PKO



Titel: Kvantitativ evaluering af rehabiliteringsindsatsen i Vestegnsprojektet. Henvi-
sning, deltagelse og betydning for sundhedsadfærd og helbred.

Copyright: © 2012 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-994502-2-0

Forfattere: Bodil Helbech Hansen, Maja Lykke, Anne Helms Andreasen, Charlotte Glümer

Udgiver: Region Hovedstaden
Koncern Plan & Udvikling
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Glostrup Hospital, afsnit 84/85
Nordre Ringvej 57
2600 Glostrup
Telefon: 38 63 32 60
www.fcfs.dk

Indhold

Sammenfatning.....	4
1 Indledning	6
2 Datamateriale og metode	8
2.1 Dataindsamling og datakilder.....	8
2.2 Studiepopulationen.....	10
2.3 Analyseprincipper	12
2.4 Definition af de anvendte mål	13
3 Befolkningen i Vestegnsprojektets kommuner	17
3.1 Befolkningsstørrelsen og alderssammensætningen.....	18
3.2 Befolkningens uddannelsesniveau og sociodemografiske profil.....	19
3.3 Befolkningens etniske baggrund.....	20
3.4 Borgere med KOL og diabetes i Vestegnsprojektets kommuner	20
3.5 Borgerne i Vestegnsprojektet	21
4 Henvisning og deltagelse	25
4.1 Henvisninger til rehabiliteringstilbud i kommuner og på hospitaler	26
4.2 Henvisning og deltagelse i de enkelte tilbud	30
4.3 Opsummering på tværs af tilbud	40
5 Betydning for sundhedsadfærd og helbred.....	43
5.1 Sundhedsadfærd før og et år efter rehabilitering	44
5.2 Generelle helbredsmål før og et år efter rehabilitering	59
5.3 Vægt og overvægt før og et år efter rehabilitering.....	67
5.4 Variation i borgernes helbred på tværs af kommuner og hospitaler	69
5.5 Opsummering på tværs af helbredsindikatorer	70

Sammenfatning

Denne rapport indeholder informationer om rehabiliteringsaktiviteten blandt borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes i Vestegnsprojektet, herunder lægernes henvisningspraksis, kommunernes visitation og borgernes deltagelse i og gennemførsel af rehabiliteringstilbud. Derudover evalueres ændringer i sundhedsadfærd og helbred blandt borgerne et år efter deltagelse i et rehabiliteringsforløb. Det er ikke effekten af specifikke tilbud, som evalueres, men derimod fastholdelse af ændringer et år efter gennemførsel af hele rehabiliteringsforløbet, uanset hvilke tilbud dette måtte indeholde for den enkelte borger. Resultaterne bygger på et tyndt datagrundlag og skal derfor fortolkes med forsigtighed. Det skyldes dels, at patientgrundlaget i projektet var mindre end forventet.

Hovedresultater

Antallet af borgere henvist til rehabilitering

I alt 477 borgere med KOL og 618 borgere med type 2-diabetes blev henvist til rehabilitering i kommuner eller på hospital i projektperioden. Der ses en betydelig variation mellem kommunerne i forhold til hvor mange borgere, der henvises. Det kan bl.a. forklares ved, at der er stor variation mellem kommunernes befolkningsstørrelse, men forskelle i de alment praktiserende lægers henvisningspraksis kan også spille en rolle. Stort set alle almen praktiserende læger i kommunerne har henvist borgere til rehabilitering i projektperioden, men størstedelen har henvist meget få borgere, mens få har henvist mange borgere.

Hvem henvises og hvor til?

Der er mange flere borgere, der henvises til rehabilitering i kommunerne end på hospitalerne, og langt de fleste borgere, som henvises til rehabilitering i kommunerne, henvises fra deres almen praktiserende læge. Borgere med KOL, som var i rehabilitering på hospitalerne, havde generelt en mere usund livsstil og et dårligere selv vurderet helbred, end de som var i rehabilitering i kommunerne. Borgere med anden etnisk baggrund end dansk, borgere med dårligt mentalt helbred og borgere i beskæftigelse er underrepræsenteret i Vestegnsprojektet.

Kommunernes visitation af borgere

Generelt blev langt de fleste borgere, som var henvist til et forløb i kommunerne, også tilbudt det pågældende forløb. Men mange borgere blev også tilbudt et forløb i kommunerne, som de ikke var henvist til af lægen. Omfanget af dette varierer meget på tværs af kommunerne, og er især tilfældet for fysisk træning, kostvejledning og rygeafvænning. Det kan skyldes, at nogle læger ikke henviser specifikt til disse tilbud.

Borgernes deltagelse i rehabiliteringsforløb i kommuner og på hospitaler

Ikke alle borgere, som henvises til rehabilitering i Vestegnsprojektet, ender med at deltage i et rehabiliteringsforløb. Det er især de yngre borgere under 60 år og mænd, som ikke deltager i opfølgningen efter rehabiliteringen. I gennemsnit blev henviste borgere med KOL og type 2-diabetes tilbudt mellem to og tre tilbud og gennemførte mellem et og to tilbud. De sygdomsspecifikke patientuddannelser (KOL- og diabetesskole) er de tilbud, som absolut flest borgere henvises til, tilbydes og gennemfører. Tilbud som generel patientuddannelse, kostvejledning og rygeafvænning henvises og deltager færre borgere i. Kun halvdelen af borgere med KOL i Vestegnsprojektet, som var rygere, blev henvist til rygeafvænning. For alle rehabiliteringstilbuddene gælder det generelt, at omkring otte ud af ti borgere, som møder op til tilbuddene, også gennemfører forløbet. Det største frafald sker ved, at borgere, som har taget imod tilbuddet, ikke møder op første gang – især blandt borgere med diabetes. Det laveste fremmøde ses ved generel patientuddannelse, hvor kun en tredjedel af de, som accepterer tilbuddet, møder op. Der kan være flere forklaringer på dette, f.eks. manglende motivation, manglende mod til at sige nej, når borgeren får tilbuddet, for lang ventetid til opstart af tilbud m.m., men årsagerne til dette frafald bør undersøges nærmere. Under alle omstændigheder er det et indsatsområde med stort potentiale at få flere borgere til at møde op til de tilbud, de tager imod.

Ændringer i sundhedsadfærd og helbred et år efter rehabilitering

Andelen af rygere blandt borgere med KOL var faldet markant et år efter rehabiliteringen, på trods af, at kun få af rygerne fik tilbudt og deltog i et specifikt rygeafvænningsforløb. Desuden var borgere med KOL blevet mere fysisk aktive et år efter rehabiliteringen. Der skete også positive adfærdsændringer blandt borgere med type 2-diabetes efter rehabilitering, idet alkohol- og sodavandsindtaget faldt lidt. BMI og andelen af overvægtige blandt borgere med diabetes stagnerede i perioden, hvilket også kan betragtes som et positivt resultat. Der er dog også områder, hvor borgernes sundhedsadfærd ikke var forbedret et år efter rehabiliteringen. Såfremt rehabiliteringsforløbet havde en positiv effekt på borgernes kostvaner og blandt borgere med diabetes også fysiske aktivitetsvaner, er disse ændringer ikke fastholdt ved opfølgningen et år efter. Både borgere med KOL og type 2-diabetes fik et dårligere mentalt helbred efter rehabiliteringen. Dette kan ikke umiddelbart forklares med deltagelse i et rehabiliteringsforløb, men det kan hænge sammen med den måde borgerne udsluses og opfølges efter rehabiliteringsforløbets ophør. Bekymring eller skuffelse over ikke at kunne fastholde de positive livsstilsændringer fra rehabiliteringsforløbet kan også spille en rolle. Det er vigtigt at få undersøgt årsagerne nærmere samt at monitorere det mentale helbred på sigt i denne gruppe borgere.

1 Indledning

I 2009 blev forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes i Region Hovedstaden godkendt.

Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielt koordinerede indsats for borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes. Den omfatter både behandling på hospital og hos almen praktiserende læger samt sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud i kommuner og på hospitaler. Formålet med forløbsprogrammerne er at sikre bedre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser gennem et integreret samarbejde mellem hospitaler, almen praksis og kommuner. Patientinddragelse, patientaktivering og støtte til øget egenomsorg er desuden væsentlige elementer i forløbsprogrammerne. For at understøtte implementeringen af forløbsprogrammerne tog man i 2009 på Vestegnen i Region Hovedstaden initiativ til at opstarte ”Vestegnsprojektet”. Projektet har to hovedformål:

- At tilbyde borgere med KOL og type 2-diabetes sammenhængende standardiserede sundhedsfaglige patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud i overensstemmelse med standarderne i forløbsprogrammerne.
- At etablere en organisation og et samarbejde, der støtter de alment praktiserende læger, kommuner og hospitaler i at samarbejde om behandlingen af borgere med KOL og type 2-diabetes.

Ved projektets start deltog Glostrup Hospital, kommunerne: Albertslund, Brøndby, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj og Vallensbæk samt disse kommuners almen praktiserende læger (ca. 130 læger). I januar 2010 tilsluttede Hvidovre Hospital og Hvidovre Kommune sig projektet.

De sundhedsfaglige tilbud, som borgere med KOL og type 2-diabetes kan henvises til, er følgende:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse (diabetes- og KOL-skoler)
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Kostvejledning¹
- Generel patientuddannelse (Lær at leve med kronisk sygdom)

Ifølge minimumsstandarden i forløbsprogrammerne *skal* borgere med KOL eller type 2-diabetes tilbydes sygdomsspecifik patientuddannelse, fysisk træning og rygeafvænning, hvis der er tale om rygere. Borgere med type 2-diabetes *skal* desuden tilbydes kostvejledning, mens generel patientuddannelse ikke er et krav hverken i forløbsprogrammet for type 2-diabetes eller KOL. Ansvar for rehabiliteringsindsatsen ligger enten i kommunen eller på hospitalet afhængig af sygdommens sværhedsgrad (jf.

¹ I forløbsprogrammerne skelnes der mellem ernæringsvejledning og diætbehandling for hhv. KOL og type 2-diabetes.

stratificeringsprincippet)(1;2). Udbuddet af rehabiliteringstilbud varierer på tværs af kommuner og hospitaler (se bilag 1), og der er lokal variation i tilrettelæggelsen af de enkelte tilbud (indhold og omfang/varighed). Dette gør sig gældende på tværs af alle kommuner i landet (3).

I 2009 var projektet i en pilotfase, hvor de første data om rehabiliteringsaktiviteten i kommuner og hospitaler blev indsamlet. Pilotprojektet blev evalueret i efteråret 2010 i "*Evalueringsrapport indeholdende resultater vedr. patienternes deltagelse i kommunernes tilbud i Vestegnsprojektets pilotafprøvning 2009*"(4).

Evalueringen fra 2010 indeholder beskrivelser af hvor mange borgere, der blev henvist til de sundhedsfaglige indsatser, hvor mange der blev tilbudt forløb, og hvor mange der accepterede tilbuddet. Efter pilotfasen blev en mere omfattende, systematisk og standardiseret dataindsamling igangsat. Der blev bl.a. udviklet en indtastningsdatabase til kommuner og hospitalsafdelinger (Vestegnsdatabasen). Denne dataindsamling omfattede både informationer om henvisningsaktiviteten og om borgernes *deltagelse* i og *gennemførelse* af tilbud. Desuden blev informationer indhentet via spørgeskemaer med henblik på at kunne belyse ændringer i borgernes helbred og sundhedsadfærd efter rehabilitering. Formålet med denne evalueringsrapport er at formidle resultaterne vedr. rehabiliteringsaktiviteten (henvisning og deltagelse) og analyser af før- og eftermålinger vedr. borgernes sundhedsadfærd og helbred før og et år efter rehabilitering. Da opfølgningen først er foretaget et år efter rehabiliteringens afslutning, repræsenterer resultaterne *fastholdelsen* af en eventuel ændring i adfærd og helbred et år efter snarere end den umiddelbare effekt lige efter rehabiliteringen. Det er desuden ikke effekten af *specifikke* tilbud, som evalueres, men derimod fastholdelse af ændringer et år efter gennemførelse af *hele rehabiliteringsforløbet*, uanset hvilke tilbud dette måtte indeholde for den enkelte borger.

Rapporten er opbygget i flere kapitler. I kapitel 2 beskrives dataindsamlingen og datagrundlaget for de forskellige analyser samt de anvendte helbredsmål. I kapitel 3 beskrives populationen i de deltagende kommuner primært baseret på nøgletal i eksisterende rapporter – både den generelle baggrundsbefolkning og patientpopulationerne i de enkelte kommuner. Dette kapitel afsluttes med en beskrivelse af deltagerne i Vestegnsprojektet sammenlignet med alle borgere med KOL og diabetes i Vestegnskommunerne. Hovedresultaterne af analyserne præsenteres i kapitel 4 og 5: Henvisning og deltagelse i projektperioden beskrives i kapitel 4 (procesevalueringen), mens betydningen for sundhedsadfærd og helbred et år efter rehabilitering beskrives i kapitel 5 (effektevalueringen).

2 Datamateriale og metode

- Udviklingen af Vestegnsdatabasen har muliggjort en større og mere standardiseret dataindsamling om rehabiliteringsaktiviteten i kommuner og på hospitaler end hidtil, men der er fortsat forbedringspotentiale
- Spørgeskemaoplysninger giver mulighed for at undersøge, hvilke typer af borgere, der indgår i rehabiliteringsforløbene på Vestegnen samt at kortlægge ændringer i helbred og sundhedsadfærd et år efter rehabilitering
- Laboratoriedata på blodsukker blev indhentet blandt borgere med diabetes og resultater på fysiske test blandt borgere med KOL er indhentet fra nogle kommuner. På grund af manglende datakomplethed, blev det dog besluttet ikke at medtage disse resultater i rapporten.

I dette kapitel beskrives datamaterialet, som denne evaluering er baseret på. Indledningsvist beskrives de typer af data, som er anvendt, samt hvordan de er indsamlet. Herefter opgøres det antal af personer, som indgår i de enkelte dele af evalueringen. De overordnede metodiske principper i analysen og præsentationen af resultater beskrives herefter efterfulgt af definitionen på alle de anvendte rehabiliteringsmål og helbredsindikatorer.

2.1 Dataindsamling og datakilder

Data til denne evaluering er indhentet på to måder: Registreringer af rehabiliteringsaktiviteten i kommuner og på hospitaler (Vestegnsdatabasen) og selvrapporterede spørgeskemadata om borgernes helbred og sundhedsadfærd. Indsamlingen af de to typer af data er uddybet herunder. Dataindsamlingen strækker sig fra oktober 2009 til juli 2012. Data er koblet til de enkelte borgere via cpr-nummer og er derefter anonymiseret, således at de enkelte borgere ikke kan identificeres af databehandlere og evaluatore.

Oprindeligt blev der også indhentet blodprøveresultater for faste-blodsukker (blodglukose) og langtidsblodsukker (HbA1c) fra Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL) for borgere med type 2-diabetes i projektet. På grund af manglende blodprøvemålinger for en stor del af borgerne blev det besluttet ikke at medtage resultater vedrørende blodsukker i denne rapport. Med brug af data fra Datafangstmodulet vil monitorering af blodsuktermålinger blandt borgere med diabetes kunne blive langt mere fyldestgørende fremover. Der blev sent i evalueringsprocessen også forsøgt at indhente supplerende data fra kommunerne vedrørende resultater på fysiske test (6 minutters gangtest og 30 sekunders rejse-sættesig-test) og højde- og vægtforhold ved rehabiliteringsforløbets opstart samt ved afslutningen af forløbet. Brøndby, Glostrup, Albertslund og Høje-Taastrup Kommune leverede data, men på grund af meget

forskelligartede registreringer, brug af forskellige test og manglende målinger enten før eller efter forløbet for mange borgere, blev det besluttet kun at anvende data vedr. vægt før og efter forløbet. Disse resultater findes i kapitel 5 under overvægt (afsnit 5.3).

Registreringer i kommuner og på hospitaler vedr. rehabilitering

Med udgangspunkt i erfaringer fra pilotafprøvningen i 2009 blev der udviklet et indtastnings- og databasesystem i Access (Vestegnsdatabasen), som skulle understøtte en mere omfattende, systematisk og standardiseret dataindsamling (se bilag 2). Heri skulle de deltagende kommuner og hospitaler i projektet registrere borgere med KOL og type 2-diabetes, som blev henvist til rehabilitering i projektperioden (2010-2012). Registreringen omfattede hvilke tilbud, de enkelte borgere blev henvist til, tilbudt, accepterede, deltog i og gennemførte, samt hvor de blev henvist fra (egen læge eller hospital). Ikke alle kommuner og hospitaler registrerede både borgere med KOL og borgere med type 2-diabetes. Hvidovre og Glostrup Hospital har således kun indberettet borgere med KOL, mens Hvidovre Kommune kun har indberettet personer med type 2-diabetes. For begge hospitaler gælder det desuden, at indberetningerne for borgere med KOL var meget mangelfulde, hvilket gør, at registreringerne i Vestegnsdatabasen ikke afspejler den reelle rehabiliteringsaktivitet på hospitalerne. I alt indtastede kommuner og hospitaler henvisningsdata på 1.106 personer.

Datakvalitet

På trods af udvikling og implementering af et mere fejlsikret indtastningssystem, som blev fulgt op af retningslinjer for og undervisning i indtastning blandt medarbejdere i kommunerne, var dataindsamlingen fortsat ikke standardiseret på tværs af de indberettende enheder. Nogle kommuner påbegyndte indberetningen allerede i oktober 2009, mens andre først startede i maj 2010. Hvidovre Hospital indtastede ikke deres data i Access-databasen, men derimod i Excel, og lungeambulatoriet på Glostrup Hospital overlod indberetningen i Access til Udviklingsafdelingen på hospitalet. Nogle borgere var indtastet med flere henvisninger i samme kommune, og nogle borgere var registreret i flere kommuner eller både i en kommunes og et hospitals data (1.174 henvisninger i alt men kun 1.106 forskellige personer). Der var også forskelle i, hvem der foretog indberetningerne, og hvornår det blev gjort. I nogle kommuner var det visitatoren, der gjorde det løbende i forbindelse med borgerkontakten, mens det i andre kommuner var en anden medarbejder, som foretog alle indberetningerne efterfølgende. Det kan påvirke både ensartethed og kvalitet i indberetningerne. Data til resultaterne i dette kapitel stammer fra Vestegnsdatabasen. Hvidovre og Glostrup Hospital har kun indberettet borgere med KOL, og blandt disse er kun nogle af rehabiliteringstilbuddene registreret. Resultater for hospitalerne afspejler derfor ikke nødvendigvis den faktiske rehabiliteringsaktivitet på hospitalerne. Da der kan være forskelle i registreringspraksis på tværs af kommuner, skal kommuneforskelle i den rapporterede rehabiliteringsaktivitet generelt også fortolkes med

forsigtighed. Der er desuden variation i tilrettelæggelsen, indhold og varighed af de enkelte tilbud på tværs af kommuner/hospitaler, som det ikke har været muligt at tage højde for.

Der var både manglende registreringer og fejlregistreringer i data i Vestegnsdatabasen. I nogle tilfælde var der uoverensstemmelse mellem den sygdom, borgeren var registreret med, og den sygdomsspecifikke patientuddannelse (KOL- eller diabetesskole) borgeren blev henvist til. Nogle borgere havde ifølge data ikke accepteret et tilbud, som de dog efterfølgende havde deltaget i. I nogle tilfælde, er det desuden registreret, at en borger har deltaget i et tilbud flere timer eller gange, end det givne tilbud er planlagt til at vare i den pågældende kommune. Alle disse uoverensstemmelser hænger naturligvis sammen med, at indtastningssystemet fortsat var nyt for kommunerne, men også at systemet kunne have været endnu mere fejlsikret, og man kunne have foretaget løbende kvalitetssikring undervejs i projektperioden. Der er i fejlretningen af data, som bruges til denne evaluering, rettet op på mange af uoverensstemmelserne. Håndteringen af registreringsfejl er beskrevet under definitionen af anvendte rehabiliteringsmål senere i kapitlet.

Spørgeskemadata vedr. helbred og sundhedsadfærd

Selvrapporterede data vedr. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og socioøkonomiske baggrundsoplysninger blev indhentet gennem spørgeskemaer. Borgere med KOL og type 2-diabetes i Vestegnsprojektet udfyldte et spørgeskema ved opstarten af deres rehabiliteringsforløb og et år efter afslutningen af forløbet (se spørgeskema i bilag 3). Borgere på patientskoler afviklet i efteråret 2011 fik dog 2. spørgeskema allerede i foråret 2012, mens borgere, der opstartede et forløb i 2012, ikke udfyldte 2. spørgeskema.

Spørgeskemaerne blev udfyldt og indsamlet fra maj 2010 til juni 2012. I alt blev 1.138 spørgeskemaer indsamlet. 362 personer havde kun udfyldt et spørgeskema, 347 personer havde udfyldt to spørgeskemaer, mens 19 personer havde udfyldt tre spørgeskemaer eller flere. I alt omfattede spørgeskemaundersøgelsen 728 forskellige personer (med oplyst og korrekt cpr-nummer). For de personer, der havde udfyldt mere end to spørgeskemaer, anvendes spørgeskemaet med den tidligste udfyldelsesdato, og spørgeskemaet med den seneste udfyldelsesdato, mens de øvrige skemaer blev kasseret. Det anvendte spørgeskema lagde sig tæt op ad sundhedsprofilspørgeskemaet "Hvordan har du det?", og spørgeskemadata til dette projekt er fejlrettet efter specificerede retningslinjer i overensstemmelse med Sundhedsprofilens.

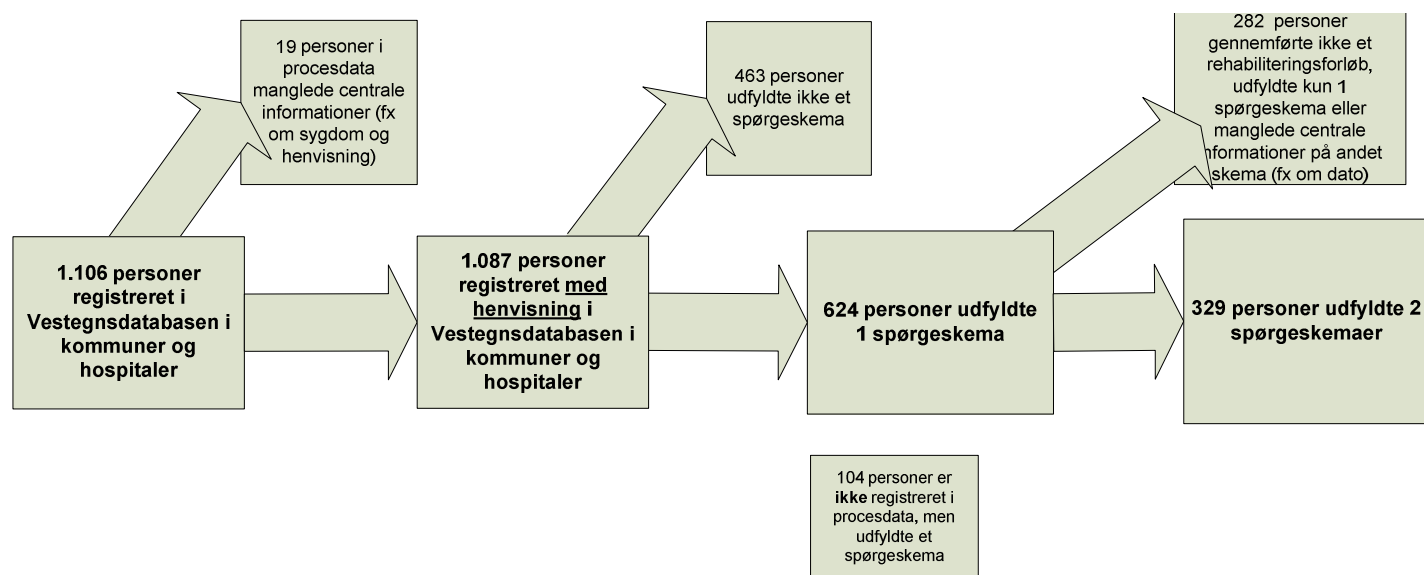
2.2 Studiepopulationen

Figur 1 herunder er en oversigt over studiepopulationen i evalueringen. I alt 1.106 personer var registreret i Vestegnsdatabasen. 19 personer havde ingen oplysninger om henvisningsdiagnose, hvorfor de blev ekskluderet. Næsten halvdelen af de personer, som blev henvist til rehabilitering og registreret i kommuner og på hospitaler, udfyldte ikke et spørgeskema. 104 personer udfyldte et spørgeskema, men var ikke

registreret med en henvisning i Vestegnsdatabasen. Af de som udfyldte et spørgeskema før rehabiliteringen, udfyldte 66 % også et spørgeskema et år efter rehabiliteringen². Andelen, der udfyldte et spørgeskema efter rehabilitering, er den samme blandt borgere med KOL og borgere med type 2-diabetes.

De borgere, der deltog i opfølgningen med besvarelse af andet spørgeskema, var sundere end de borgere, som kun udfyldte første skema (især hvad angår rygning, fysisk aktivitet og blandt borgere med type 2-diabetes også hvad angår mentalt helbred). Det ser således ud til, at der er sket en selektion af borgere, hvor de sygeste/mest usunde ikke har besvaret andet spørgeskema. Hvorvidt det skyldes, at de er faldet fra undervejs i rehabiliteringsforløbet eller blot ikke har besvaret opfølgningsspørgeskemaet, vides ikke. For yderligere beskrivelse af frafaldet se kapitel 5.

Figur 1 Oversigt over studiepopulationen



Resultaterne i procesevalueringen (i kapitel 4) er udelukkende baseret på data fra Vestegnsdatabasen registreret i kommuner og på hospitaler. Datagrundlaget her udgøres af i alt **1.087** personer³. Af disse har 469 personer KOL, 610 type 2-diabetes og otte personer både KOL og type 2-diabetes. 11 personer er desuden både registreret i en kommune og på et hospital.

Resultaterne i beskrivelsen af deltagerne i Vestegnsprojektet (kapitel 3) er baseret på spørgeskemadata. Datagrundlaget her udgøres af de personer, som er registreret i Vestegnsdatabasen, og som har udfyldt mindst et spørgeskema (i alt **624** personer). Heraf har 285 personer KOL, 332 type 2-diabetes og syv personer både KOL og type 2-diabetes. Derudover er syv personer både registreret i en kommune og på et hospital.

² Follow-up procenten er 66 %, når man ekskluderer de personer, som påbegyndte deres rehabiliteringsforløb efter 1/1 2012 og dermed muligvis endnu ikke havde afsluttet deres rehabiliteringsforløb ved dataindsamlingens afslutning (340 / 515 =0,66).

³ Efter eksklusion af 19 personer med manglende informationer.

Resultaterne i effektevalueringen (kapitel 5) er baseret på spørgeskemadata. Datagrundlaget udgøres af de personer, som er registreret i Vestegnsdatabasen, og som har udfyldt to spørgeskemaer (i alt **329** personer). I denne population har 144 personer KOL, 180 personer type 2-diabetes og fem personer både KOL og type 2-diabetes. Tre personer er desuden registreret i både en kommune og på et hospital.

2.3 Analyseprincipper

Alle analyser i både procesevalueringen og effektevalueringen er foretaget separat for borgere med KOL og borgere med type 2-diabetes. Borgere, som har begge diagnoser, er ikke opgjort separat, men indgår i analyserne for begge sygdomme. Resultaterne er desuden opgjort både samlet og for de enkelte kommuner og hospitaler hver for sig, hvor datagrundlaget er tilstrækkeligt stort. De personer, som er registreret i både en kommune og et hospital, er medtaget i analyserne for begge enheder, men tæller ikke to gange i de samlede analyser (derfor er totalen ikke altid lig med summen af personer i hver enhed).

I procesevalueringen opgøres antallet af borgere, som er hhv. henvist, tilbudt, har accepteret, deltaget i og gennemført hvert rehabiliteringstilbud. Mangelfulde indberetninger, især på hospitalerne, gør, at resultaterne ikke nødvendigvis afspejler den reelle rehabiliteringsaktivitet.

I effektevalueringen opgøres andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller dårligt selv vurderet helbred hhv. før og et år efter rehabilitering. Analyserne foretages på populationsniveau, dvs. blandt alle de, som har oplysning om den pågældende helbredsindikator før, og alle de, som har tilsvarende et år efter (men alle har deltaget i både før- og eftermålingen). Som supplement opgøres ændringer i adfærd og helbred på individniveau ved andelen af borgere med uhensigtsmæssig adfærd/dårligt helbred før rehabilitering, som ændrer sig i positiv retning efter rehabilitering (og omvendt hvor relevant). Resultaterne i effektevalueringen opgøres også fordelt på sociodemografiske variable (alder, køn, uddannelsesniveau, erhvervstilknudning og samlivsstatus). Da datagrundlaget er sparsomt, er usikkerheden på resultaterne stor, og fortolkningen af resultater skal derfor være forsigtig. Af samme grund var det i mange tilfælde ikke muligt at signifikant teste forskelle, eks. mellem befolkningsgrupper eller kommuner/hospitaler. Kun ændringerne i helbreds faktorer over tid i effektevalueringen blev signifikant testet (McNemars test), og kun få viste sig statistisk signifikante. Fortolkningen af resultater er derfor primært baseret på vurdering af tendenser ud fra forskelle i andele/prævalenser, dog støttet af markeringer i tabeller med stjerner (*), hvor resultaterne er behæftet med særlig stor usikkerhed. Der skal gøres opmærksom på, at evalueringsdesignet ikke indeholder mulighed for sammenligning med en kontrolgruppe, som ikke deltog i rehabilitering. De ændringer i borgernes helbred, som ses mellem før- og eftermålingen, kan derfor ikke direkte tilskrives rehabiliteringsforløbet. De kan også være påvirket af, at borgerne er blevet ældre i perioden eller nået et mere fremskredent sygdomsstadie eller helt andre faktorer, som det ikke har været muligt at tage højde for.

Desuden er opfølgningen først foretaget et år efter rehabiliteringens afslutning, hvilket betyder at det er fastholdelsen af en eventuel ændring i adfærd og helbred snarere end den umiddelbare ændring lige efter rehabiliteringen, som rapporteres.

2.4 Definition af de anvendte mål

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af de forskellige mål og indikatorer, som er anvendt i rapporten. Det gælder både opgørelsen af sociodemografiske forhold i populationen, definitionen af henvisning, fremmøde og gennemførsel af rehabiliteringstilbud samt helbredsindikatorer og mål for sundhedsadfærd.

Sociodemografiske mål

I beskrivelsen af borgerne i Vestegnsprojektet er anvendt en række sociodemografiske mål baseret på spørgeskemadata. På grund af datagrundlagets størrelse, var det nødvendigt at sammenlægge svarkategorier med få besvarelser i nogle af de anvendte mål. Borgernes uddannelsesniveau er således inddelt i tre kategorier: *ingen erhvervsuddannelse*, *kort uddannelse* omfattende erhvervsfaglige uddannelser og korte videregående uddannelser og *lang uddannelse* omfattende mellemlange og lange videregående uddannelser. Borgernes erhvervstilknytning er inddelt i personer *i beskæftigelse*, *pensionister* samt personer *uden for arbejdsmarkedet*, som omfatter arbejdsløse, førtidspensionister m.fl. De øvrige mål: køn, alder, samlivsstatus og etnicitet er opgjort i simple selvforklarende kategorier. De sociodemografiske mål anvendes også i stratificeringen af resultater i effektevalueringen.

Sygdom

I Vestegnsdatabasen blev borgernes sygdom registreret (KOL og/eller type 2-diabetes). I få tilfælde, hvor oplysning om sygdom manglede i databasen, er borgerens sygdom identificeret ud fra de indkommende spørgeskemaer, som var organiseret efter diagnose. I nogle tilfælde var der uoverensstemmelse mellem den sygdom, borgeren var registreret med, og den sygdomsspecifikke patientuddannelse (KOL- eller diabetesskole), som borgeren var blevet enten henvist til, tilbudt, havde accepteret eller deltaget i. I disse tilfælde blev den pågældende kommune kontaktet med henblik på rettelse af fejlen.

Mål vedr. rehabiliteringsaktiviteten

I Vestegnsdatabasen er borgere, som er blevet henvist til rehabilitering i kommunen eller på hospitalet indtastet. De mulige rehabiliteringsforløb omfatter: Sygdomsspecifik patientuddannelse (KOL- og diabetes-skole), rygeafvænning, fysisk træning, kostvejledning og generel patientuddannelse (Lær at leve med kronisk sygdom). Fra disse data opgøres følgende:

- Hvorfra borgeren er henvist (egen læge/hospital)
- Hvad borgeren er henvist til af lægen/hospitalet (hvilke tilbud)
- Hvad borgeren er blevet tilbudt i kommunen/på hospitalet (hvilke tilbud)
- Hvad borgeren har sagt ja til/accepteret (hvilke tilbud)
- Hvad borgeren har deltaget i (antal gange og antal timer pr tilbud)

De første fire mål rapporteres direkte i procesevalueringen. Borgere, som har deltaget i et tilbud, antages dog også at have sagt ja til dette, og borgere, som har sagt ja et tilbud, antages også at være blevet det tilbudt, uanset om det oprindeligt blev registreret. Ud fra sidste oplysning om deltagelse opgøres to afledte indikatorer, som rapporteres:

- Hvad borgeren har deltaget i/mødt op til minimum én gang eller én time (hvilke tilbud)
- Hvad borgeren har gennemført, defineret som fremmøde minimum 50 % af det antal gange eller timer, som forløbet er planlagt til at vare (hvilke tilbud)

Det planlagte omfang og varighed af forløbene varierer på tværs af tilbud og i mange tilfælde også på tværs af kommuner og hospitaler. Grænsen for gennemførsel af tilbud er derfor defineret forskelligt for de forskellige tilbud og for borgere i forskellige kommuner/hospitaler. Hvis en borger er registreret med et tilbud, som ikke eksisterer i den pågældende kommune (eller i samarbejde mellem den pågældende kommune og en anden kommune), antages det, at der er tale om en fejltastning og tilbuddet slettes fra registreringen.

Mål vedr. sundhedsadfærd og helbred

Mål vedr. sundhedsadfærd og helbred opgøres på baggrund af spørgeskemadata. Der anvendes både kategoriske og kontinuerte mål. Ved de kategoriske mål er det i hovedreglen den usunde kategori, der beskrives og rapporteres.

Rygning: Rygning opgøres som daglig rygning. Personer, som ikke er daglige rygere, omfatter således både personer, som ryger lejlighedsvist (sjældnere end hver dag), personer som er holdt op med at ryge og personer, som aldrig har røget.

Stort alkoholforbrug: Borgerne har rapporteret deres alkoholforbrug i genstande på hver af ugens dage omfattende øl, vin/hedvin og spiritus. Stort alkoholforbrug defineres her som det at drikke mere end Sundhedsstyrelsens lavrisiko genstandsgrænse, der lyder på max. 7 genstande om ugen for kvinder og max. 14 genstande for mænd.

Usund kost (kostscore): Deltagernes kostvaner vurderes vha. af en kostscore. På baggrund af Motions- og Ernæringsrådets kostråd er der anvendt en kostscore indenfor kostkomponenterne frugt, grønt, fisk og fedt, da disse har vist sig at være gode indikatorer for generelle sunde eller usunde kostvaner. Kostscoren er således et samlet mål for graden af sundhed af de generelle kostvaner. Kostscoren inddeler borgerne i tre kategorier:

1. Sund kost: generelt sunde kostvaner, herunder højt indtag af frugt, grønt, fisk samt lavt indtag af fedt og især mættet fedt.
2. Middelsund kost: moderat indtag af frugt, grønt, fisk og fedt.
3. Meget usund kost: generelt usunde kostvaner på alle områder, herunder meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt højt indtag af fedt og især mættet fedt.

Borgere med usund kost i effektevalueringen er de borgere, hvis kostscore placerer dem i kategori 3. Grænseværdien for kategori 3 er taget fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*, hvor den blev defineret som de 10 % af den samlede befolkning, der scorer lavest på kostscoren.

Grønindtag: Grøntsager omfatter både tilberedte og rå grøntsager, herunder salat og råkost. I resultaterne rapporteres andelen af borgere, som ikke spiser grøntsager hver dag.

Sodavandsindtag: Sodavand defineres her som sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker. I resultaterne rapporteres andelen af borgere, som ifølge denne definition, indtager sodavand minimum en gang ugentligt.

Fysisk inaktivitet: En borger betragtes som fysisk inaktiv hvis vedkommende ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om minimum 30 minutters moderat fysisk aktivitet dagligt. Den tid, som borgerne har brugt på moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden, er opgjort på baggrund af, hvor meget tid de rapportere at have brugt på forskellige former for aktiviteter i deres hverdag. Udover organiseret sport og træning medregnes fritids- og motionsaktiviteter som havearbejde, rengøring, gåture, yoga, bowling ol. Desuden er tid brugt på cykling eller gang til og fra arbejde medregnet.

Stillesidning: Borgere som angiver i deres fritid at bruge mere end fire timer om dagen på at sidde ned og slappe af, se TV, spille computer, læse og lytte til musik o. lign. defineres som stillesiddende.

Selvvurderet helbred: Selvvurderet helbred måles vha. spørgsmålet: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" Svarkategorierne er: Fremragende, Vældig godt, Godt, Mindre godt og Dårligt. Dårligt selvvurderet helbred i effektevalueringen defineres som svarkategorierne "Dårligt" og "Mindre godt".

Fysisk og mentalt helbred: Til måling af borgernes fysiske og mentale helbred er anvendt SF-12 (Short Form Health Status), som er et generisk spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål. Spørgsmålene er relateret til en række almene daglige aktiviteter og til, hvorvidt borgerne hæmmes i at udføre aktiviteterne på grund af helbredet. På baggrund af spørgsmålene bestemmes helbredsstatus for de to dimensioner: fysisk helbred og mentalt helbred. For hver dimension udregnes en score. Befolkningen inddeles i tre grupper: De, der scorer højest på den fysiske eller mentale helbredskomponent udgør gruppen af borgere med god fysisk eller mental sundhed; de, der scorer lavest udgør de borgere med dårlig fysisk eller mental sundhed; og de som scorer herimellem udgør gruppen af borgere med moderat fysisk eller mentalt helbred. Grænsescoren for dårligt fysisk og mentalt helbred, som anvendes i effektevalueringen, er taget fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*, hvor den blev defineret som de 10 % af den samlede befolkning, der scorer lavest på hver dimension (5).

Stressniveau: Stressniveau er målt vha. Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stress-skala. Den måler en persons oplevelse af stress indenfor den seneste måned vha. ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere værdi, jo højere er graden af oplevet stress(6). Grænseværdien for højt stressniveau, som anvendes i effektevalueringen, er taget fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*, hvor den blev defineret som den femtedel af den samlede befolkning, der scorer højest på stressskalaen. Andelen svarer pga. skalaens udformning til 19 % af den samlede befolkning.

Overvægt: Borgernes overvægt er vurderet på baggrund af deres BMI (Body Mass Index). BMI beregnes ud fra en persons vægt og højde ($BMI = \text{vægt(kg)} / (\text{højde(m)}^2)$). BMI inddeles i fire vægtklasser på baggrund af WHO's definition:

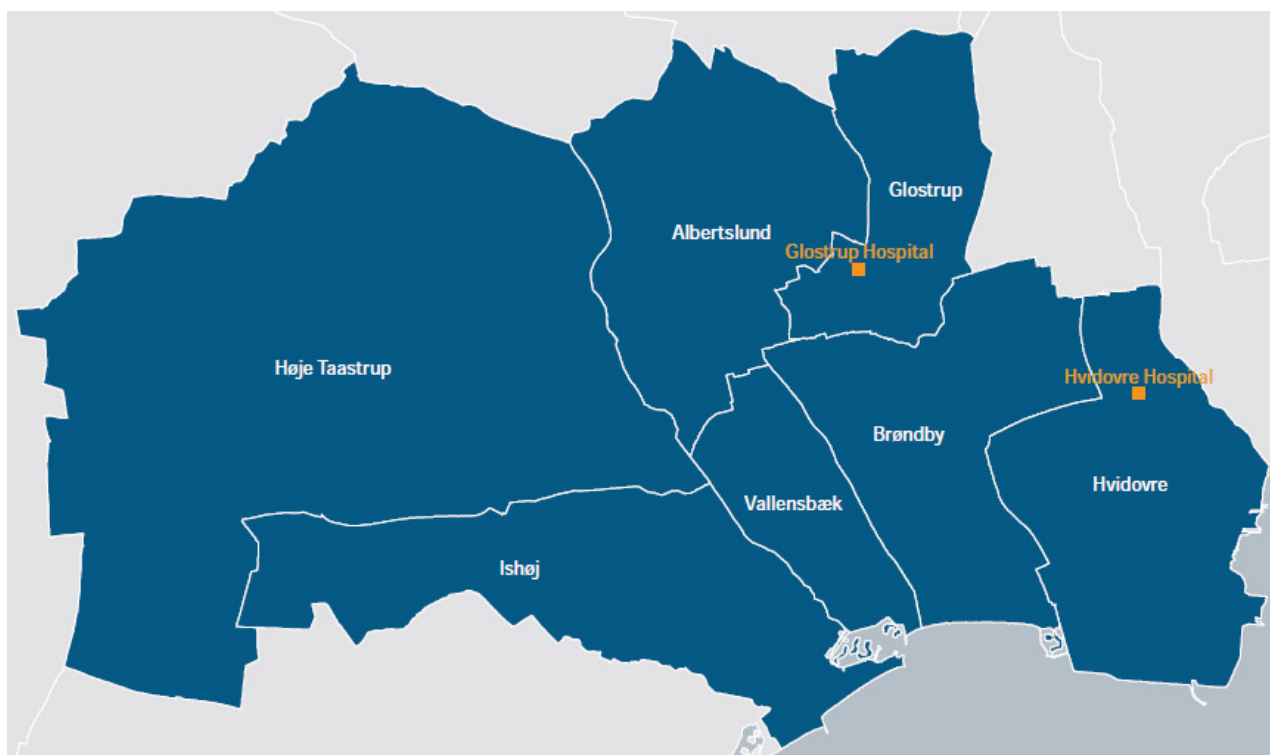
- Undervægt: $BMI < 18,5$
- Normalvægt: $BMI 18,5 - < 25,0$
- Moderat overvægt: $BMI 25 - < 30,0$
- Svær overvægt: $BMI \geq 30,0$

I kapitel 4 rapporteres gennemsnitlig BMI før og et år efter rehabilitering som mål for vægtforhold.

Rapporteringen af vægt og højde er desværre mangelfuld i mange tilfælde, især blandt borgere med KOL (37-45 % missing). Dette gør, at resultater vedr. BMI skal fortolkes med forsigtighed. Desuden er data om borgernes BMI (vægt og højde) ikke indsamlet på en helt standardiseret måde. I nogle kommuner har en sundhedsfaglig person målt og vejret deltagerne, i andre kommuner har deltagerne selv rapporteret målene og endelig er målene i nogle tilfælde indhentet fra kommunale elektroniske registreringssystemer, hvor timingen af målingen ikke nødvendigvis stemmer overens med udfyldelsen af spørgeskemaet i øvrigt.

3 Befolkningen i Vestegnsprojektets kommuner

- Der er stor forskel på antallet af borgere med KOL og diabetes i de syv kommuner
- Borgere med KOL i Vestegnsprojektet er generelt ældre og har et lavere uddannelsesniveau end borgere med type 2-diabetes i Vestegnsprojektet
- Borgere med anden etnisk baggrund end dansk, borgere med dårligt mentalt helbred, rygere og borgere i beskæftigelse er underrepræsenteret i Vestegnsprojektet
- Borgere med KOL i Vestegnsprojektet er generelt ældre og har et dårligere helbred sammenlignet med alle borgere med KOL i Vestegnskommunerne
- Borgerne med diabetes i Vestegnsprojektet er generelt yngre og har et bedre helbred og sundere livsstil, men er mere overvægtige, sammenlignet med alle borgere med diabetes i Vestegnskommunerne
- Henviste borgere i Vestegnsprojektet, som *ikke* deltager i opfølgningen efter rehabilitering, er især under 60 år, mænd og enlige sammenlignet med de, som deltager.



Figur 2 Kort over de syv kommuner og to hospitaler i Vestegnsprojektet

I dette kapitel beskrives befolkningen i de syv kommuner i Vestegnsprojektet (Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj og Vallensbæk) vha. nøgletal fra *Sundhedsprofil for region og*

kommuner 2010 (7) og *Kroniske Sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden* (8). Desuden beskrives de deltagende borgerne i Vestegnsprojektet sammenlignet med alle borgere med KOL og diabetes i kommunerne. Der er fokus på befolkningsstørrelsen, den demografiske sammensætning, socioøkonomiske forhold samt helbred og sundhedsadfærd.

3.1 Befolkningsstørrelsen og alderssammensætningen

Tabel 3.1 viser størrelsen af den voksne befolkning de syv kommuner, der indgår i Vestegnsprojektet. Der er stor variation i indbyggertallet med færrest borgere i Vallensbæk Kommune og mere end tre gange så mange borgere i den mest folkerige kommune, Hvidovre Kommune. Da kronisk sygdom er mest udbredt i den ældre del af befolkningen, har alderssammensætningen i kommunernes befolkning betydning for sygdomsbyrden i de enkelte kommuner. Andelen af borgere, der er 55 år eller derover, varierer på tværs af kommunerne (se tabel 3.1).

Tabel 3.1 Befolkningen i Vestegnsprojektets kommuner

Kommune	Antal borgere ≥16 år	Antal borgere ≥ 55 år (%)
Albertslund	21.800	7.200 (33 %)
Brøndby	27.200	10.400 (38 %)
Glostrup	17.400	6.500 (37 %)
Hvidovre	39.800	14.100 (36 %)
Høje-Taastrup	37.500	12.900 (34 %)
Ishøj	16.200	5.300 (32 %)
Vallensbæk	11.000	4.100 (37 %)
I alt	170.900	60.500 (35 %)

Tallene stammer fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010* (7)

3.2 Befolkningens uddannelsesniveau og sociodemografiske profil

Uddannelse har betydning for borgernes helbred og sundhedsadfærd. Uddannelse er ofte bestemmende for borgernes sociale position og materielle ressourcer. Samtidig kan uddannelsesniveau være et udtryk for borgernes evne til at tilegne sig viden og til at træffe hensigtsmæssige beslutninger i forhold til deres egen sundhed. Erhvervstilknytning og indkomst er andre indikatorer for social position i samfundet, som er tæt relateret til uddannelsesniveau, og som har stor betydning for sundhedstilstanden i befolkningen.

Tabel 3.2 viser, hvor stor en andel af borgerne i de syv kommuner, der kun har grundskoleuddannelse, og hvor stor en andel, der har en lang videregående uddannelse. Som det fremgår af tabellen, er der stor variation i uddannelsesniveauet på tværs af kommunerne.

Tabel 3.2 Borgernes uddannelsesniveau i Vestegnsprojektets kommuner

Kommune	Borgere med højest en grundskoleuddannelse		Borgere med lang videregående uddannelse	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Albertslund	2.000	10 %	1.700	8 %
Brøndby	2.900	12 %	1.900	8 %
Glostrup	1.700	11 %	1.300	8 %
Hvidovre	3.500	9 %	3.500	9 %
Høje-Taastrup	4.000	11 %	3.200	9 %
Ishøj	2.200	15 %	900	6 %
Vallensbæk	700	6 %	1.200	11 %
I alt	17.000	10 %	13.700	8 %

Tallene stammer fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010 (7)*

På baggrund af andelen af borgere, der kun har en grunduddannelse, andelen udenfor arbejdsmarkedet og borgernes gennemsnitlige bruttoindkomst, inddeles kommuner i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010 (7)* i fire kommunesocialgrupper. Vallensbæk Kommune er i kommunesocialgruppe 1, som er den højeste. Glostrup, Hvidovre og Høje-Taastrup Kommuner er placeret i kommunesocialgruppe 3 og Albertslund, Brøndby og Ishøj Kommuner i kommunesocialgruppe 4.

3.3 Befolkningens etniske baggrund

Tabel 3.3 viser andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund i de syv kommuner. Etnisk baggrund kan have betydning for forekomsten af sygdomme, da der kan være forskel på sundhedsadfærd eller genetisk disposition for specifikke sygdomme på tværs af etnicitet. Omtrent hver syvende borger har en ikke-vestlig baggrund, men der er stor variation i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund på tværs af kommunerne. Den mindste andel findes i Glostrup Kommune, hvor 9 % af borgerne har en ikke-vestlig baggrund, mens de største andele findes i Brøndby og Ishøj Kommuner, hvor 22 % af borgerne har en ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.3 Borgere med ikke-vestlig baggrund i Vestegnsprojektets kommuner

Kommune	Antal borgere	Andel af samlede borgere
Albertslund	4.000	18 %
Brøndby	5.900	22 %
Glostrup	1.500	9 %
Hvidovre	4.900	12 %
Høje-Taastrup	5.400	14 %
Ishøj	3.600	22 %
Vallensbæk	1.100	10 %
I alt	26.400	15 %

Data stammer fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010* (7)

3.4 Borgere med KOL og diabetes i Vestegnsprojektets kommuner

Antallet af borgere med kronisk sygdom i de enkelte kommuner giver en indikation af behovet for rehabilitering og dermed mulighed for vurdering af dimensioneringen af indsatsen. I dette afsnit beskrives antallet af borgere med diabetes og KOL i de syv kommuner i Vestegnsprojektet. Tabel 3.4 viser andelen af borgere med diabetes og KOL i de syv kommuner opgjort på baggrund af registerdata. Der er i gennemsnit cirka 5 % borgere med KOL (i alt knap 9.000 borgere) og 6,6 % borgere med diabetes (i alt godt 11.000 borgere). Andelen af borgere med KOL er mindst i Vallensbæk og Albertslund Kommune, og andelen af borgere med diabetes er mindst i Vallensbæk og Glostrup Kommune. For både KOL og diabetes har Brøndby Kommune den største andel af syge borgere.

Tabel 3.4 Borgere med KOL og diabetes i Vestegnsprojektets kommuner i 2010

Kommune	Borgere med KOL		Borgere med diabetes	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Albertslund	1.055	4,8 %	1.377	6,3 %
Brøndby	1.605	5,9 %	2.145	7,9 %
Glostrup	950	5,4 %	1.052	6,0 %
Hvidovre	2.013	5,0 %	2.587	6,5 %
Høje-Taastrup	1.851	4,9 %	2.285	6,1 %
Ishøj	860	5,3 %	1.234	7,6 %
Vallensbæk	463	4,2 %	640	5,8 %
I alt	8.797	5,1 %	11.320	6,6 %

3.5 Borgerne i Vestegnsprojektet

I denne del af kapitlet beskrives de borgere med KOL og type 2-diabetes, som har deltaget i Vestegnsprojektet. Populationen udgøres af de borgere, som er registreret i Vestegnsdatabasen i kommunerne eller på hospitalerne, og som har udfyldt et spørgeskema før rehabiliteringen (i alt 624 personer).

Tabel 3.5 viser deltagernes sociodemografiske profil. Der er lidt flere kvinder end mænd, både blandt borgerne med KOL og type 2-diabetes. Borgerne med KOL er generelt ældre end borgerne med type 2-diabetes, hvilket også kan forklare, at der er en større andel af pensionister blandt disse borgere. Flertallet af borgerne i begge sygdomsgrupper har en erhvervsfaglig eller en kort videregående uddannelse. Der er en større andel af borgerne med KOL, der ikke har en erhvervsuddannelse, end borgerne med type 2-diabetes. En større andel af borgere med KOL er enlige end borgere med type 2-diabetes. Kun en ganske lille del af borgerne i begge sygdomsgrupper har anden etnisk baggrund end dansk (ca. 2-7%). Dette står i kontrast til, at knap hver syvende borger i Vestegnskommunerne har en ikke-vestlig baggrund (jf. tabel 3.5.).

Tabel 3.5 Sociodemografiske forhold blandt Vestegnsprojektets deltagere før rehabilitering

	KOL	Type 2-diabetes
Hele populationen*	292 (100 %)	339 (100 %)
Køn		
Mand	128 (44 %)	165 (49 %)
Kvinde	164 (56 %)	174 (51 %)
Alder		
<60 år	40 (14 %)	120 (36 %)
60-69 år	121 (41 %)	144 (43 %)
70+ år	131 (45 %)	71 (21 %)
Uddannelse		
Ingen erhvervsuddannelse	58 (22 %)	45 (15 %)
Erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse	163 (63 %)	206 (68 %)
Mellemlang eller lang videregående uddannelse	38 (15 %)	53 (17 %)
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	22 (8 %)	94 (28 %)
Udenfor arbejdsmarkedet	45 (16 %)	63 (19 %)
Pensionist	215 (76 %)	175 (53 %)
Samlivsstatus		
Enlig	123 (44 %)	99 (30 %)
Samlevende	160 (57 %)	234 (70 %)
Etnisk baggrund		
Dansk	283 (98 %)	313 (93 %)
Anden etnisk baggrund	5 (2 %)	24 (7 %)

* 7 personer har både KOL og type 2-diabetes og indgår derfor i begge sygdomsgrupper

Sammenligning af deltagere og alle borgere med KOL og diabetes i Vestegnskommunerne

I dette afsnit sammenlignes den sociodemografiske profil, sundhedsadfærd og generelt helbred blandt de borgere med KOL og diabetes, som *deltog* i Vestegnsprojektet⁴, med *alle* borgere med KOL og diabetes i Vestegnskommunerne/Planlægningsområde Syd. Denne sammenligning er dels baseret på eksisterende opgørelser (8), dels på nye upublicerede analyser foretaget på en kombination af Sundhedsprofildata og registerdata. Sammenligningen giver et billede af, hvilke typer af borgere med KOL og diabetes, som hhv. henvises/deltager eller ikke henvises/deltager i projektet.

Borgere med KOL i Vestegnsprojektet er generelt ældre, og har et dårligere helbred end alle borgere med KOL i Vestegnskommunerne. Borgerne med diabetes i Vestegnsprojektet er derimod generelt yngre og har et bedre helbred og sundere livsstil, end alle borgere med diabetes i kommunerne, men er dog mere overvægtige. Andelen af borgere med KOL eller diabetes, som ryger, er lavere blandt deltagere i Vestegnsprojektet end i befolkningen med KOL og diabetes generelt. Borgere, som er i beskæftigelse er generelt underrepræsenteret i Vestegnsprojektet, mens pensionister i højere grad deltager. Blandt borgere med diabetes er der desuden flere kvinder end mænd, der deltager i projektet. Borgere med dårligt mentalt helbred og borgere med anden etnisk baggrund end dansk er også underrepræsenteret i projektet i begge sygdomsgrupper. Det lave antal af henviste borgere med anden etnisk baggrund end dansk kan til dels hænge sammen med, at rehabiliteringstilbuddene ikke indebar tolkebistand (et kriterium for at deltage i rehabilitering var, at borgeren skulle kunne forstå og tale dansk) eller det kan skyldes helt andre faktorer. Særlige indsatser til borgere med anden etnisk baggrund end dansk er dog et delformål og et særskilt indsatsområde i Vestegnsprojektet, som ikke indgår i denne evaluering. For yderligere informationer om dette projekt, se ”Sårbar”-rapporterne i Vestegnsprojektet. For yderligere detaljer om hvilke borgere med KOL og diabetes, som deltager i Vestegnsprojektet, se sammenligningerne herunder.

Sammenlignet med *alle* borgere med KOL i Vestegnskommunerne, er der blandt borgerne med KOL i Vestegnsprojektet generelt:

- samme kønsfordeling, men flere ældre borgere
- samme sociale uddannelsesgradient
- færre borgere i beskæftigelse og flere pensionister
- flere borgere med dansk baggrund
- lidt færre rygere
- flere fysisk inaktive borgere
- flere borgere med dårligt fysisk helbred
- færre borgere med dårligt mentalt helbred
- færre svært overvægtige

⁴ Opgørelsen er lavet ud fra alle borgere i Vestegnsdatabasen, som har udfyldt mindst et spørgeskema.

Sammenlignet med *alle* borgere med diabetes i Vestegnskommunerne, er der blandt borgerne med diabetes i Vestegnsprojektet generelt:

- flere kvinder og flere yngre borgere
- samme sociale uddannelsesgradient
- lidt færre borgere i beskæftigelse og lidt flere pensionister
- flere borgere med dansk baggrund
- færre rygere
- færre fysisk inaktive
- færre med dårligt fysisk eller mentalt helbred
- flere svært overvægtige

4 Henvisning og deltagelse

- 618 borgere med type 2-diabetes og 477 borgere med KOL blev ifølge Vestegnsdatabasen henvist til rehabilitering i kommunerne eller på hospitalet
 - Stort set alle alment praktiserende læger i Vestegnskommunerne har henvist borgere til rehabilitering i projektperioden, men størstedelen af lægerne har henvist meget få borgere.
 - Borgerne med KOL og type 2-diabetes i Vestegnsdatabasen blev i gennemsnit tilbudt mellem to og tre tilbud og gennemførte mellem et og to tilbud
 - KOL- og diabetes-skole er de tilbud, som flest borgere henvises til, tilbydes og deltager i
 - Under halvdelen af borgere med KOL, som ryger, tilbydes ifølge Vestegnsdatabasen rygeafvænning
 - Mange borgere blev tilbudt indsatser i kommunen, som de ikke var henvist til af lægen – især fysisk træning, kostvejledning og rygeafvænning
 - Langt de fleste borgere tager imod tilbud om patientskole og fysisk træning, mens de i mindre grad tager imod tilbud om rygeafvænning og generel patientuddannelse
 - Flest borgere falder fra allerede inden opstart af tilbud
 - Størstedelen af de borgere, som møder op til de forskellige tilbud, gennemfører også tilbuddet
 - Forskelle i antallet af borgere, som bliver henvist til rehabilitering på tværs af kommuner kan dels skyldes forskelle i de alment praktiserende lægers henvisningspraksis eller i kommunernes tilbud og visitation
-

I dette afsnit beskrives rehabiliteringsaktiviteten i Vestegnsprojektet. Det drejer sig om, hvor mange borgere, der af en læge henvises til kommunerne og hospitalernes rehabiliteringstilbud, hvilke forløb de tilbydes i kommunerne eller på hospitalerne, og i hvor høj grad borgerne accepterer, deltager i og gennemfører de enkelte tilbud. Rehabiliteringstilbuddene omfatter sygdomsspecifik patientuddannelse (diabetes- og KOL-skoler), rygeafvænning, fysisk træning, kostvejledning og generel patientuddannelse. De borgere, som slet ikke bliver henvist, er ikke med i disse opgørelser. For at blive tilbudt et rehabiliteringsforløb i en kommune eller et hospital skal borgere med KOL eller type 2-diabetes henvises fra deres almen praktiserende læge eller fra hospitalet, som vurderer, om henvisningskriterierne er opfyldt. Selvom borgerne i princippet skal henvises af en læge til de enkelte tilbud, er der forskel på, hvordan de praktiserende læger forvalter dette. Nogle læger henviser specifikt til de enkelte tilbud, mens andre laver en generel henvisning og overlader vurderingen af specifikke tilbud til kommunen. Det sker således ofte, at borgere bliver tilbudt forløb i kommunerne, som de ikke er blevet specifikt henvist til af deres læge. Kommunekontaktpersonen, som

foretager visiteringen med borgeren, vurderer i disse tilfælde, at andre tilbud (også) er relevante. Omvendt kan borgere, som er henvist af en læge til et forløb, også ende med ikke at få tilbudt netop det forløb i kommunen.

Data til resultaterne i dette kapitel stammer fra Vestegnsdatabasen. Hvidovre og Glostrup Hospital har kun indberettet borgere med KOL, og blandt disse er kun nogle af rehabiliteringstilbuddene registreret. Resultater for hospitalerne afspejler derfor ikke nødvendigvis den faktiske rehabiliteringsaktivitet på hospitalerne. Da der kan være forskelle i registreringspraksis på tværs af kommuner, skal kommuneforskelle i den rapporterede rehabiliteringsaktivitet generelt fortolkes med forsigtighed. Der er desuden variation i tilrettelæggelsen, indhold og varighed af de enkelte tilbud på tværs af kommuner/hospitaler, som det ikke har været muligt at tage højde for.

Kapitlet er opbygget som følger: Først beskrives antallet af henviste borgere til de enkelte kommuner og hospitaler, samt hvor de er henvist fra. Derefter følger en beskrivelse af aktiviteten for hver type af rehabiliteringstilbud, opdelt for borgere med KOL og type 2-diabetes (herefter benævnt ”diabetes”). Herefter følger en opsummering og sammenligning af rehabiliteringsaktiviteten på tværs af tilbud. Denne opsummering vurderer temaer såsom antallet af henviste borgere i alt, lægernes henvisningspraksis kontra kommunernes visitation af borgere til tilbud samt borgernes accept af, deltagelse i og gennemførsel af tilbud.

4.1 Henvisninger til rehabiliteringstilbud i kommuner og på hospitaler

Henvisninger til kommunale tilbud

Tabel 4.1 viser antallet af borgere med hhv. KOL og diabetes, der er blevet henvist til kommunale rehabiliteringstilbud af hhv. egen læge eller af hospitalet i de syv kommuner. I alt 321 borgere med KOL og 618 borgere med diabetes blev henvist til kommunale tilbud. Selvom der er omtrent lige mange borgere med KOL og diabetes i befolkningen (se kapitel 3), henvises der altså langt flere borgere med diabetes end borgere med KOL til kommunal rehabilitering. Dette er også fundet i andre undersøgelser (9;10). Hvorvidt dette afspejler forskelle i det reelle rehabiliteringsbehov i de to patientpopulationer eller om andre faktorer er på spil vides ikke.

For begge diagnoser henvises langt størstedelen af borgerne til de kommunale rehabiliteringstilbud af deres egen læge, hvilket er i overensstemmelse med fund i andre rapporter (5;6;7;8;11).

Tabel 4.1 Henvisning til kommunale rehabiliteringstilbud fra egen læge og hospital

Kommune	KOL			Diabetes		
	Antal henvist fra egen læge	Antal henvist fra hospital	Total	Antal henvist fra egen læge	Antal henvist fra hospital	Total
Albertslund Kommune	61	10	69	171	6	181
Brøndby Kommune	49	0	49	67	0	67
Glostrup Kommune	67	0	67	54	2	57
Hvidovre Kommune	0	0	0	76	2	79
Høje-Taastrup Kommune	44	8	53	93	8	102
Ishøj Kommune	46	1	49	70	3	74
Vallensbæk Kommune	25	1	34	50	1	58
Total	292 (94 %)	20 (6 %)	321*	581 (96 %)	22 (4 %)	618*

* Totalen svarer ikke til summen af henviste fra egen læge og hospital. Dette skyldes, at den samme person kan være henvist fra både egen læge og fra hospitalet, og at der for nogle personer ikke er oplyst, hvor henvisningen kommer fra.

Der er relativt stor kommunal variation i antallet af borgere med KOL og diabetes, som henvises til de forskellige rehabiliteringstilbud. Generelt hænger antallet af borgere, som bliver henvist til rehabilitering, sammen med kommunens befolkningsstørrelse og antallet af kronisk syge borgere i de enkelte kommuner (se kapitel 3). Færrest borgere bliver således henvist til rehabiliteringstilbud i Vallensbæk Kommune, som også er den mindste kommune i projektet med færrest borgere med KOL og diabetes. Større kommuner som Brøndby og Høje-Taastrup har generelt henvist flere borgere til rehabiliteringstilbud. En del af den kommunale variation i henvisningsaktiviteten kan ikke kun forklares med patientpopulationens størrelse. Her kan forskelle i de alment praktiserende lægers henvisningspraksis eller kommunernes tilbud og visitationspraksis spille en rolle. Albertslund Kommune, som har en gennemsnitlig størrelse, henviser i mange tilfælde flest borgere til de forskellige tilbud (især diabetes-skole, kostvejledning og fysisk træning for borgere med diabetes). Omvendt er antallet af henviste borgere i Hvidovre Kommune relativt lavt i sammenligning med de øvrige kommuner i betragtning af, at denne kommune har det største befolkningsgrundlag. Dette kan dog delvist forklares ved, at kommunen ikke tilbyder sygdomsspecifik patientuddannelse til borgere med KOL. Kommunen tilbyder dog en række enkeltstående tilbud, som ikke er registreret i dette projekt.

Henvisninger til rehabiliteringstilbud på hospitaler

Tabel 4.2 viser antallet af borgere med KOL, der er blevet henvist til rehabiliteringstilbud på Glostrup og Hvidovre Hospital af hhv. egen læge eller af hospitalet (hospitalerne registrerede ikke borgere med diabetes). I alt 167 borgere med KOL blev henvist til rehabiliteringstilbud på hospital – langt størstedelen på Hvidovre Hospital. Der henvises således langt flere borgere til rehabilitering i kommunerne end på hospitalerne. På Hvidovre Hospital var 95 % af de henviste borgerne med KOL blevet henvist af hospitalet. Der er en tendens

til, at lidt flere borgere med KOL henvises til kommunal rehabilitering fra hospitalet og lidt færre fra deres egen læge end tilfældet er blandt borgere med diabetes. Dette er også fundet i andre rapporter (9;12).

Tabel 4.2 Henvisning til rehabiliteringstilbud på hospital fra egen læge og hospital

Hospital	KOL		Total
	Antal henvist fra egen læge	Antal henvist fra hospital	
Glostrup Hospital	0*	0*	36
Hvidovre Hospital	7	124	131
Total	7 (5 %)	124 (95 %)	167*

* Glostrup Hospital registrerede ikke hvor borgerne med KOL blev henvist fra. Totalen svarer derfor ikke til summen af henviste fra egen læge og hospital.

Antallet af henviste borgere steg i løbet af projektperioden, mest mellem 2009 og 2010. Fra 2010 til 2011 steg antallet af borgere med KOL, som blev henvist til rehabilitering, mens der blandt borgere med diabetes var et lille fald i antallet af henviste. Samlet set var stigningen i antallet af henviste fra 2010 til 2011 i Vestegnsprojektet mindre end gennemsnittet for hele regionen (32%) (9). Dette kan skyldes, at implementeringen af forløbsprogrammerne startede på Vestegnen allerede i 2009, hvorfor den største stigning skete fra 2009 til 2010, mens den i mange andre kommuner startede senere.

Henvisninger fra almen praksis i Vestegnskommuner

Stort set alle de alment praktiserende læger i Vestegnskommunerne pr. 1/10 2012 henviste borgere til rehabilitering i løbet af projektperioden siden 2009 (99 % af de aktive ydernumre). Dette er positivt og bedre end situationen i et tilsvarende projekt i Helsingør Kommune, hvor 75 % af kommunens almene praksisser havde henvist til kommunal rehabilitering i 2011. Antallet af henviste borgere pr. ydernummer varierede dog markant (fra 1 til 121). fleste ydernumre havde meget få henvisninger i perioden, mens det var meget få ydernumre med mange henvisninger, der drev størstedelen af den samlede henvisningsaktiviteten. Det gennemsnitlige antal henviste pr. ydernummer varierer også på tværs af kommunerne med færrest henviste borgere i Brøndby, Hvidovre og Høje Taastrup Kommuner (under 10 pr. ydernummer) og flest henviste borgere i Albertslund, Glostrup og Ishøj Kommune (ca. 20 pr. ydernummer). Selvom en del af variationen kan skyldes forskelle i patientpopulationer og i andelen og størrelsen af kompagniskabspraksis med fælles patientliste i de forskellige kommuner, peger det store antal af læger med meget få henvisninger på et forbedringspotentiale i de alment praktiserende lægers henvisningsaktivitet.

Vurdering af antallet af henviste

I alt 477 borgere med KOL og 618 borgere med diabetes blev henvist til rehabilitering i kommuner eller på hospital i projektperioden. Der findes ingen standard for, hvor mange af borgerne med KOL og diabetes, som skal tilbydes rehabilitering, men i betragtning af, at der er knap 11.000 borgere med diabetes og knap 9.000 borgere med KOL i Vestegnskommunerne (se kapitel 3) kunne man have forventet, at flere borgere var blevet henvist til rehabilitering i løbet af projektperioden.

Der kan være flere årsager til, at der ikke henvises flere borgere til rehabilitering: 1) de almen praktiserende læger er muligvis ikke i kontakt med alle borgere med KOL og diabetes, 2) deres kendskab til eksisterende rehabiliteringstilbud kan være begrænset og dermed påvirke henvisningspraksis og 3) endelig kan nogle borgere være blevet tilbudt henvisning, men ikke have ønsket det. Barrierer for henvisning fra almen praksis til kommunale sundhedstilbud i Vestegnsprojektet er blevet undersøgt i en særskilt rapport (13) (dog primært vedr. borgere med diabetes og kun få særligt henvisningsaktive almene praksisser). I denne undersøgelse fandt de praktiserende læger det ikke relevant at henvise cirka halvdelen af de syge borgere, primært fordi borgerne allerede tidligere havde været på patientskole eller på grund af sproglige udfordringer i forhold til om borgeren kan følge et tilbud på dansk. Dette kan eventuelt forklare, hvorfor borgere med anden etnisk baggrund er underrepræsenterede i Vestegnsprojektet (se kapitel 3). Derudover var det kun en tredjedel af de borgere, som lægen ville henvise, der selv accepterede at blive henvist. Dette gjaldt især de yngre borgere. Borgernes primære grunde til at de ikke ønskede at blive henvist var, at de følte sig fuldt informeret om deres sygdom og ikke havde behov for det, eller at de ikke var motiverede for det. Hvad angår sidstnævnte, antyder det, at der kan være et potentiale ved en større sundhedspædagogisk indsats fra lægernes side. Strukturelle barrierer som transportproblemer blandt ganghæmmede, samt behov for særlige tilbud til psykisk sårbare borgere repræsenterer dog også et indsatsområde. Sammenligningen af deltagere i Vestegnsprojektet med alle borgere med KOL og diabetes i Vestegnskommunerne (se afsnit 3.5) peger desuden på, at henvisning af især ældre borgere med diabetes, yngre borgere med KOL, rygere og borgere i beskæftigelse er et indsatsområde.

4.2 Henvisning og deltagelse i de enkelte tilbud

I dette afsnit beskrives aktiviteten i de enkelte rehabiliteringstilbud i projektperioden et efter et. Resultaterne er opgjort separat for borgere med hhv. KOL og diabetes.

Sygdomsspecifik patientuddannelse

De sygdomsspecifikke patientuddannelser (KOL- og diabetesskole) er de rehabiliteringstilbud, som absolut flest borgere henvises til, tilbydes og gennemfører.

Tabel 4.3 viser, hvor mange borgere med KOL, der er blevet henvist til, fået tilbudt og har accepteret, deltaget i og gennemført sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med KOL (KOL-skole).

Tabel 4.3 Sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med KOL (KOL-skole)

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	59	59	51	41	39
Brøndby Kommune	45	49	35	32	27
Glostrup Kommune	59	63	57	46	44
Hvidovre Kommune*	0	0	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune	45	50	44	13	13
Ishøj Kommune	45	48	48	46	38
Vallensbæk Kommune	23	34	31	29	27
Glostrup Hospital**	33	35	35	32	26
Hvidovre Hospital	131	131	131	114	100
Total	432	460	424	350	312

* Hvidovre Kommune har ikke et tilbud om sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med KOL.

** Forskellen på antallet af borgere, som hhv. henvises og tilbydes KOL-skole på hospitalet, kan skyldes, at henvisningen kommer fra egen læge.

I alt 432 borgere med KOL blev henvist til KOL-skole. 460 borgere med KOL blev tilbudt KOL-skole, hvilket svarer til 96 % af alle de borgere med KOL, som blev henvist til rehabilitering. Cirka hver tredje af de henviste blev henvist til KOL-skole på Hvidovre Hospital. Borgere, som henvises fra hospitalerne til et rehabiliteringsforløb på hospitalerne bliver automatisk også tilbudt forløbet. Næsten alle de borgere, som blev henvist til KOL-skole i kommunerne, blev også tilbudt KOL-skole (kun fem henviste personer blev ikke tilbudt KOL-skole). Derudover blev 32 borgere, som ikke var henvist specifikt til tilbuddet, alligevel tilbudt KOL-skole i kommunerne. Det vil sige, at kommunekontaktpersonen i disse tilfælde foretog en faglig revurdering af borgerens behov.

Tabel 4.4 viser, hvor mange borgere med diabetes, der er blevet henvist til, fået tilbudt og har accepteret, deltaget i og gennemført sygdomsspecifik patientuddannelse (diabetes-skole).

Tabel 4.4 Sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med diabetes (diabetes-skole)

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	148	129	117	103	96
Brøndby Kommune	63	66	54	50	37
Glostrup Kommune	45	53	40	38	35
Hvidovre Kommune	56	78	73	70	70
Høje-Taastrup Kommune	84	92	84	29	26
Ishøj Kommune	67	71	69	65	61
Vallensbæk Kommune	43	58	53	50	47
Glostrup Hospital*	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital*	-	-	-	-	-
Total	506	547	490	405	372

* Hospitalerne registrerede ingen rehabiliteringsaktivitet blandt borgere med diabetes.

I alt 506 borgere blev henvist til diabetes-skole, og 547 blev tilbudt diabetes-skole, hvilket svarer til 89 % af alle de borgere med diabetes, som blev henvist til rehabilitering. Størstedelen af de borgere, som var henvist til diabetes-skole i kommunerne, blev også tilbudt diabetes-skole. 24 personer, svarende til 5 % af de henviste, fik dog ikke tilbuddet. Derudover blev 65 borgere tilbudt diabetes-skole af kommunekontaktpersonen, selvom de ikke var henvist specifikt til det.

For begge diagnoser gælder det, at:

- cirka ni ud af ti borgere, som fik tilbudt sygdomsspecifik patientuddannelse i kommunen, accepterede tilbuddet
- godt og vel otte ud af ti borgere, som accepterede tilbuddet, mødte op minimum én gang
- blandt de fremmødte gennemførte ni ud af ti
- knap syv ud af ti borgere, som fik tilbuddet, gennemførte

Borgere med KOL i rehabilitering på hospitalerne accepterede i højere grad tilbud om KOL-skole end borgere i kommunal rehabilitering.

Rygeafvænning

Tabel 4.5 viser, hvor mange borgere med KOL, der er blevet henvist til, fået tilbudt, og har accepteret, deltaget i og gennemført et rygeafvænningsforløb.

Tabel 4.5 Rygeafvænning blandt borgere med KOL

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	13	11	8	6	5
Brøndby Kommune	14	17	11	9	8
Glostrup Kommune	8	18	7	3	3
Hvidovre Kommune*	0	0	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune	6	4	4	0	0
Ishøj Kommune	5	10	11	7	5
Vallensbæk Kommune	2	5	0	0	0
Glostrup Hospital**	0	0	0	0	0
Hvidovre Hospital***	-	-	-	-	-
Total	48	65	41	25	21

* Rygeafvænning i Hvidovre Kommune foregår uden lægehenvi- sning og registreres derfor ikke i Vestegnsdatabasen.

** Rygeafvænning på Glostrup Hospital er nedlagt i projektperioden

*** Hvidovre Hospital har ikke registreret rygeafvænningsaktiviteten

I alt 48 borgere med KOL blev henvist til rygeafvænning i kommunerne. I lyset af, at cirka hver fjerde borger med KOL (svarende til cirka 130 borgere i Vestegnsprojektet) var rygere før rehabiliteringsindsatsen, må antallet af henviste borgere til rygeafvænning betragtes som lavt. Ingen borgere blev ifølge registreringerne i Vestegnsdatabasen henvist til rygeafvænning på Glostrup Hospital, mens Hvidovre Hospital slet ikke registrerede rygeafvænningsaktiviteten.

Syv af de borgere, som blev henvist til rygeafvænning, blev ikke tilbudt rygeafvænning efterfølgende i kommunerne (15 %), men omvendt blev 24 personer tilbudt rygeafvænning uden at være blevet henvist til det oprindeligt – især i Glostrup Kommune. Dvs., at visitationen i kommunerne til dels kompenserer for, at lægerne ikke i tilstrækkelig grad henviser rygere til rygeafvænning. Det er fortsat kun halvdelen af det forventede antal af rygere med KOL i projektet, som tilbydes rygeafvænning i kommunerne i forbindelse med henvisning til rehabilitering. Antallet af borgere, som blev henvist til rygeafvænning var også lavt i pilotundersøgelsen i 2009 (4).

Tabel 4.6 viser, hvor mange borgere med diabetes, der er blevet henvist til, fået tilbudt, og har accepteret, deltaget i og gennemført rygeafvænning.

Tabel 4.6 Rygeafvænning blandt borgere med diabetes

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	6	6	4	3	3
Brøndby Kommune	3	4	3	3	2
Glostrup Kommune	3	6	3	1	0
Hvidovre Kommune*	0	1	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune	4	2	2	0	0
Ishøj Kommune	2	3	2	2	2
Vallensbæk Kommune	1	3	3	1	1
Glostrup Hospital**	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital**	-	-	-	-	-
Total	19	25	17	10	8

* Rygeafvænning i Hvidovre Kommune foregår uden lægehenvi sning og registreres derfor ikke i Vestegnsdatabasen.

** Hospitalerne registrerede ingen rehabiliteringsaktivitet blandt borgere med diabetes.

I alt blev kun 19 borgere med diabetes henvist til rygeafvænning på tværs af kommuner hvilket svarer til 3 % af alle borgere med diabetes, som blev henvist til rehabilitering. 16 af de henviste borgere fik også tilbudt rygeafvænning i kommunerne, og derudover blev ni personer tilbudt rygeafvænning, selvom de ikke oprindeligt var henvist til det. Hver tredje borger, der fik tilbudt rygeafvænning, var således ikke blevet henvist til det oprindeligt. I alt fik 25 personer tilbudt rygeafvænning svarende til 4 % af borgerne med diabetes i projektet, selvom knap hver femte borgere med diabetes er ryger.

Hver tredje borger med KOL eller diabetes, som fik tilbudt rygeafvænning i kommunerne, gennemførte forløbet. Frafaldet skyldtes primært, at borgerne ikke accepterede tilbuddet eller ikke mødte op første gang. Blandt de fremmødte var gennemførselsprocenten høj. For begge diagnoser gælder det, at:

- omtrent to tredjedele af de borgere, der blev tilbudt rygeafvænning, sagde ja tak til at deltage
- af disse mødte godt halvdelen op
- otte ud af ti fremmødte gennemførte forløbet

Fysisk træning

Næst efter de sygdomsspecifikke patientuddannelser er fysisk træning det tilbud, som flest borgere henvises til, tilbydes og gennemfører. Den kommunale variation i antallet af henviste til fysisk træning, skal ses i lyset af, at fysisk træning er organiseret forskelligt på tværs af kommuner, hvilket kan gøre at registreringen ikke er helt standardiseret. I nogle kommuner er træningen integreret i de sygdomsspecifikke patientskoler, og i nogle kommuner tilbydes det individuelt ved behov. Tabel 4.7 viser, hvor mange borgere med KOL, der er blevet henvist til, fået tilbudt, og har accepteret, deltaget i og gennemført fysisk træning.

Tabel 4.7 Fysisk træning blandt borgere med KOL

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	46	45	45	28	19
Brøndby Kommune	44	49	33	26	23
Glostrup Kommune	50	60	59	42	40
Hvidovre Kommune	0	0	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune	48	49	48	27	21
Ishøj Kommune	45	49	49	47	40
Vallensbæk Kommune	6	34	30	28	26
Glostrup Hospital	0	5	5	5	-
Hvidovre Hospital*	-	-	-	-	-
Total	239	289	267	202	169

*Hvidovre Hospital har ikke registreret henvisning til og deltagelse i fysisk træning.

I alt 239 borgere med KOL blev henvist til fysisk træning, og 289 blev tilbudt fysisk træning, hvilket svarer til 61 % af alle borgere med KOL, som blev henvist til rehabilitering. Næsten alle de henviste borgere i kommunerne (94 %), blev efterfølgende tilbudt fysisk træning (15 af de henviste blev ikke tilbudt fysisk træning). Herudover blev 62 borgere tilbudt fysisk træning uden at være blevet henvist til det oprindeligt – især i Vallensbæk Kommune. Hvidovre Hospital har et træningstilbud for borgere med KOL, men indberettede ikke til Vestegnsdatabasen, hvor mange borgere der blev tilbudt fysisk træning.

Tabel 4.8 viser, hvor mange borgere med diabetes, der er blevet henvist til, fået tilbudt og har accepteret, deltaget i og gennemført fysisk træning.

Tabel 4.8 Fysisk træning blandt borgere med diabetes

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	94	87	83	46	27
Brøndby Kommune	67	66	33	26	20
Glostrup Kommune	38	49	46	34	26
Hvidovre Kommune	1	72	60	35	27
Høje-Taastrup Kommune	70	70	69	25	19
Ishøj Kommune	47	72	59	44	40
Vallensbæk Kommune	16	58	45	31	27
Glostrup Hospital*	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital*	-	-	-	-	-
Total	333	474	395	241	186

* Hospitalerne tilbyder ikke fysisk træning til borgere med diabetes.

Blandt borgere med diabetes i projektet blev 333 henvist til fysisk træning i kommunerne. Der skete en stor revurdering af borgernes behov i kommunernes visitation, idet 168 personer, som ikke var henvist til fysisk træning, blev det tilbudt alligevel. Dette skete især i Hvidovre, Ishøj og Vallensbæk kommuner, som alle havde et relativt lille antal af henviste. Omvendt fik 27 af de borgere, som var henvist til fysisk træning (svarende til 19 %), ikke et tilbud om fysisk træning i kommunen. I alt fik 77% af alle borgere med diabetes, som blev henvist til rehabilitering, tilbudt fysisk træning.

Selvom flere borgere med diabetes end KOL blev tilbudt fysisk træning, var det en større andel af borgere med KOL end diabetes, der accepterede tilbuddet, og som mødte op til den fysiske træning.

- Fire ud af ti borgere med diabetes, som var blevet tilbudt fysisk træning i kommunen, gennemførte forløbet
- Seks ud af ti borgere med KOL, som var blevet tilbudt fysisk træning i kommunen, gennemførte forløbet

For begge diagnoser ses det største frafald ved, at borgeren ikke møder op til fysisk træning første gang, selvom borgeren har sagt ja tak til tilbuddet. Af de, som valgte at møde op til fysisk træning, gennemførte ca. otte ud af ti forløbet.

Kostvejledning

Kostvejledning indgår i minimumsstandarden i forløbsprogrammet for diabetes, mens det er frivilligt for kommunerne at tilbyde kostvejledning til borgere med KOL. Den kommunale variation i antallet af henviste til kostvejledning, skal ses i lyset af, at kostvejledning er tilrettelagt forskelligt på tværs af kommuner, hvilket kan gøre at registreringer, ikke er helt standardiseret. I nogle kommuner er kostvejledningen f.eks. integreret i de sygdomsspecifikke patientskoler, og i nogle kommuner tilbydes det individuelt ved behov. Tabel 4.9 viser, hvor mange borgere med KOL, der er blevet henvist til, fået tilbudt, og har accepteret, deltaget i og gennemført et kostvejledningsforløb.

Tabel 4.9 Kostvejledning blandt borgere med KOL

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune*	1	0	0	0	0
Brøndby Kommune	0	0	0	0	0
Glostrup Kommune*	1	0	0	1	1
Hvidovre Kommune**	0	0	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune*	0	0	0	0	0
Ishøj Kommune**	1	3	3	2	-
Vallensbæk Kommune	1	33	11	11	9
Glostrup Hospital***	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital***	-	-	-	-	-
Total	4	36	14	14	10

* Kommunen tilbyder ikke kostvejledning til borgere med KOL.

** Kostvejledningsforløb tilbydes og tilrettelægges individuelt efter behov. Det er derfor ikke muligt at afgøre, om borgeren gennemfører forløbet.

***På hospitalerne er henvisning til og deltagelse i kostvejledning ikke registreret. Desuden tilbydes og tilrettelægges kostvejledningen individuelt efter behov.

Kun fire borgere med KOL blev henvist til kostvejledning i kommunerne. Kun én af disse fik også tilbudt kostvejledning, mens 35 borgere med KOL blev tilbudt kostvejledning selvom de oprindeligt ikke var blevet henvist til det. Disse borgere kom især fra Vallensbæk Kommune. I alt fik 8 % af alle borgere med KOL, som blev henvist til rehabilitering, tilbudt kostvejledning.

Tabel 4.10 viser, hvor mange borgere med diabetes, der er blevet henvist til, fået tilbudt og har accepteret, deltaget i og gennemført kostvejledning.

Tabel 4.10 Kostvejledning blandt borgere med diabetes

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	64	54	48	39	27
Brøndby Kommune	10	1	0	0	0
Glostrup Kommune	25	41	27	13	12
Hvidovre Kommune*	26	7	0	2	-
Høje-Taastrup Kommune	62	66	64	21	19
Ishøj Kommune*	6	11	6	3	-
Vallensbæk Kommune	14	56	29	25	21
Glostrup Hospital**	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital**	-	-	-	-	-
Total	207	236	174	103	79

* Kostvejledningsforløb tilbydes og tilrettelægges individuelt efter behov. På disse enheder er det ikke muligt at afgøre, om borgeren gennemfører forløbet.

** Hospitalerne registrerede ingen rehabiliteringsaktivitet blandt borgere med diabetes.

Blandt borgere med diabetes blev 207 henvist til kostvejledning i kommunerne. En fjerdedel af disse (53 personer) fik dog ikke tilbudt kostvejledning (især i Hvidovre Kommune), men omvendt blev 82 borgere, som ikke var henvist, alligevel tilbudt forløbet. Disse borgere kom primært fra Glostrup og Vallensbæk Kommuner. I alt fik 236 borgere med diabetes således tilbudt kostvejledning, hvilket svarer til 38 % af alle borgere med diabetes, som blev henvist til rehabilitering. Kostvejledning tilbydes således blandt langt flere borgere med diabetes end borgere med KOL, hvilket giver mening i betragtning af, at det kun indgår som minimumsstandard i forløbsprogrammet for diabetes.

Kun en tredjedel af de borgere med diabetes, som blev tilbudt kostvejledning i kommunerne, gennemførte forløbet. Blandt borgere med KOL var det en endnu mindre andel.

- Frafaldet af borgere med KOL skyldes især, at borgerne ikke tager i mod tilbuddet i første omgang (61 %)
- Frafaldet af borgere med diabetes skyldes især, at de borgere, som tager imod tilbuddet, ikke vælger at møde op alligevel (41 %)

Af de fremmødte gennemfører syv til otte ud af ti forløbet uanset diagnose.

Generel patientuddannelse – ”Lær at leve med kronisk sygdom”

Generel patientuddannelse ikke er en del af minimumsstandarden, hverken i forløbsprogrammet for KOL eller diabetes. Det relativt lave antal af borgere med KOL og diabetes, som får tilbudt generel patientuddannelse, skal derfor ses i lyset af dette. Tabel 4.11 viser, hvor mange borgere med KOL der er blevet henvist til, fået tilbudt, og har accepteret, deltaget i og gennemført et generelt patientuddannelsesforløb (*Lær at leve med kronisk sygdom*).

Tabel 4.11 Generel patientuddannelse blandt borgere med KOL

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	12	8	4	2	1
Brøndby Kommune	11	6	2	2	1
Glostrup Kommune	29	45	18	5	5
Hvidovre Kommune*	0	0	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune**	13	11	11	0	0
Ishøj Kommune	3	1	1	0	0
Vallensbæk Kommune	3	3	1	1	1
Glostrup Hospital***	0	0	0	0	0
Hvidovre Hospital***	0	0	0	0	0
Total	71	74	37	10	8

* Generel patientuddannelse tilbydes ikke i kommunen

** Generel patientuddannelse blev annonceret men ikke oprettet i Høje-Taastrup Kommune (i 2011)

*** Generel patientuddannelse er ikke registreret/ tilbydes ikke i på hospitalet

I alt 71 borgere med KOL blev henvist til generel patientuddannelse. Kun tre ud af fire borgere, som var henvist til et generel patientuddannelsesforløb, blev efterfølgende også tilbudt det. Dog fik 21 borgere tilbudt generel patientuddannelse uden at være blevet henvist til det oprindeligt (svarende til 28 % af de som fik tilbuddet). Disse kom primært fra Glostrup Kommune. I alt fik 16 % af alle borgere med KOL, som blev henvist til rehabilitering, tilbudt generel patientuddannelse.

Tabel 4.12 viser, hvor mange borgere med diabetes, der er blevet henvist til, fået tilbudt og har accepteret, deltaget i og gennemført et generelt patientuddannelsesforløb (*Lær at leve med kronisk sygdom*).

Tabel 4.12 Generel patientuddannelse blandt borgere med diabetes

Enhed	Antal Henvist	Antal Tilbudt	Antal Accepteret	Antal Mødt op	Antal Gennemført
Albertslund Kommune	22	17	15	11	10
Brøndby Kommune	6	6	2	0	0
Glostrup Kommune	12	26	3	0	0
Hvidovre Kommune*	0	0	0	0	0
Høje-Taastrup Kommune**	19	15	13	0	0
Ishøj Kommune	3	3	1	0	0
Vallensbæk Kommune	5	5	3	3	3
Glostrup Hospital***	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital***	-	-	-	-	-
Total	67	72	37	14	13

* Generel patientuddannelse tilbydes ikke i kommunen.

** Generel patientuddannelse blev annonceret men ikke oprettet i Høje-Taastrup Kommune (i 2011)

*** Generel patientuddannelse er ikke registreret/ tilbydes ikke i på hospitalet.

Blandt borgere med diabetes i projektet blev 67 henvist til generel patientuddannelse. 15 af disse fik ikke tilbudt forløbet (22 %), men omvendt fik 20 andre borgere med diabetes tilbudt generel patientuddannelse uden at være henvist til det. I alt fik 12 % af alle borgere med diabetes, som blev henvist til rehabilitering, tilbudt generel patientuddannelse.

For begge diagnoser gælder det, at:

- Kun halvdelen af de borgere med KOL eller diabetes, som fik tilbudt generel patientuddannelse i kommunen, tog imod tilbuddet. Det er en langt mindre andel end ved de øvrige tilbud.
- Der er et stort frafald ved første fremmøde: to tredjedele af borgere med diabetes og endnu flere af borgerne med KOL. Det lave fremmøde skyldes dog dels, at tilbuddet ikke blev oprettet i Høje-Taastrup Kommune (i 2011).
- Blandt de fremmødte er det næsten alle, der gennemfører.

4.3 Opsummering på tværs af tilbud

Henvisning og visitation til kommunale tilbud

Generelt blev langt de fleste borgere, som var henvist til et forløb i kommunerne, også tilbudt det pågældende forløb. Det gælder især patientskolerne og blandt borgere med KOL også fysisk træning. Nogle borgere fik omvendt *ikke* tilbudt det forløb, de var henvist til af lægen. Det gælder især kostvejledning, generel patientuddannelse og fysisk træning blandt borgere med diabetes. Dette kan skyldes, at tilbuddet ikke eksisterer i kommunen (se bilag 1), eller at indsatsen er implementeret som delaktivitet i et andet tilbud (f.eks. kostvejledning i diabetes-skolen).

En del borgere blev tilbudt et forløb i kommunerne, som de *ikke* var henvist til af lægen. Dette var især tilfældet, hvad angår fysisk træning, kostvejledning og rygeafvænning, især blandt borgere med KOL. Der ses en kommunal variation, hvor især Glostrup og Vallensbæk Kommune skiller sig ud med en del borgere, som tilbydes specifikke forløb, som de ikke er henvist til af lægen. Når borgerne tilbydes tilbud, som de ikke er henvist til af lægen, kan skyldes, at lægerne ikke foretager en tilbudsspecifik henvisning – måske fordi de ikke kender de eksisterende tilbud eller bevidst overlader den specifikke vurdering af borgerens behov til kommunerne. Visitationen i kommunerne, hvor kommunekontaktpersonen foretager en revurdering af borgerens behov, får således stor betydning som ”kompensation” for lægernes manglende stillingtagen til relevante tilbud. Endelig kan det være, at borgerne er i en proces, hvor de er blevet mere motiverede, afklarede og parate til at tage imod tilbud ved visitationen i kommunen, end de var ved den tidligere henvisning hos lægen. Der er dog også den mulighed, at kommunekontaktpersonen tager hensyn til borgerens ønske om et specifikt tilbud, uanset om det er i overensstemmelse med lægens faglige vurdering.

Antallet af tilbud

I gennemsnit blev borgerne med KOL og diabetes tilbudt mellem to og tre tilbud i kommunerne eller på hospitaler og gennemførte mellem et og to tilbud. Dette er lidt mere end i pilotundersøgelsen i 2009 (4). Der er kommunal variation i det antal tilbud, som den enkelte borger tilbydes. Antallet af tilbud, som borgerne i gennemsnit blev henvist til, fik tilbudt, deltog i og gennemførte i de enkelte kommuner fremgår af Tabel 4.13. Borgere i Glostrup og Vallensbæk Kommuner fik flest tilbud i gennemsnit (ca. 4 tilbud). Dette kan hænge sammen med, at det især var borgere i disse kommuner, der fik tilbud i kommunen uden at være blevet henvist (se de tidligere afsnit). Albertslund Kommune var den kommune, som i gennemsnit tilbød de enkelte borgere færrest tilbud.

Tabel 4.13 Antallet af tilbud, som borgere med KOL og diabetes i gennemsnit...

Enhed	KOL				Diabetes			
	... henvises til	...tilbydes	...deltager i	...gennemfører	... henvises til	...tilbydes	...deltager i	...gennemfører
Albertslund Kommune	1,9	1,8	1,1	1,0	1,9	1,6	1,1	0,9
Brøndby Kommune	2,4	2,5	1,4	1,2	2,3	2,2	1,2	0,9
Glostrup Kommune	2,2	3,8	2,4	2,3	2,2	4,1	2,4	2,2
Hvidovre Kommune	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	3,0	2,3	2,2
Høje-Taastrup Kommune	2,1	2,7	1,3	1,2	2,3	2,9	1,2	1,1
Ishøj Kommune	2,1	3,1	2,2	1,8	1,7	2,4	1,8	1,6
Vallensbæk Kommune	1,0	4,2	2,9	2,8	1,4	4,1	2,9	2,7
Glostrup Hospital	0,9	2,1	2,0	1,7	-	-	-	-
Hvidovre Hospital*	1,0	2,0	1,9	1,8	-	-	-	-
Total	1,7	2,6	1,9	1,7	1,8	2,6	1,7	1,5

*Hvidovre Hospital registrerede ikke alle rehabiliteringsaktiviteter, hvorfor det samlede antal tilbud ikke er repræsentativt for aktiviteten på hospitalet.

Borgernes accept af, fremmøde til og gennemførsel af tilbud

Ikke alle borgere, som henvises til rehabilitering i Vestegnsprojektet, ender med at deltage i et rehabiliteringsforløb. Det er især mænd, yngre borgere under 60 år og enlige, som ikke deltager i opfølgningen et år efter rehabiliteringen. En evalueringsrapport fra Helsingør Kommune viser tilsvarende, at de eksisterende rehabiliteringsforløb i nogen udstrækning især tiltrækker kvinder og relativt ressourcestærke borgere som f.eks. de samlevende (11).

Størstedelen af borgerne med KOL, der blev henvist af en læge til et rehabiliteringstilbud, fik efterfølgende tilbudt (99%), deltog (87%) og gennemførte mindst et rehabiliteringstilbud (85%). Blandt henviste borgere med diabetes var både deltagelses- og gennemførselsprocenten lidt lavere (96% tilbudt, 78% deltog og 74 % gennemførte minimum et rehabiliteringstilbud). For begge diagnoser gælder det, at størstedelen af de, som møder op til de forskellige tilbud, også gennemfører tilbuddet. Det største frafald sker generelt ved, at borgere, som har taget imod tilbuddet i kommunen eller hospitalet, ikke møder op første gang – især blandt borgere med diabetes. Frafaldet af borgere, som slet ikke mødte op, selvom de har sagt ja til tilbuddet, bør undersøges nærmere, så der kan tages højde for det ved planlægningen af rehabiliteringsindsatsen fremover. Skyldes det, at borgeren slet ikke er motiveret fra starten, men bare høfligt takker ja til tilbuddet? Skyldes det, at borgerens motivation ikke fastholdes med opfølgende kontakt indtil tilbuddet starter op, eller at ventetiden til opstart er for lang? Eller skyldes det andre organisatoriske forhold, som det er muligt at justere. Andelen af borgerne, som tager imod, møder op til og gennemfører de rehabiliteringstilbud varierer på tværs af tilbud. Langt de fleste borgere accepterer og møder op til tilbud om patientskole. Tilbud om fysisk træning bliver også vel modtaget, især blandt borgere med KOL. Der er blandt borgerne en moderat accept af og deltagelse i tilbud om rygeafvænning og kostvejledning til borgere med diabetes. Den dårligste tilslutning ses ved tilbud, som ikke indgår i minimumsstandarden i forløbsprogrammerne, nemlig generel

patientuddannelse og kostvejledning til borgere med KOL. Kun halvdelen af borgerne accepterer tilbud om generel patientuddannelse, og kun en tredjedel af disse møder op. Variationen i fremmøde på tværs af tilbud svarer nogenlunde til det billede, som sås i pilotundersøgelsen fra 2009 (4). Der ser ikke ud til at være væsentlige forskelle mellem kommunerne i andelen af borgere, som hhv. accepterer, møder op til og gennemfører tilbud. Datagrundlaget er dog tyndt i de kommunespecifikke analyser. Hvis dette skal afdækkes, kræver det derfor en undersøgelse af større format.

5 Betydning for sundhedsadfærd og helbred

- Andelen af dagligrygere blandt borgere med KOL var faldet markant et år efter rehabiliteringen
- Borgere med KOL var mere fysisk aktive et år efter rehabiliteringen
- Både alkohol- og sodavandsindtaget blandt borgere med diabetes faldt et år efter rehabiliteringen
- Borgere med diabetes var mindre fysisk aktive et år efter rehabiliteringen
- Både borgere med KOL og diabetes havde et markant dårligere mentalt helbred et år efter rehabiliteringsforløbets afslutning end de havde ved forløbets begyndelse
- Borgere med KOL, som var i rehabilitering på hospitalerne, havde generelt en mere usund livsstil og et dårligere selv vurderet helbred, end de som var i rehabilitering i kommunerne

I dette kapitel beskrives ændringer i sundhedsadfærd og helbred et år efter rehabilitering blandt borgere med KOL og diabetes, som har deltaget i Vestegnsprojektet. Data til analyserne er selvrapporterede af borgerne gennem spørgeskemaer. Resultaterne er baseret på borgere, som ifølge Vestegnsdatabasen har gennemført mindst et forløb, og som har udfyldt et spørgeskema om helbred og sundhedsadfærd både før og et år efter rehabiliteringen. Blandt disse borgere er der generelt færre rygere, flere fysisk aktive og flere med et godt mentalt helbred end blandt alle de henviste borgere i projektet, som udfyldte første spørgeskema. Det tyder altså på, at det især er rygere, fysisk inaktive og mentalt sårbare borgere, der ikke deltager i rehabiliteringstilbuddene eller udfylder opfølgningsspørgeskemaet et år efter. Resultater på analyser af supplerende vægtregistreringer umiddelbart efter afslutning af rehabiliteringsforløb på borgere i nogle kommuner indgår desuden i afsnit 5.3.

Evalueringsdesignet indeholder ikke sammenligning med en kontrolgruppe, som ikke deltog i rehabilitering. Det er derfor ikke muligt at afgøre, om de ændringer, som ses i sundhedsadfærd og helbred blandt borgere med diabetes og KOL, faktisk skyldes den rehabiliteringsindsats, de har deltaget i. Ændringerne kan også skyldes at borgerne er blevet ældre, at sygdomme er mere fremskreden eller ændringer i andre forhold i borgernes liv et år efter rehabiliteringen. Evalueringsdesignet betyder således også, at det kan være et positivt fund, hvis der ikke sker nogen ændring i en helbredsindikator. Da opfølgningen foretages et år efter afslutningen af rehabiliteringsforløbet, er det desuden *fastholdelsen* af en eventuel ændring i adfærd og helbred snarere end den umiddelbare ændring lige efter rehabiliteringen, som rapporteres. I den kvalitative evaluering af Vestegnsrapporten (delrapporten *Rehabiliteringstilbud i Vestegnsprojektet*) er det generelle billede, at borgerne har haft udbytte af indsatsen og f.eks. er blevet mere fysisk aktive. Al interventionsforskning viser dog, at effekten af interventionsindsatser generelt aftager over tid (14).

Kapitlet indledes med en opgørelse af udvalgte indikatorer for sundhedsadfærden før og efter rehabiliteringen: dagligrygning, alkoholforbrug, kost, herunder indtag af grønt og sodavand, samt bevægelse og stillesidning i fritiden. Herefter følger generelle helbredsmaal: selvvurderet helbred, fysisk helbred, mentalt helbred og stressniveau. Til sidst præsenteres resultater vedrørende BMI og overvægt. Tendenserne på tværs af indikationer inden for hver type af helbredsmaal opsummeres undervejs. Hver helbredsindikator opgøres før og efter rehabiliteringen og for borgere med KOL og diabetes hver for sig. Resultaterne opgøres desuden på demografiske og socioøkonomiske faktorer. På grund af datagrundlagets størrelse (få borgere i hver kommune) er det ikke muligt at opgøre resultaterne for hver kommune, men de generelle tendenser på tværs af kommuner og hospitaler vil blive beskrevet i slutningen af kapitlet.

5.1 Sundhedsadfærd før og et år efter rehabilitering

Sundhedsadfærd har betydning for både udvikling og prognose af en række kroniske sygdomme, herunder KOL og diabetes. I dette afsnit beskrives ændringer i borgernes sundhedsadfærd inden for KRAM-faktorerne. Rygning er den mest betydningsfulde risikofaktor for udvikling af KOL, og rygeafvænnning er en af de vigtigste indsatser i forhold til at forbedre prognosen for borgere med KOL, men anbefales også blandt borgere med diabetes. Kost og alkoholforbrug øger risikoen for type 2-diabetes og har betydning for reguleringen af diabetes blandt borgere, som allerede har sygdommen. Blandt borgere med KOL er kosten også af betydning, både for at mindske overvægt og forebygge vægttab. Fysisk aktivitet er gavnlig i behandlingen af både diabetes og KOL og vigtig i opretholdelsen af funktionsevneniveauet.

Rygning

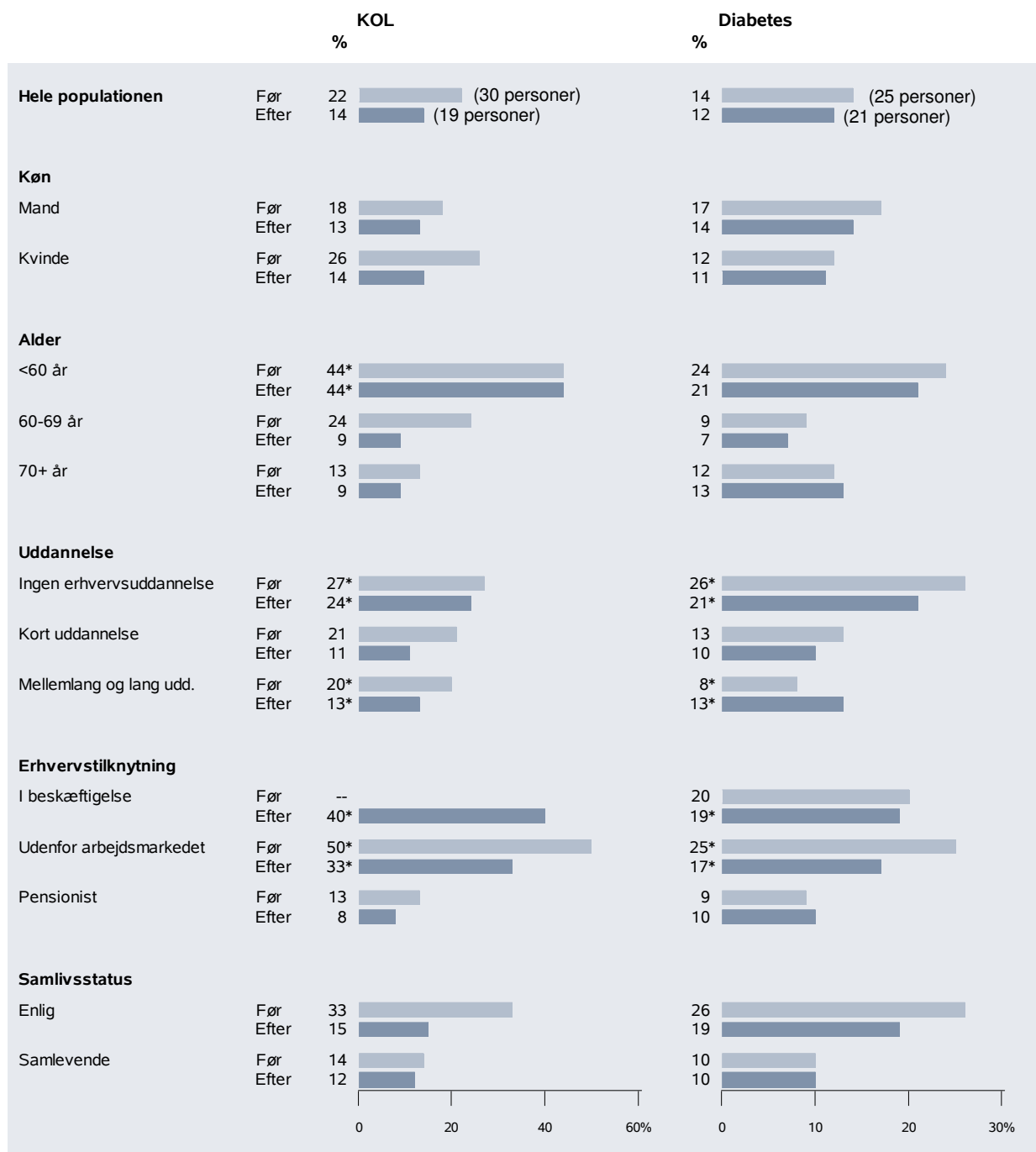
Knap tre ud af fire borgere med KOL var holdt op med at ryge før opstarten af rehabiliteringsforløbet. Af Tabel 5.1 fremgår det, at mellem hver fjerde og hver femte borger med KOL stadig røg dagligt før rehabiliteringsforløbet. Dette faldt til hver syvende et år efter afslutningen af rehabiliteringen. Der er tale om et statistisk signifikant fald i rygeprævalensen. Ca. halvdelen af borgerne med KOL, der var dagligrygere inden rehabiliteringen (45 %), var holdt op med at ryge dagligt et år efter. Størstedelen af disse var helt holdt op med at ryge, mens få stadig røg lejlighedsvist (sjældnere end hver dag). Faldet i rygeprævalensen er særligt bemærkelsesværdigt i betragtning af, at kun få af rygerne fik tilbudt og deltog i rygeafvænningsforløb (se kapitel 4).

Rygestop et år efter rehabilitering var hyppigst blandt:

- Kvinder
- 60-69-årige
- Enlige

Dagligrygning er som forventet mindre udbredt blandt borgere med diabetes end blandt borgere med KOL, og lavere end gennemsnittet i den generelle befolkning (7). Kun hver syvende borger med diabetes i Vestegnsprojektet ryger dagligt før rehabiliteringen, og knap halvdelen er tidligere dagligrygere. Rygeprævalensen blandt borgere med diabetes var stort set uændret et år efter rehabilitering. I nogle grupper sås dog fald i andelen af rygere, især blandt enlige, mænd og borgere under 60 år, hvilket alle er grupper med en relativt høj andel af rygere før rehabiliteringen (se Tabel 5.1).

Tabel 5.1 Dagligrygning blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

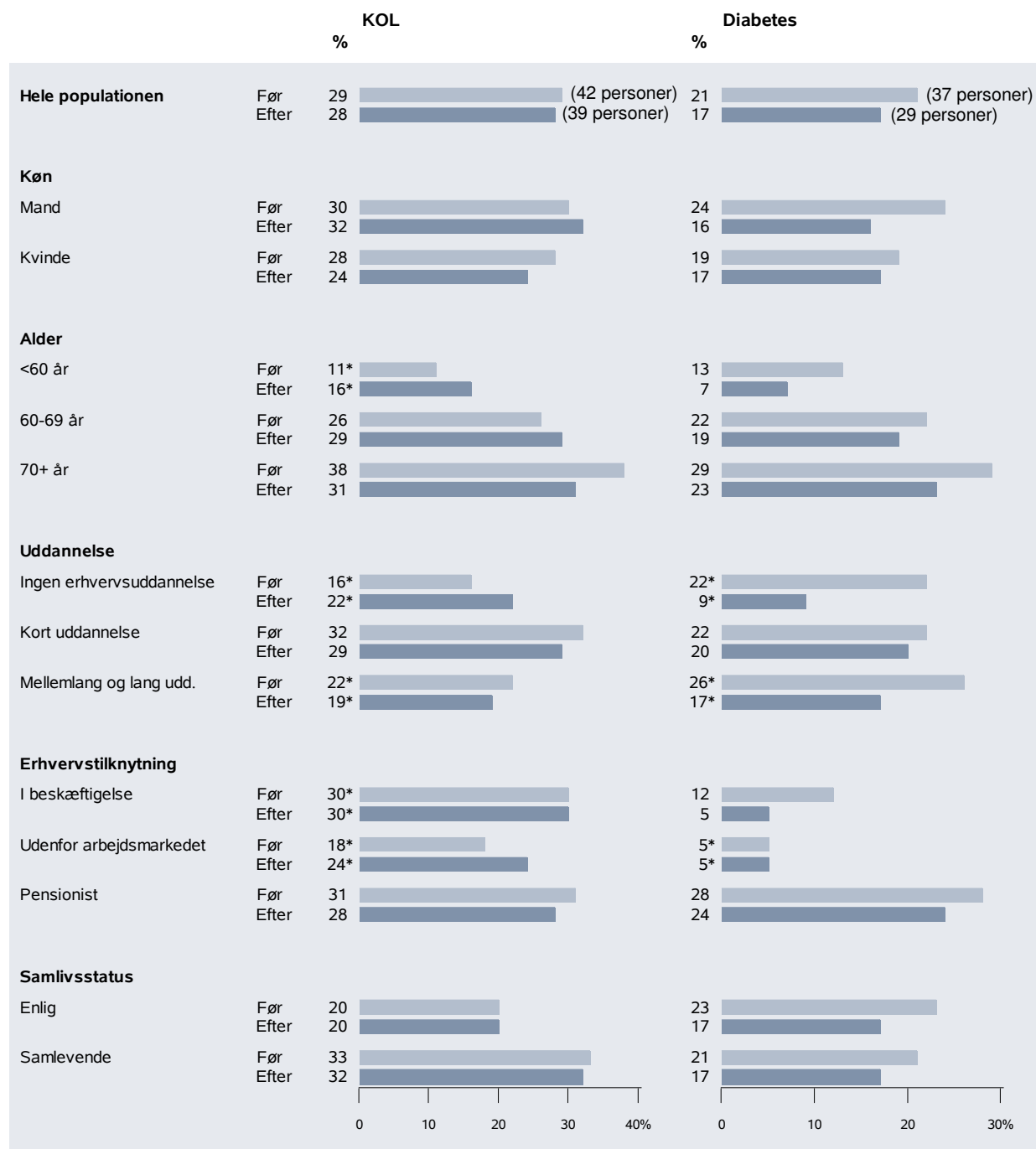
-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Alkohol

I denne rapport er ”stort alkoholforbrug” defineret som Sundhedsstyrelsen lavrisiko genstandsgrænse på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd. Borgere med KOL ændrede ikke deres alkoholforbrug et år efter rehabiliteringsindsatsen (se tabel 5.2). Mellem hver tredje og fjerde borger med KOL havde et stort alkoholforbrug på over hhv. 7 og 14 genstande om ugen også et år efter rehabiliteringsindsatsen. Der er dog en tendens til at ældre borgere over 70 år har nedsat deres forbrug efter rehabiliteringen.

Færre borgere med diabetes har et stort alkoholforbrug end borgere med KOL, og i modsætning til borgere med KOL faldt alkoholforbruget yderligere et år efter rehabiliteringsindsatsen blandt borgere med diabetes. Andelen der har et stort alkoholforbrug, er faldet fra ca. hver femte før indsatsen til hver sjette et år efter indsatsen. Af de, som havde et stort alkohol forbrug før indsatsen, nedsatte knap halvdelen (16 personer) deres forbrug til under genstandsgrænserne et år efter indsatsen. Ændringen ses på tværs af forskellige befolkningsgrupper, men er mest markant blandt mænd og yngre borgere med diabetes.

Tabel 5.2 Stort alkoholforbrug blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Kost

I dette afsnit beskrives borgernes kostvaner før og et år efter rehabilitering. Der bruges tre forskellige indikatorer for borgernes kost: generelt usunde kostvaner defineret ud fra en samlet kostscore (se definition i kapitel2), ikke-dagligt indtag af grøntsager og ugentligt indtag af sodavand. I slutningen af afsnittet opsummeres resultaterne på tværs af de tre indikatorer.

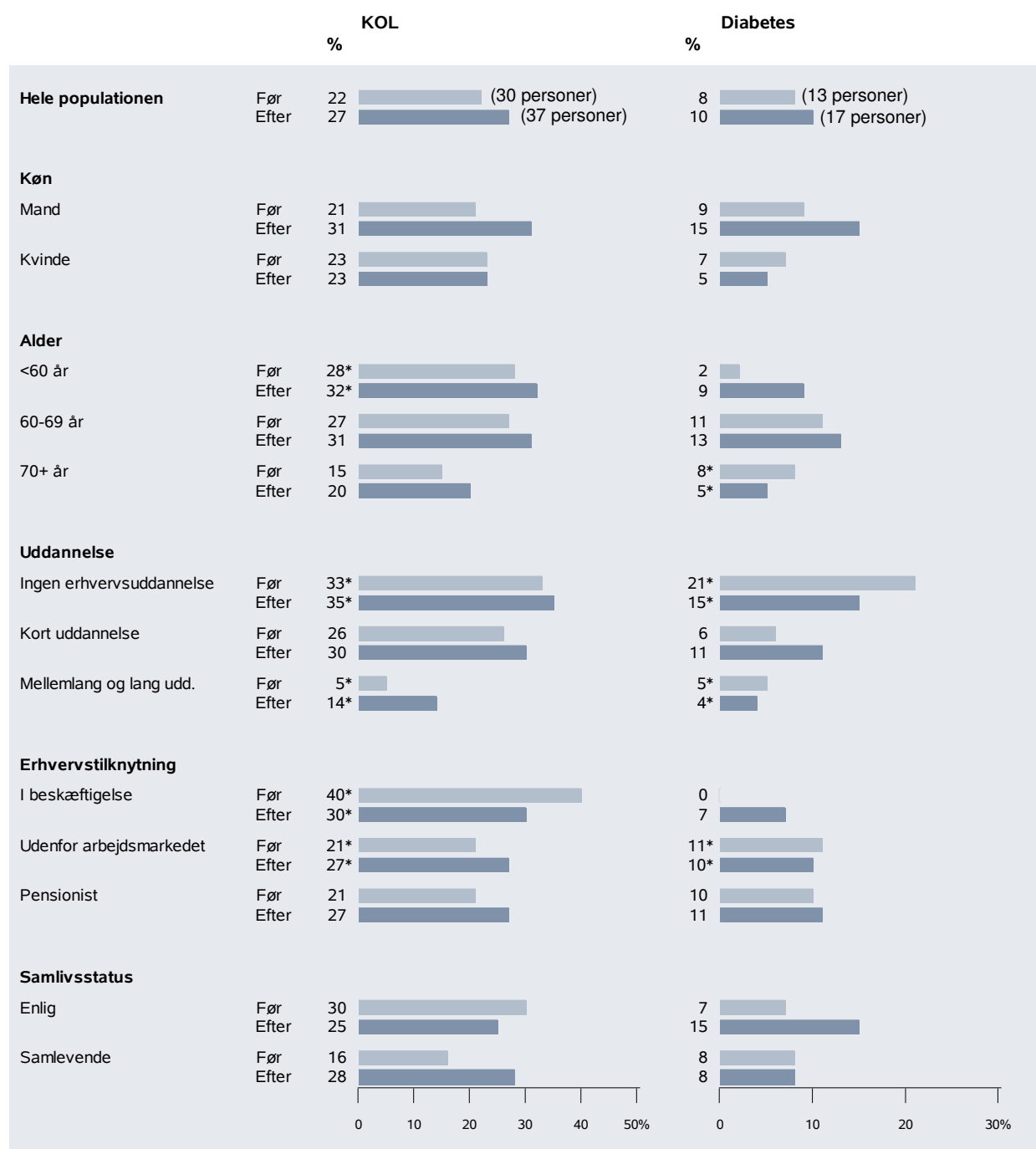
Af tabel 5.3 fremgår det, at hver femte borger med KOL havde usunde kostvaner inden rehabiliteringens start. Dette steg til mere end hver fjerde et år efter rehabilitering. En tredjedel af borgerne med usunde kostvaner havde fået sundere vaner et år efter rehabilitering (8 personer), men samtidig havde 16 borgere med sundere kostvaner før fået mere usunde kostvaner et år efter rehabiliteringen⁵. Især blandt mænd og samlevende ses en tendens til, at andelen med usunde kostvaner er steget (for mænd er der tale om statistisk signifikante ændringer), mens der er sket et lille fald i andelen med usunde kostvaner blandt enlige.

Borgere med diabetes har generelt mere sunde kostvaner end borgere med KOL. Der er ikke sket væsentlige ændringer i kostvaner blandt borgere med diabetes et år efter rehabiliteringen. Stort set lige mange borgere har fået hhv. mindre eller mere usunde kostvaner. Der er dog sket stigninger i andelen med usunde kostvaner i følgende grupper:

- Mænd
- Borgere <60 år
- Enlige

⁵ Antallet af borgere, som ændrede adfærd, kan ikke genfindes præcist i tabellerne, da disse opgørelser kun er foretaget på borgere, som havde oplyst den pågældende adfærd *både* før og efter, mens analyserne i tabellerne er foretaget på alle de borgere, som har oplyst adfærden *enten* før eller efter (men som i øvrigt har udfyldt spørgeskemaet både før og efter).

Tabel 5.3 Usund kost blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



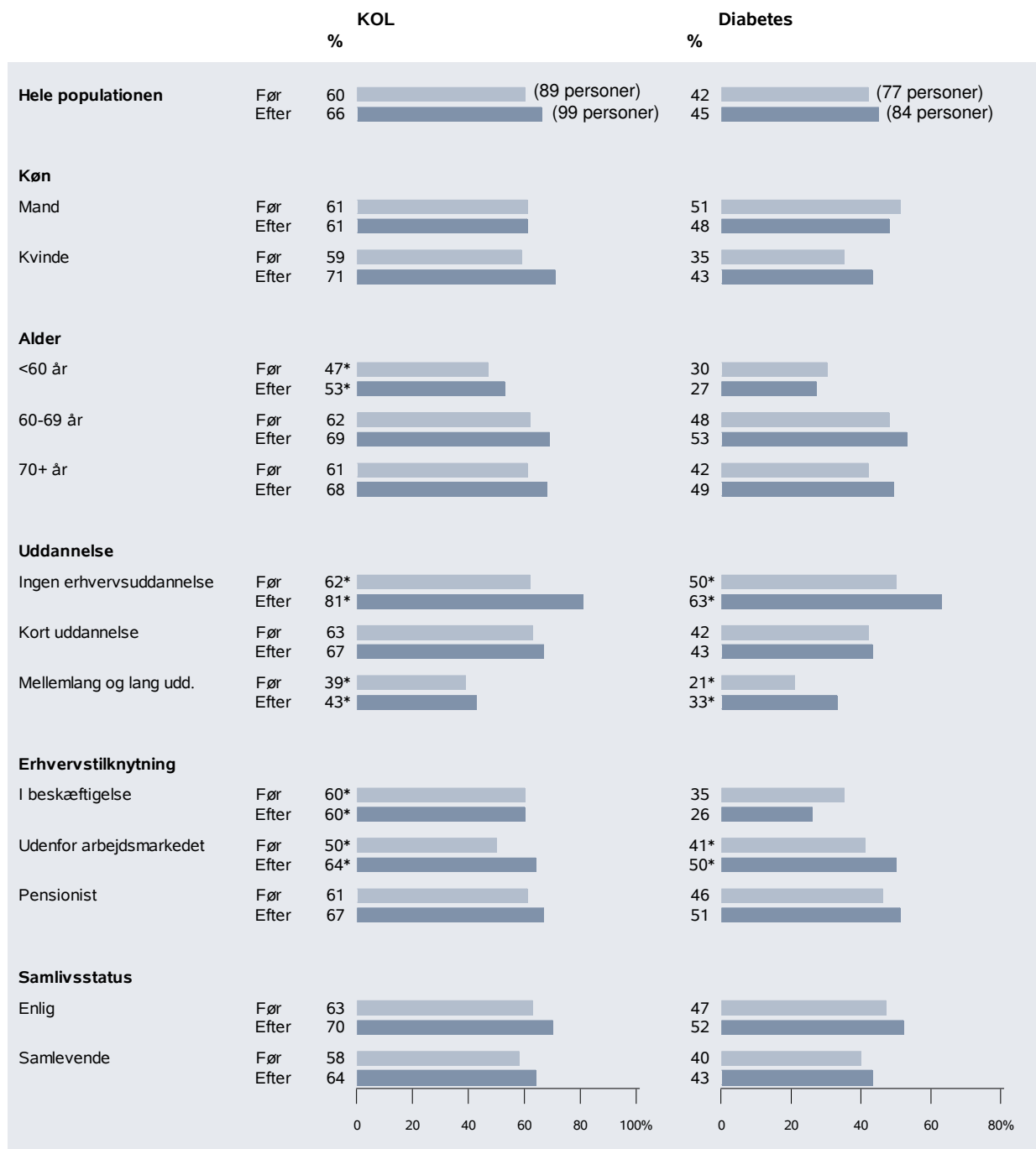
* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Af Tabel 5.4 fremgår det, at andelen af borgere med KOL, der ikke spiser grøntsager hver dag var steget et år efter rehabiliteringen, dvs. færre spiser grøntsager hver dag. Hver sjette borger (14 personer) med ikke dagligt grøntindtag havde øget deres grøntindtag et år efter rehabilitering, men samtidig var 24 borgere, der før spiste grøntsager dagligt, holdt op med det et år efter rehabiliteringen. Faldet i grøntindtag sås på tværs af alle befolkningsgrupper, men var især tydeligt blandt kvinder.

For borgere med diabetes steg andelen af borgere, der ikke spiser grøntsager hver dag en smule et år efter rehabiliteringen, især blandt kvinder og borgere over 70 år. Hver fjerde borger, som ikke spiste grøntsager hver dag før indsatsen (19 personer), havde øget grøntindtaget et år efter rehabilitering, men samtidig var 24 borgere, der før spiste grøntsager dagligt, holdt op med det et år efter. Dog sås en stigning i grøntindtaget blandt borgere under 60 år og i gruppen af beskæftigede.

Tabel 5.4 Ikke dagligt indtag af grøntsager blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



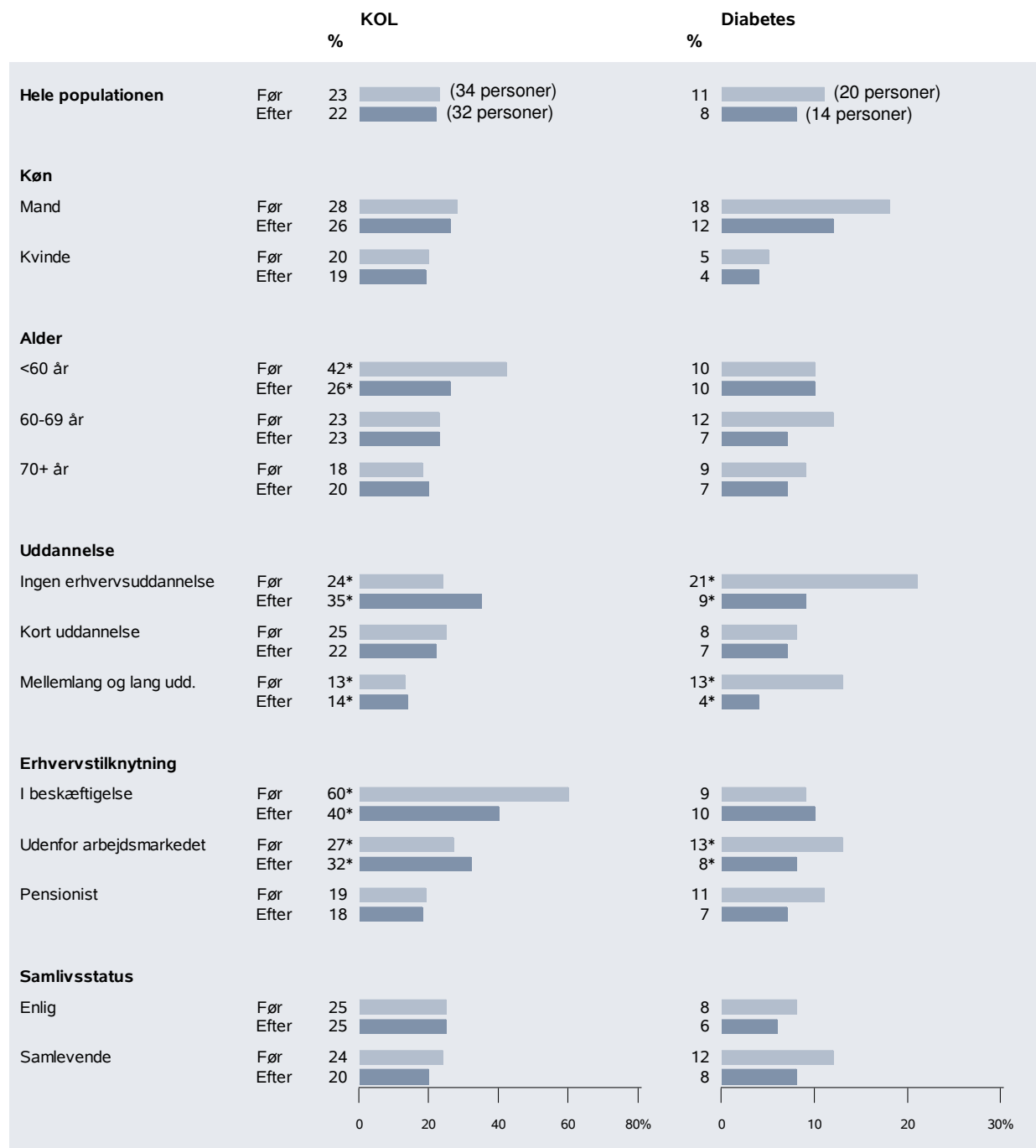
* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Borgere med KOL ændrede ikke deres sodavandsindtag et år efter rehabiliteringsindsatsen (se Tabel 5.5). Mellem hver fjerde og hver femte borger med KOL drikker sodavand mindst én gang ugentligt, også et år efter rehabiliteringsindsatsen. Hver tredje af borgerne med KOL, som havde et ugentligt sodavandsforbrug, nedsatte deres sodavandsforbrug, men der var ligeså mange, der satte deres forbrug op et år efter rehabilitering.

I modsætning til borgere med KOL faldt sodavandsforbruget blandt borgere med diabetes et år efter rehabilitering. Hver tiende borger med diabetes (11 %) drak sodavand mindst én gang ugentlig før rehabilitering. Dette faldt til 8 % et år efter rehabilitering. Ændringen ses især blandt de 60-69-årige og blandt mænd, hvor relativt mange havde et ugentligt sodavandsindtag før indsatsen. Af de, som drak sodavand ugentligt før rehabilitering, nedsatte halvdelen (10 personer) deres forbrug til sjældnere end én gang om ugen et år efter indsatsen. Samtidigt påbegyndte 4 personer dog et ugentligt sodavandsforbrug et år efter indsatsen.

Tabel 5.5 Borgere med KOL og diabetes som drikker sodavand mindst én gang ugentligt før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Opsummering af ændringer i kost

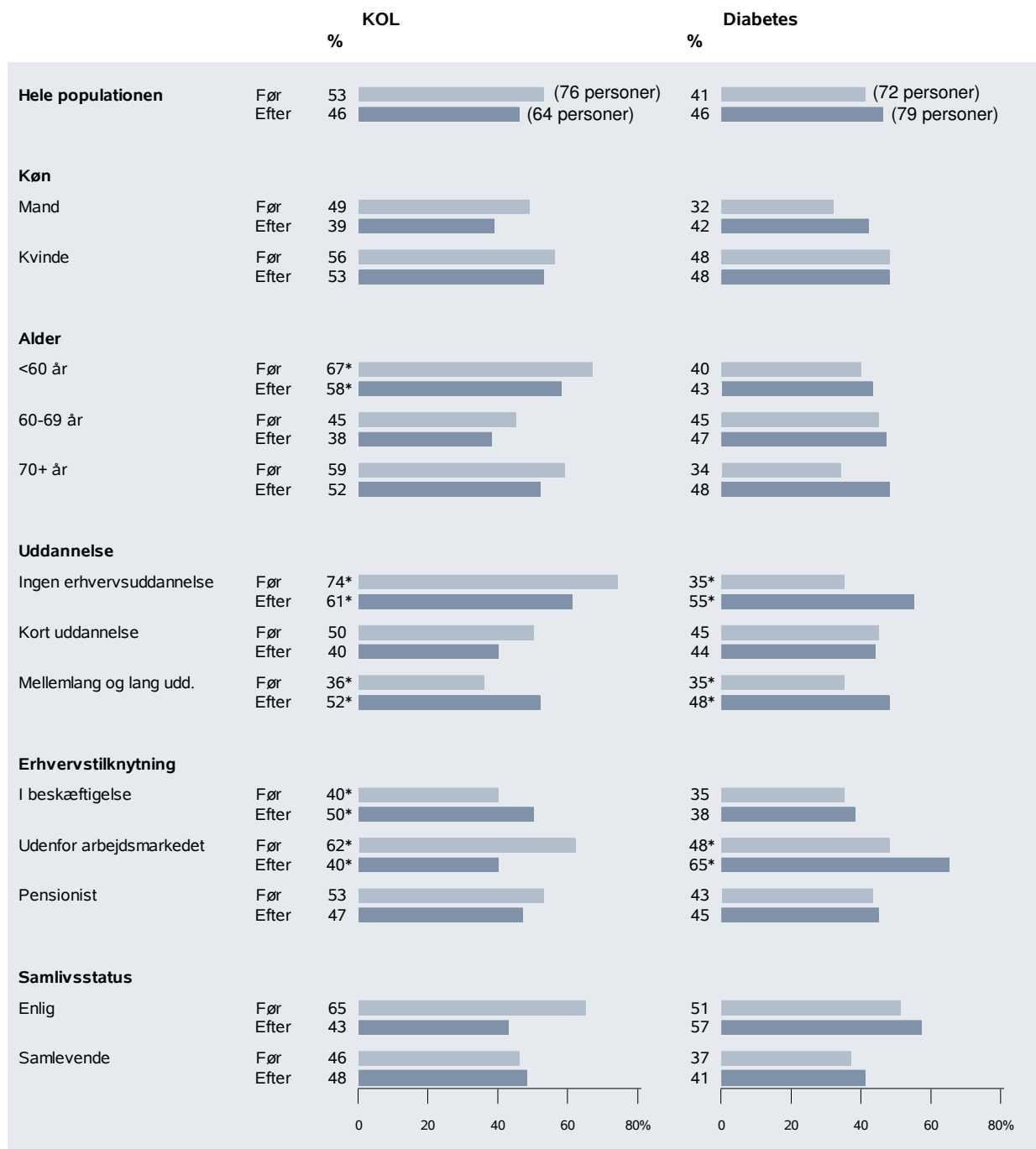
Borgere med KOL havde generelt mere usunde kostvaner og mindre indtag af grøntsager og større indtag af sodavand end borgere med diabetes. Der var en tendens til, at borgere med KOL fik mere usunde kostvaner og færre spiste grønt hver dag et år efter rehabiliteringen. Det kan ikke udelukkes, at en del af kostændringerne hænger sammen med, at nogle borgere med KOL kan være blevet opfordret til at omlægge deres kost med større prioritering af proteiner og fedt. Blandt borgere med diabetes skete der ingen væsentlige ændringer i andelen med usunde kostvaner og lavt grøntindtag, men andelen med et dagligt sodavandsindtag og stort alkoholforbrug faldt.

Bevægelse og stillesidning

Af Tabel 5.6 fremgår det, at andelen af borgere med KOL, der var fysisk aktive i deres fritid *mindre* end 30 minutter dagligt, *faldt* lidt et år efter rehabilitering. Dvs. flere borgere med KOL var fysisk aktive i deres fritid et år efter rehabilitering. Hver tredje fysisk inaktive borger var blevet mere fysisk aktiv et år efter rehabilitering. En del fysisk aktive borgere, var dog også blevet mindre aktive efter rehabiliteringen. Stigningen i fysisk aktivitet sås på tværs af alle befolkningsgrupper, men var især tydelig blandt mænd og enlige

Borgere med diabetes er generelt mere fysisk aktive end borgere med KOL, men andelen, der ikke var fysisk aktive i deres fritid, steg et år efter rehabiliteringen. Mens 41 % af borgerne med diabetes var fysisk aktive under 30 minutter dagligt før rehabilitering, var det knap halvdelen et år efter rehabilitering. Hver tredje af borgerne med lavt fysisk aktivitetsniveau før rehabilitering (22 personer) var blevet mere aktive, men samtidig havde 30 borgere, der før rehabilitering var fysisk aktive i mere end 30 minutter dagligt, sat deres aktivitetsniveau ned. Især blandt mænd og ældre borgere over 70 år med diabetes steg andelen af fysisk inaktive.

Tabel 5.6 Fysisk aktivitet i fritiden i mindre end 30 minutter dagligt i fritiden blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering

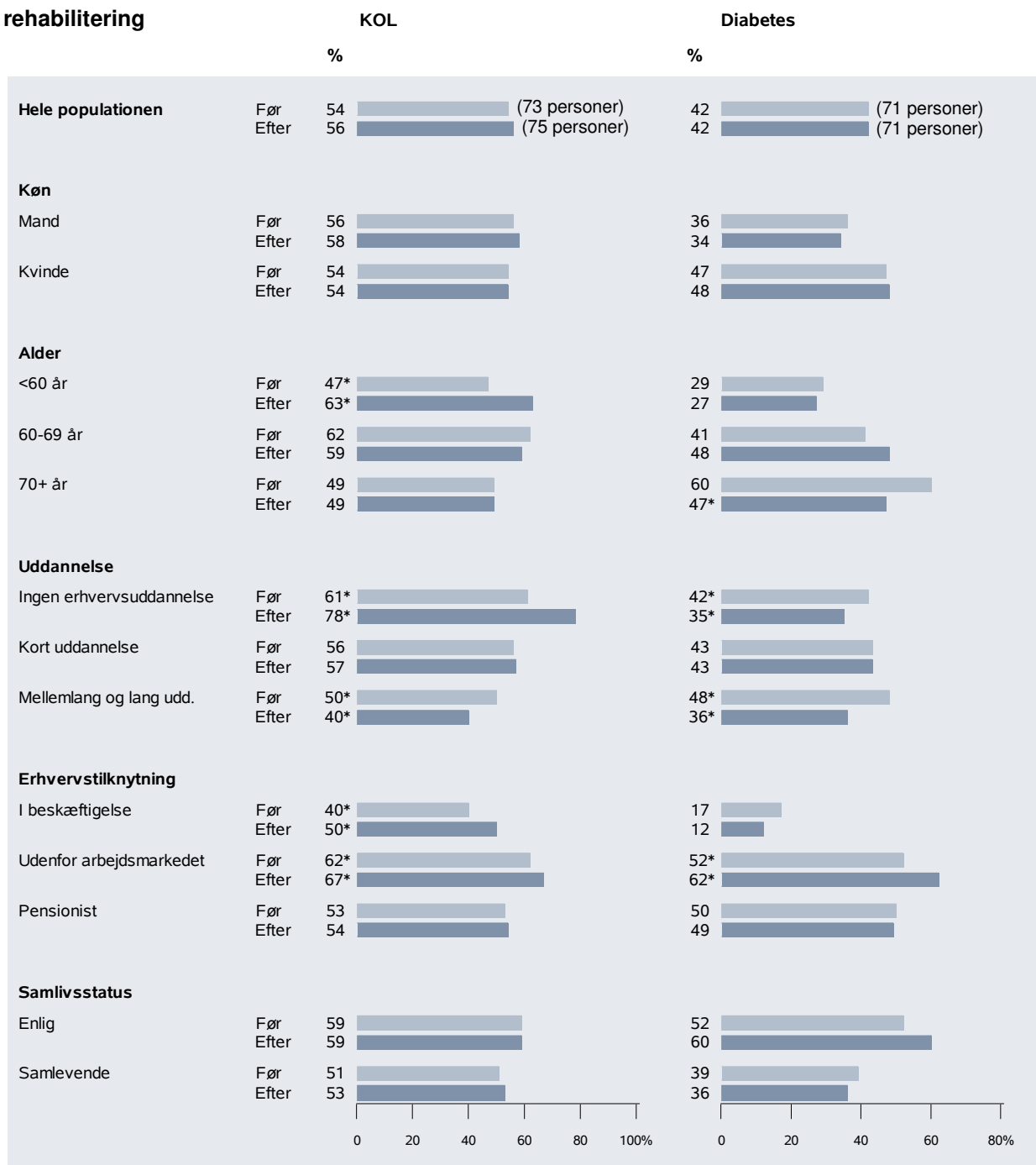


* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Af tabel 5.7 fremgår det, at borgere med KOL er generelt mere stillesiddende end borgere med diabetes. Andelen af borgere, der sidder stille i minimum 4 timer af deres fritid dagligt, var uændret både blandt borgere med KOL og blandt borgere med diabetes et år efter rehabilitering. Antallet af meget stillesiddende borgere, som var blevet mindre stillesiddende et år efter rehabilitering, svarede til antallet af lidt stillesiddende borgere, der var blevet mere stillesiddende efter rehabilitering. I betragtning af, at borgerne er blevet et år ældre og muligvis nået et mere fremskredent sygdomsstadie, kan en stagnation i stillesidning betragtes som et positivt resultat.

Tabel 5.7 Stillesidning min. 4 timer dagligt i fritiden blandt borgere med KOL og diabetes før og efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Opsummering af ændringer i sundhedsadfærd

Borger med KOL har generelt en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end borgere med diabetes, både hvad angår rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet. Blandt borgere med KOL var den vigtigste ændring i sundhedsadfærd et år efter rehabilitering, at andelen af rygere var faldet markant. Borgere med KOL var tilsyneladende også blevet mere fysisk aktive. Dog var der en tendens til, at de samtidigt havde fået en mere usund kost. Hvad angår alkoholforbrug, stillesidning og sodavandsindtag var adfærden blandt borgere med KOL uændret. De positive adfærdsændringer blandt borgere med diabetes et år efter rehabilitering var et lille fald i alkohol- og sodavandsindtaget. Borgere med diabetes ændrede ikke deres kostvaner betragteligt, og blev mindre fysisk aktive i deres fritid. Der er dog for alle adfærdsmål forskelle i ændringerne på tværs af forskellige befolkningsgrupper

5.2 Generelle helbredsmål før og et år efter rehabilitering

Selvvrurderet helbred

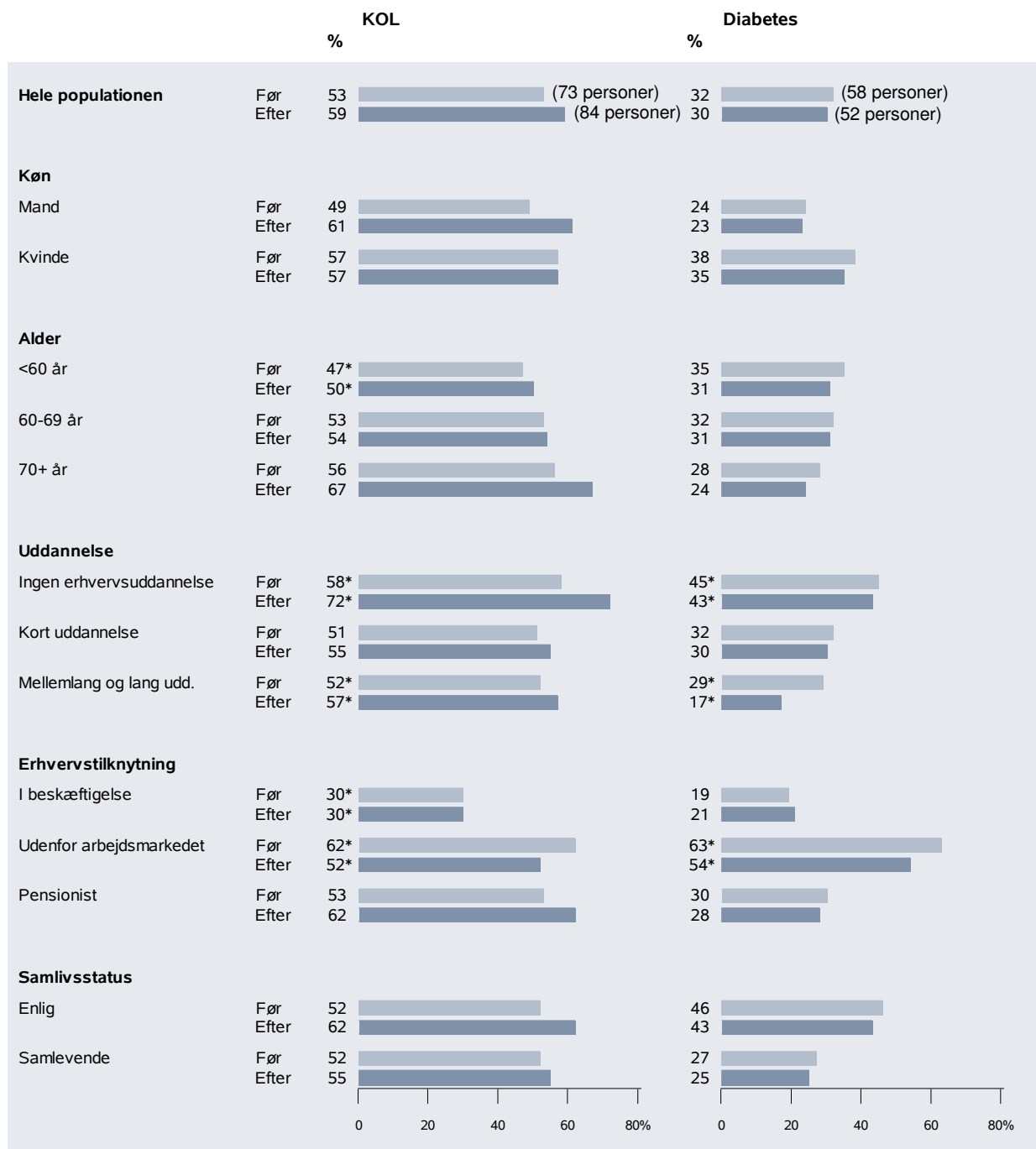
Flere borgere med KOL end med diabetes har et dårligt selvvrurderet helbred. Blandt borgere med KOL er det især de ældste borgere over 70 år, som har et dårligt selvvrurderet helbred, mens det blandt borgere med diabetes især er de lidt yngre borgere.

For borgere med KOL er der sket en lille stigning i andelen, der har et mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred (se Tabel 5.8). Hvor godt halvdelen af borgerne havde et mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred før rehabilitering, er det steget til seks ud af ti et år efter indsatsen. Stigningen er særlig stor blandt:

- Mænd
- Borgere ≥ 70 år
- Enlige

For borgere med diabetes er der ikke sket nogen væsentlige ændringer i andelen med mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred et år efter rehabilitering. Hver tredje borger har forsat et mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred. Knap hver tredje borger med diabetes, som før rehabilitering vurderede sit helbred som mindre godt eller dårligt (15 personer), har fået et bedre selvvrurderet helbred et år efter rehabilitering, men 11 personer fik samtidigt et dårligere selvvrurderet helbred efter rehabiliteringen.

Tabel 5.8 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

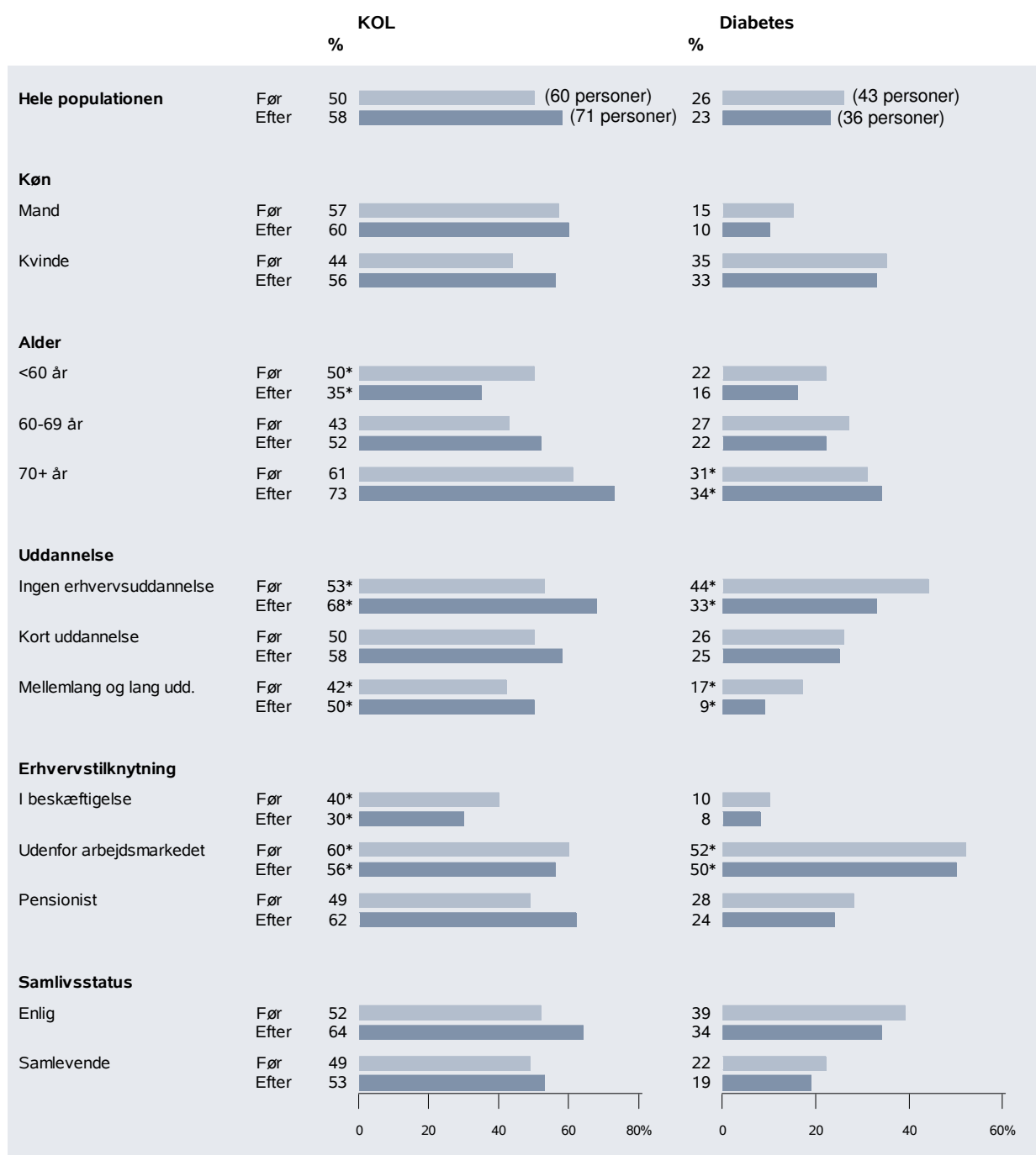
-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Fysisk helbred

Af Tabel 5.9 fremgår det, at der er sket en stigning i andelen med et dårligt selv vurderet fysisk helbred blandt borgere med KOL et år efter rehabilitering. Hvor det før var halvdelen af borgerne, der vurderede deres fysiske helbred som dårligt, er det seks ud af ti et år efter rehabilitering. Stigningen ses især blandt kvinder, enlige og ældre borgere. Knap hver tredje borger, som ikke havde et dårligt fysisk helbred før rehabilitering (15 personer), havde fået det et år efter rehabilitering. Der var dog også ni personer, som havde et dårligt fysisk helbred før rehabiliteringen, som ikke havde det længere et år efter indsatsen.

Langt færre borgere med diabetes har et dårligt fysisk helbred end borgere med KOL. For borgere med diabetes er der desuden sket et fald i andelen med et dårligt selv vurderet fysisk helbred et år efter rehabilitering. Forbedringen ses på tværs af alle befolkningsgrupper på nær de ældste borgere på 70 år eller derover. Samlet set havde hver fjerde borger med diabetes fortsat et dårligt selv vurderet fysisk helbred et år efter rehabiliteringen. Hver tredje borger med diabetes, som havde et dårligt selv vurderet fysisk helbred før rehabilitering (13 personer), havde et bedre fysisk helbred et år efter. Der var dog samtidig ni personer, som ikke havde et dårligt fysisk helbred før rehabiliteringen, som fik det efter indsatsen.

Tabel 5.9 Dårligt fysisk helbred blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

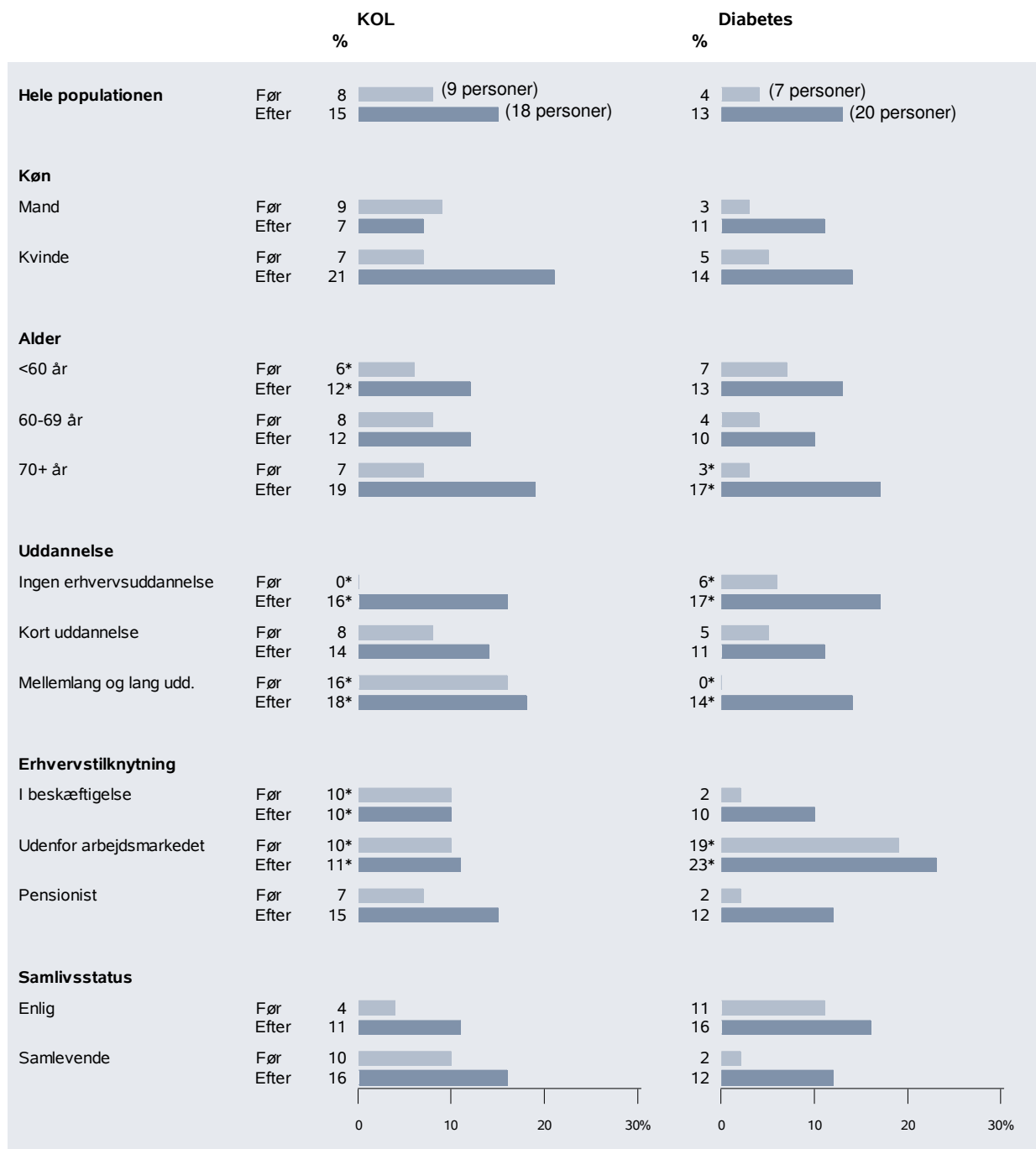
-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Dårligt mentalt helbred

Blandt borgere med KOL er der sket en fordobling i andelen, der har et dårligt mentalt helbred et år efter rehabiliteringsindsatsen (se tabel 5.10). Før rehabilitering havde hver 12. borger med KOL dårligt mentalt helbred, mens det steg til knap hver sjette borger et år efter indsatsen. Stigningen ses både blandt borgere i rehabilitering i kommuner og på hospitaler og på tværs af alle befolkningsgrupper, dog især blandt borgere over 70 år og kvinder. For kvinder var der tale om en statistisk signifikant stigning.

Blandt borgere med diabetes er andelen med et dårligt mentalt helbred tredoblet. Hvor kun 4 % før rehabilitering havde et dårligt mentalt helbred, var det 13 % et år efter. Stigningen er markant på tværs af alle befolkningsgrupper. Der er tale om en statistisk signifikant stigning, både i den samlede diabetes-population og specifikt blandt pensionister og enlige.

Tabel 5.10 Dårligt mentalt helbred blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



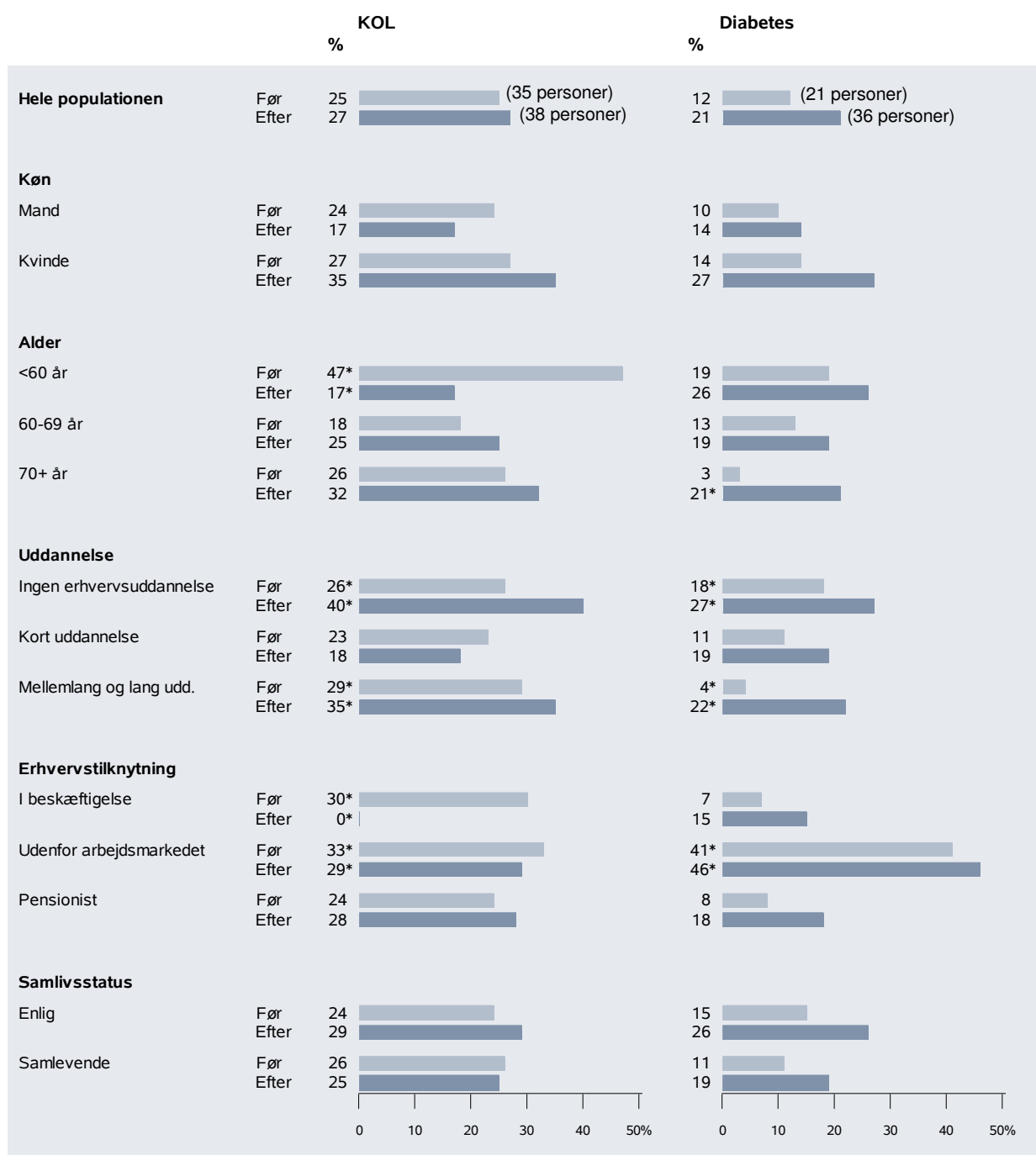
* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Højt stressniveau

Af tabel 5.11 fremgår det, at andelen af borgere med KOL, der har et højt stressniveau, er stort set uændret et år efter rehabilitering. Godt hver fjerde borger med KOL har et højt stressniveau. Blandt borgere med diabetes er der færre, der har et højt stressniveau før rehabiliteringen. Til gengæld er der sket en signifikant stigning i andelen, der har et højt stressniveau et år efter rehabiliteringen. Hvor hver ottende borger med diabetes havde et højt stressniveau før rehabilitering, gælder det hver femte et år efter indsatsen. Stigningen ses især blandt kvinder.

Tabel 5.11 Højt stressniveau blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

Opsummering af ændringer i selv vurderet helbred

Borgere med KOL har generelt et dårligere selv vurderet helbred end borgere med diabetes, især fysisk men også et højere stressniveau. Borgere med KOL fik et markant dårligere selv vurderet helbred et år efter rehabiliteringen, både fysisk og mentalt. Blandt borgere med diabetes steg andelen med dårligt mentalt helbred også, men det fysiske helbred blev tilsyneladende lidt forbedret et år efter rehabiliteringen. Der sås ingen ændringer i det generelle selv vurderede helbred blandt borgere med diabetes. Der er dog for alle helbredsmål forskelle i ændringerne på tværs af forskellige befolkningsgrupper.

5.3 Vægt og overvægt før og et år efter rehabilitering

Mange borgere med diabetes er overvægtige, og disse har gavn af at tabe sig. En vægtreduktion på 5 % har vist markant gunstig effekt på både blodsukkeregulering og fedtstoffer i blodet. Overvægtige borgere med KOL, især de svært overvægtige, anbefales ligeledes at tabe sig. I dette afsnit præsenteres resultater baseret på data om vægt og højde (BMI) fra spørgeskemaundersøgelsen før og et år efter rehabiliteringen samt supplerende data om vægt umiddelbart ved rehabiliteringsforløbets opstart og afslutning fra Brøndby, Glostrup og Høje-Taastrup Kommune (138 personer i alt). I begge datakilder mangler der oplysninger for en stor andel af deltagerne i Vestegnsprojektet. Derfor skal resultaterne vedr. deltagernes vægtforhold fortolkes med forsigtighed.

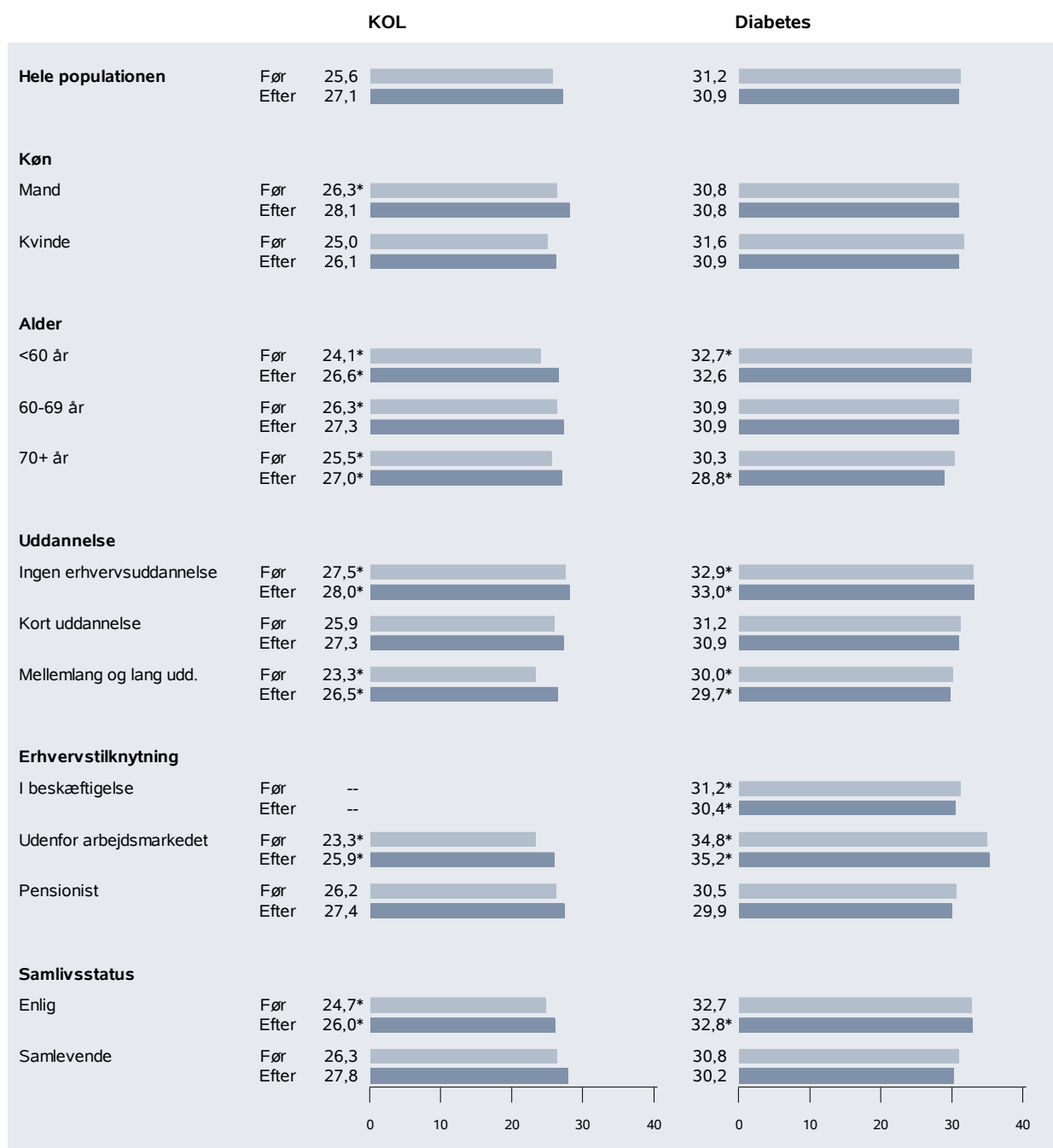
I løbet af deltagelse i et rehabiliteringsforløb havde borgerne ifølge de tre kommuners registreringer i gennemsnit tabt sig 1½ kg. Borgere med diabetikere havde i gennemsnit tabt sig lidt mere (fra 95 kg før til 93 kg efter) end borgere med KOL (fra 77 til 76 kg). Spørgeskemaopfølgningen kan vise, hvorvidt dette vægttab er generelt på tværs af kommuner og fastholdt et år efter endt rehabiliteringsforløb. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen havde borgere med diabetes (ca. 70% med data både før og efter) fortsat i gennemsnit et vægttab på cirka 2½ kg (fra 91,5 kg til 89 kg), mens borgere med KOL (ca. 36% med data både før og efter) i gennemsnit havde et vægttab på cirka 1 kg (fra 75 kg til 74 kg). Det lader altså til, at de borgere, som får registreret/rapportere deres vægt både før og efter rehabilitering, opnår et lille vægttab under rehabiliteringen, som fastholdes et år efter rehabiliteringen (især borgere med diabetes).

Nogle borgere har imidlertid ikke oplyst vægt *både* før og efter rehabilitering, selvom de har udfyldt de øvrige dele af spørgeskemaet både før og efter rehabilitering. Det kan ikke udelukkes, at der er sket en selektion i, hvem der måles/rapporterer deres vægt både før og efter rehabiliteringen.

Man kan også tage et populationsperspektiv og betragte hele populationen af borgere med KOL og diabetes, der som minimum har oplyst vægt og højde *enten* før eller et år efter rehabiliteringen (men hvor alle har udfyldt resten af spørgeskemaet både før og efter). Dette er gjort i Tabel 5.12. Her fremgår det, at der er sket en lille stigning i det gennemsnitlige BMI blandt borgere med KOL fra 25,6 til 27,1 et år efter rehabilitering

(56% og 62 % med data). Stigningen i BMI skyldes både et fald i antallet af undervægtige men især en stigning i antallet af svært overvægtige. Stigningen i BMI er sket på tværs af alle befolkningsgrupper. Blandt borgere med diabetes er det gennemsnitlige BMI og andelen af overvægtige stagneret (86% og 76% med data). En stagnation (og ikke stigning) i BMI kan dog også betragtes som et positivt resultat, blandt andet i betragtning af, at borgerne er blevet ældre. Det kan hænge sammen med faldet i kalorieindtaget gennem sodavand og alkohol.

Tabel 5.12 BMI blandt borgere med KOL og diabetes før og et år efter rehabilitering



* Procentandelen er behæftet med stor usikkerhed (beregnet på færre end 40 besvarelser).

-- Procentandelen er udeladt pga. for få besvarelser (under 10 besvarelser).

5.4 Variation i borgernes helbred på tværs af kommuner og hospitaler

På grund af datagrundlagets størrelse var det ikke muligt at opgøre ændringer i sundhedsadfærd og helbred for de enkelte deltagende kommuner og hospitaler i projektet. Nogle forskelle i borgernes adfærd og helbred mellem i de forskellige kommuner og hospitaler viste sig dog undervejs i analysearbejdet.

Borgere med KOL, som var i rehabilitering på hospitalerne, havde generelt en mere usund kost, var mere fysisk inaktive og havde et dårligere selv vurderet helbred, både generelt og fysisk, end borgere i rehabilitering i kommunerne. Desuden var der flere undervægtige borgere med KOL på hospitalerne end i kommunerne. Dette antyder, at stratificeringen af de henviste borgere mellem primær- og sekundærsektor fungerer efter hensigten, hvor de sværeste borgere skal behandles og rehabiliteres i hospitalsregi.

Der var også kommuneforskelle i sundhedsadfærd og helbred blandt de henviste borgere. Forskellene var dog ikke entydige, idet at en kommunes borgere kan være sundere end gennemsnittet på nogle mål og mindre sunde på andre, og forskellene varierer også mellem de to diagnoser. Hvad angår alkohol var borgerne i Albertslund og Vallensbæk Kommuner f.eks. de mindst sunde, mens borgere med KOL i Ishøj og Høje-Taastrup var de mindst sunde, hvad angår kost og sodavandsindtag. Borgere med diabetes var mindst fysisk aktive, havde dårligere fysisk helbred og var mest overvægtige i Brøndby og Høje-Taastrup Kommune. Det er dog ikke muligt at lave kommunespecifikke opgørelser i flere af kommunerne på grund af at meget få borgere har besvaret begge spørgeskemaer. Kommuneforskellene kan skyldes både forskelle i sundhedsadfærden og sygdomsbyrden i kommunernes patientpopulationer generelt, men det kan også indikere forskelle i tærsklen for henvisning af borgere mellem kommunerne. Desuden kan det have betydning, hvilken indsats kommunen kan tilbyde. Brøndby Kommune har f.eks. en særlig KOL-sygeplejerske, hvilket kan betyde, at flere af de sværere borgere fra stratificeringsniveau 2, bliver henvist til kommunal rehabilitering i stedet for på hospitalet.

5.5 Opsummering på tværs af helbredsindikatorer

De borgere med KOL, som deltog i Vestegnsprojektet, havde generelt en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og et dårligere selv vurderet helbred end borgere med diabetes, mens flere af borgerne med diabetes var overvægtige.

Bandt borgere med KOL var den vigtigste ændring i sundhedsadfærd et år efter rehabiliteringen, at andelen af rygere var faldet markant. Dette fald i rygeprævalens et år efter rehabiliteringen er større end i andre evalueringer af kommunale rehabiliteringsindsatser (12), og særligt bemærkelsesværdigt i lyset af, at kun få af rygerne fik tilbudt og deltog i rygeafvænningsforløb. Borgere med KOL var tilsyneladende også blevet mere fysisk aktive, men samtidigt havde de også fået en mere usund kost. Borgerne med KOL havde også et væsentligt dårligere selv vurderet helbred, både fysisk og mentalt et år efter rehabiliteringen. Den gennemsnitlige BMI og andelen af svært overvægtige var højere blandt borgere med KOL et år efter rehabiliteringen end blandt borgerne med KOL før rehabiliteringen (men der sås også beskedne vægttab blandt den del af borgerne, som havde fået registeret vægt både før og efter rehabiliteringen). Det kan undre, at borgere med KOL generelt har fået en højere BMI i betragtning af, at de også er blevet mere fysisk aktive. Det kan skyldes, at fysisk træning påvirker fordelingen af fedt og muskler og dermed også vægten (muskler vejer mere end fedt). Det kan også skyldes ændringerne i deres kostvaner, som for nogles vedkommende kan være resultatet af en konkret anbefaling om at omlægge kosten/tage på. Man kan også overveje, om der særligt er sket en vægtøgning, blandt de borgere, som er holdt op med at ryge.

De positive adfærdsændringer blandt borgere med diabetes et år efter rehabilitering var et lille fald i alkohol- og sodavandsindtaget. Andelen af borgere med diabetes, som havde usunde kostvaner i øvrigt, ændrede sig dog ikke og generelt blev borgere med diabetes mindre fysisk aktive i deres fritid et år efter rehabiliteringen. Det kan undre, at borgerne ikke fik sundere kostvaner eller blev mere fysisk aktive et år efter deltagelse i et rehabiliteringsforløb, som indeholder kostvejledning og fysisk træning, eller i hvert fald undervisning i betydningen af fysisk aktivitet og kost. Desuden er der i andre undersøgelser fundet en stigning i motionsaktiviteten et år efter deltagelse i et kommunalt rehabiliteringsforløb (12). De uændrede kostvaner kan muligvis hænge sammen med, at mange allerede havde ændret deres kostvaner i en positiv retning ved rehabiliteringens start (jf. den lave andel med usund kost). De uændrede kostvaner samt faldet i aktivitetsniveau kan dog også dække over forbedringer i sundhedsadfærden under og umiddelbart efter forløbet som bare ikke fastholdes ved opfølgningen et år efter. Med andre ord kan det være fastholdelsen af den nye livsstil over tid, nærmere end den umiddelbare effekt af selve forløbet, der viser sig. Det er i så fald interessant at notere sig, at fastholdelsen af øget fysisk aktivitet et år efter rehabilitering er bedre blandt borgere med KOL end blandt borgere med diabetes. Man kan overveje, om det hænger sammen med, at

borgere med KOL generelt er mere usunde end borgere med diabetes ved rehabiliteringens opstart, og dermed også har et større forbedringspotentiale.

Den gennemsnitlige BMI blandt borgere med diabetes var stort set uændret et år efter rehabiliteringen (dog et lille vægttab blandt borgere med vægtregistreringer både før og efter). Dette kan betragtes som et positivt resultat. Et tilsvarende resultat er fundet i en undersøgelse af rehabilitering i Brønderslev Kommune (12). Det fysiske helbred blandt borgere med diabetes blev tilsyneladende lidt forbedret. Andelen af dagligrygere var lav blandt borgere med diabetes og var stort set uændret et år efter rehabilitering. Der er dog for alle adfærds- og helbredsmål forskelle i ændringerne på tværs af forskellige befolkningsgrupper

Borgernes mentale helbred var markant forringet et år efter rehabiliteringen for begge diagnoser. Dette er umiddelbart overraskende og svært at forklare med deltagelse i et rehabiliteringsforløb. En mulig forklaring kunne være, at borgerne er relativt nydiagnosticerede og gennem forløbet er blevet mere bevidste om og fokuserede på deres kroniske sygdom. Det kan dog også hænge sammen med den måde borgerne udsluses og efterlades efter rehabiliteringsforløbets ophør. Den kvalitative evaluering af Vestegnsprojektet (se delrapporten *Rehabiliteringstilbud i Vestegnsprojektet*) viser, at borgerne savner mere opfølgning og er bekymrede over at være overladt til sig selv efter indsatsens ophør. En kvalitativ evaluering fra Brønderslev Kommune viser tilsvarende, at borgerne ærgrer sig over, at de ikke kan fortsætte træningen på de hold med de mennesker og faciliteter, de er blevet trygge ved. Desuden er de bekymrede over, om de vil være i stand til selv at bibeholde den livsstil og funktionsevne, som de har opnået via rehabiliteringen, eller om de falder tilbage i deres gamle mønstre (12). Man kan forestille sig, at det vil kunne påvirke borgernes mentale helbred, hvis de et år efter rehabiliteringen konstaterer, at de ikke har været i stand til at fastholde de positive livsstilsændringer fra rehabiliteringsforløbet i deres hverdagsliv i den grad, de havde håbet på.

Evalueringsdesignet indeholder ikke sammenligning med en kontrolgruppe, som ikke deltog i rehabilitering, og det er derfor ikke muligt at afgøre, om de ændringer som ses i sundhedsadfærd og helbred blandt borgere med diabetes og KOL faktisk skyldes den rehabiliteringsindsats, de har deltaget i. Man kan generelt forvente en forringelse i helbredet med alderen og især blandt borgere med kronisk sygdom. I denne evaluering ses der generelt større forringelser eller mindre forbedringer i sundhedsadfærd og helbred blandt de ældste borgere og blandt pensionister end i de yngre aldersgrupper.

Referencer

- (1) Sundhedskoordinationsudvalget. Forløbsprogram for Type 2 Diabetes. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2009.
- (2) Sundhedskoordinationsudvalget. Forløbsprogram for KOL. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2009.
- (3) Kasper Norman, Marie Bergmann, Michael Mikkelsen, Tina Drud Due, Astrid Blom. Patientrettet forebyggelse i kommunerne. En kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner. Trygfondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2011.
- (4) Hansen BH, Vind AB, Glümer C. Evalueringsrapport indeholdende resultater vedr. patienternes deltagelse i kommunernes tilbud i Vestegnsprojektets pilotafprøvning 2009. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2010.
- (5) Christensen A I, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (6) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior 24[4], 385-396. 1983.
- (7) Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2010.
- (8) Robinson KM, Vind AB, Jeppesen M, Lau CJ, Glümer C. Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden. Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Evaluerings- og Analysemodelprojektet under Kronikerprogrammet; 2011.
- (9) Kristina Johansen, Bodil Helbech Hansen, Anne Frølich. Status på forløbsprogrammerne for KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme i Region H 2011. Opfølgende kortlægning. Region Hovedstaden. Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet. Kronikerprogrammet. Evaluerings- og analysemodelprojektet; 2012.

- (10) Kristina Johansen, Anne Frølich. Status på forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes i Region H 2010. Baselineanalyse Marts 2011. Region Hovedstaden. Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet. Kronikerprogrammet. Evaluerings- og analysemodelprojektet; 2011.
- (11) Mette Kristensen, Lillian Møller. Evaluering af forløbsprogrammer for KOL og type 2 diabetes. Pilotafprøvning i Helsingør Kommune 2011. Helsingør Kommune, Center for Sundhed, Idræt og Medborgerskab; 2012.
- (12) Handberg C, Nielsen CV. Evaluering af rehabiliteringsindsatsen over for borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012. Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCenteret, Forskning og Udvikling; 2012.
- (13) Lars Rytter, Morten Finnemann, Anders Munck. Barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud for T2DM og KOL. Svarraport 2012. Vestegnsprojektet; 2012.
- (14) Ebrahim S, Beswick et al. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane.Database.Syst.Rev (4). 2006.

Bilag 1

Udbuddet af rehabiliteringstilbud i kommuner og på hospitaler



Albertslund Kommune

Kontaktperson tlf: 21 35 12 48
Henvsningsfax nr: 43 68 69 24
Lokationsnummer: 5790001356385

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Generel patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Brøndby Kommune

Kontaktperson tlf: 51 16 60 06
Henvsningsfax nr: 43 28 26 02
Lokationsnummer: 5790000178940

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Generel patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom
- Rygeafvænning
- Fysisk træning og diætbehandling indgår i den sygdomsspecifikke patientuddannelse



Glostrup Kommune

Kontaktperson tlf: 40 12 23 98
Henvsningsfax nr: 43 23 66 55
Lokationsnummer: 5790001352011

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Generel patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Hvidovre Kommune

Kontaktperson tlf: 36 39 37 37
Henvsningsfax nr: 36 39 36 81
Lokationsnummer: 5790001351632

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Høje-Taastrup Kommune

Kontaktperson tlf: 43 59 13 26
Henvsningsfax nr: 43 59 10 08
Lokationsnummer: 5790000179800

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Generel patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Ishøj Kommune

Kontaktperson tlf: 43 57 77 26
Henvsningsfax nr: 43 57 77 28
Lokationsnummer: 579000159123

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Generel patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Vallensbæk Kommune

Kontaktperson tlf: 47 97 41 13
Henvsningsfax nr: 47 97 44 22
Lokationsnummer: 5790000159468

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Generel patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Hvidovre Hospital

Diabetesambulatorium
tlf: 38 62 33 88
KOL daghospital tlf: 38 62 62 64
Lokationsnr: 5790000208050

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling



Glostrup Hospital

Diabetesambulatorium
tlf: 38 63 36 09
fax: 38 63 38 95
Lungeambulatorium tlf: 38 63 28 29
Lokationsnummer: 5790000208050

- Individuel samtale
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for type 2 diabetes på tyrkisk og pakistansk
- Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Ernæringsvejledning/diætbehandling

Bilag 2

Vestegnsdatabasens indtastningsflade i Access

Microsoft Access - [frmStart - formular]

Filer Rediger Vis Indsæt Formater Poster Funktioner Vindue Hjælp

Skriv et spørgsmål

Vestegns databasen

Glostrup Kommune

1. Patient ID (cpr-nummer)

2. Henvisningsdato

Der er indtastet 0 skemaer i databasen

3. Hvad fejler patienten?

☐ KOL

☐ Diabetes

4. Patienten er henvist fra

☐ Egen læge

☐ Hospital

5. Patienten er henvist til

☐ a. Sygdomsspecifik patientuddannelse

☐ i. KOL

☐ ii. Diabetes

☐ b. Rygeafvænning

☐ c. Fysisk træning

☐ d. Ernæringsvejledning

☐ e. Lær at leve med kronisk sygdom

6. Patienten har af kommunekontaktpersonen fået tilbudt følgende forløb

☐ a. Individuel samtale

☐ b. Sygdomsspecifik patientuddannelse

☐ i. KOL

☐ ii. Diabetes

☐ c. Rygeafvænning

☐ d. Fysisk træning

☐ e. Ernæringsvejledning

☐ f. Lær at leve med kronisk sygdom

7. Patienten har sagt ja til

☐ a. Individuel samtale

☐ b. Sygdomsspecifik patientuddannelse

☐ i. KOL

☐ ii. Diabetes

☐ c. Rygeafvænning

☐ d. Fysisk træning

☐ e. Ernæringsvejledning

☐ f. Lær at leve med kronisk sygdom

8. Patienten har deltaget i

a. Individuel samtale antal gange og

+ KOL antal gange og

+ Diabetes antal gange og

c. Rygeafvænning antal gange og

d. Fysisk træning antal gange og

e. Ernæringsvejledning antal gange og

f. Lær at leve med kronisk sygdom antal gange og

Formularvisning

NUM

Bilag 3

Spørgeskemaet

KOL og type 2 diabetes Marts 2010

REGION

Et samarbejdsprojekt mellem
praktiserende læger, kommuner og hospitaler

Sammenhængende sundhedstilbud på Vestegnen

En bedre hverdag til borgere med
KOL og type 2 diabetes

Dato:

CPR-nr:

Kære Borger

Mange tak fordi du vil udfylde spørgeskemaet.

Du må meget gerne udfylde skemaet tydeligt. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal, krydser og bogstaver skal være nemme at tolke.

SÅDAN UDFYLDES SPØRGESKEMAET:

	RIGTIGT	FORKERT
Sæt et tydeligt KRYDS	☐ nej ☒ ja	☐ nej ✓ ☐ ja
Brug helst mørkeblå eller sort kuglepen eller lignende. Hvis du fortryder en afkrydsning, skal du udfylde firkanten helt , og sætte kryds det rigtige sted. <i>Frisk hvid korrekturlak kan dog også bruges.</i>	☐ regelmæssigt ☒ periodevis ☒ aldrig	☐ regelmæssigt ☒ periodevis ☐ aldrig
Enkelte steder skal du ikke krydse af. Skriv venligst med tydelige tal . Skriv over stregen .	21,7	83
Hvis du ikke kender det nøjagtige svar, så skriv venligst det svar, du tror, kommer nærmest.	21,7	?



Glostrup
Hospital



Hvidovre
Hospital



Abertslund



Brendby



Glostrup



Hvidovre



Høje Taastrup



Istøj



Vallensbæk

BAGGRUNDSOPLYSNINGER

1: Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(Kun ét X)	
Gift	☐
Registreret partnerskab	☐
Separeret	☐
Skilt	☐
Enke(mand)	☐
Ugift	☐

2: Er du fast samlevende i papirløst forhold ?

(Kun ét X)	
Ja ☐	Nej ☐

3: Hvad er din etniske baggrund?

(Kun ét X)	
Dansk	☐
Anden etnisk baggrund	☐ Angiv hvilken:

4: Hvilket sprog taler du for det meste i hjemmet?

(Kun ét X)	
Dansk	☐
Andet sprog	☐ Skriv hvilket:
Lige meget dansk og andet sprog	☐ Skriv hvilket:

5: Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)	
Går stadig i skole	☐
7 eller færre års skolegang	☐
8-9 års skolegang	☐
10-11 års skolegang	☐
Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	☐
Andet (herunder udenlandsk skole)	☐

6: Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

	(Kun ét X)
Nej	☐
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkursus, arbejdsmarkedskurser m.v.)	☐
Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller Efg-uddannelse)	☐
Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedsassistent, tekniker, merkonom)	☐
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx skolelærer, politibetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)	☐
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	☐
Anden uddannelse:	☐

7: Hvad er din erhvervsmæssige stilling?

	(Kun ét x)
I beskæftigelse	☐
Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering	☐
Selvstændigt i øvrigt	☐
Uddannelsessøgende	☐
Pensionister	
Alderspensionist	☐
Førtidspensionist	☐
Anden form for pension	☐
Efterlønsmodtager, overgangsydelse	☐
Andre	
Hjemmearbejdende husmor, husfar	☐
Langtidssyg (3 mdr. eller mere)	☐
På kontanthjælp, bistandshjælp	☐
Under revalidering	☐
Andet	☐
Hvis andet, skriv hvad:	

8: Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?
(Medregn kun arbejdsdage, hvis ingen sygefraværdsdage skriv 00)

Jeg har ikke arbejde	☐
Inden for de seneste 14 dage Skriv antal sygefraværdsdage hvis 'ved ikke' skriv 99	
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) Skriv antal sygefraværdsdage hvis 'ved ikke' skriv 999	

RYGNING

9 : Ryger du?

	(Kun ét X)	
Ja, hver dag	☐	
Ja, mindst én gang om ugen	☐	→ Gå til spørgsmål 9
Ja, sjældnere end hver uge	☐	→ Gå til spørgsmål 9
Nej, jeg er holdt op	☐	→ Gå til spørgsmål 9
Nej, jeg har aldrig røget	☐	→ Gå til spørgsmål 9

10 : Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

	(Skriv antal)
Antal cigaretter	
Antal cerutter	
Antal cigarer	
Antal pibestop	

ALKOHOL

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

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

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selvom svaret er 0).

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

En genstand vil sige...

1 fl. pilsner – 1 genstand

1 fl. rød-/hvidvin – 6 genstande

1 fl. hedvin 70 cl. – 10 genstande

1 fl. spiritus 70 cl. – 20 genstande

1 glas rød-/hvidvin – 1 genstand

1 glas hedvin – 1 genstand

1 snaps – 1 genstand

MAD

Sæt kryds ved de svar, som passer bedst til dine spisevaner.

12 : Hvor ofte spiser du brød med følgende slags **fedtstof**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	☐	☐	☐	☐	☐
Minarine eller plantemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Fedt	☐	☐	☐	☐	☐
Spiser brød uden fedtstof	☐	☐	☐	☐	☐

13 : Hvor ofte spiser du følgende slags **pålæg**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	☐	☐	☐	☐	☐
Fiskepålæg	☐	☐	☐	☐	☐
Æg	☐	☐	☐	☐	☐
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	☐	☐	☐	☐	☐

14 : Hvor ofte spiser du følgende slags **varm mad**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	☐	☐	☐	☐	☐
Fjerkræ	☐	☐	☐	☐	☐
Fisk	☐	☐	☐	☐	☐
Grøntsags- eller vegetarretter	☐	☐	☐	☐	☐

15 : Hvor ofte spiser du følgende slags **grøntsager**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	☐	☐	☐	☐	☐
Andre rå grønssager	☐	☐	☐	☐	☐
Tilberedte grønssager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	☐	☐	☐	☐	☐

16 : Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags **fedtstof** i madlavningen?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Plantemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Smør, Kærgården og lignende	☐	☐	☐	☐	☐
Fedt/palmin	☐	☐	☐	☐	☐
Olivেনolio	☐	☐	☐	☐	☐
Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	☐	☐	☐	☐	☐
Rapsolie, madolie, salatolie	☐	☐	☐	☐	☐
Laver mad uden fedtstof	☐	☐	☐	☐	☐
Hvis du ikke ved det, fx fordi du får mad udefra, sæt X her				☐	

17 : Hvor mange portioner **frugt** plejer du at spise?

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

Mere end 6 om dagen	5-6 om dagen	3-4 om dagen	1-2 om dagen	5-6 om ugen	3-4 om ugen	1-2 om ugen	Ingen
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18 : Hvor ofte **drikker** du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	1-3 gange om måned	Sjældnere/ aldrig
Sødmælk (1 glas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Letmælk (1 glas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skummet-, mini- eller kærnemælk (1 glas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frugtjuice (1 glas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft uden sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19 : Hvor ofte **spiser** du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	1-3 gange om måneden	Sjældnere/aldrig
Kager, chokolade, is, slik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Snacks (chips, popcorn m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BEVÆGELSE I DAGLIGDAGEN

20: Det følgende handler om, hvor meget du bevæger dig såvel på arbejde som i fritiden. Med bevægelse menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler og bruger dine kræfter. Der tænkes altså ikke kun på motion, idræt eller lignende.

Nedenstående spørgsmål omhandler DAGLIGE aktiviteter			
Dagligt 	Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn? (medtag middagslur)	 Timer	 Minutter
Dagligt 	I dit arbejde (eller hvis du er under uddannelse), hvor mange timer og minutter om dagen bruger du typisk på: Stillesiddende arbejde?	 Timer	 Minutter
	Stående eller gående arbejde?	 Timer	 Minutter
	Hårdt fysisk arbejde? (fx tunge løft eller trappegang)	 Timer	 Minutter
	Jeg arbejder ikke/er ikke under uddannelse ☐		
Dagligt 	Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde/uddannelse? Jeg arbejder ikke/er ikke under uddannelse ☐	 Timer	 Minutter
Dagligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter om dagen bruger du ca. på at se TV, sidde ned og slappe af, læse og lytte til musik eller lignende?	 Timer	 Minutter
Nedenstående spørgsmål omhandler UGENTLIGE aktiviteter			
Ugentligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter bruger du om ugen på let fysisk aktivitet som fx gåture, let rengøring, feje og rive i haven eller let anstrengende motion som fx yoga, bowling eller lignende? (medtag ikke transport til og fra arbejde)	 Timer	 Minutter
Ugentligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter bruger du om ugen på havearbejde, bære ting op ad trappen eller moderat anstrengende sport som fx gymnastik, svømning, cykling, styrketræning eller lignende? (medtag ikke transport til og fra arbejde)	 Timer	 Minutter
Ugentligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter om ugen bruger du på anstrengende sport og motion som fx løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende? (medtag ikke transport til og fra arbejde)	 Timer	 Minutter

HELBRED OG TRIVSEL

21 : Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)	
Fremragende	☐
Vældig godt	☐
Godt	☐
Mindre godt	☐
Dårligt	☐

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

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke Begrænset
Krævende aktiviteter, som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	☐	☐	☐
Lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	☐	☐	☐
At gå flere etager op ad trapper		☐	☐
Gå i bad eller tage tøj på	☐	☐	☐

23 : Har du inden for **de seneste 4 uger** haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter **på grund af dit fysiske helbred?**

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	☐	☐	☐	☐	☐

24 : Har du inden for **de seneste 4 uger** haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter **på grund af følelsesmæssige problemer?**

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	☐	☐	☐	☐	☐

25 : Inden for **de seneste 4 uger**, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)	
Slet ikke	☐
Lidt	☐
Noget	☐
En hel del	☐
Virkelig meget	☐

26 : Hvor stor en del af tiden i **de seneste 4 uger** har du:

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Følt dig rolig og afslappet?	☐	☐	☐	☐	☐
Været fuld af energi?	☐	☐	☐	☐	☐
Følt dig trist til mode?	☐	☐	☐	☐	☐

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

(Kun ét X)	
Hele tiden	☐
Det meste af tiden	☐
Noget af tiden	☐
Lidt af tiden	☐
På intet tidspunkt	☐

28 : Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende og stressende situationer inden for **den seneste måned**.

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Hvor ofte er du blevet bragt ud af det over noget, der skete uventet?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du følt dig sikker på, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens imitationsmomenter?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du følt, at problemerne hobe sig op, så du ikke kunne magte dem?	☐	☐	☐	☐	☐

OBJEKTIVE HELBREDSMÅL

Efterfølgende mål foretages og udfyldes af kommunens medarbejder

27 : Højde

Skriv højde cm

28 : Vægt

Skriv vægt kg

29 : Taljemål

Skriv taljemål cm

30 : Hoftemål

Skriv hoftemål cm

TAK FOR HJÆLPEN!