

Martin Sandberg Buch, Pernille Skovbo Rasmussen, Louise Borst
og Susanne Reindahl Rasmussen

Evaluering af Næstved Sundhedscenters KOL-rehabilitering



Publikationen *Evaluering af Næstved Sundhedscenters KOL-rehabilitering* kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom
Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-766-9
Projekt 3778/10398
April 2013

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

De seneste tre år er der i kommuner og regioner arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Formålet er at skabe bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgere med kronisk sygdom, og arbejdet er støttet med midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til en styrket kronikerindsats.

Dette notat sammenfatter erfaringerne fra Næstved Kommunes arbejde med at udvikle et kommunalt rehabiliteringstilbud til borgere med moderat til svær Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). Notatet belyser, i hvilket omfang tilbuddet er implementeret i henhold til opstillede mål, hvordan samarbejdet omkring henvisning og tværsektoriel kommunikation fungerer, og ikke mindst hvilket udbytte de deltagende borgere oplever at få ud af forløbet. Endelig er det undersøgt, hvilken effekt rehabiliteringsforløbet har for deltagernes funktionsniveau.

Evalueringen er udført for Næstved Kommune, som skal bruge resultaterne i planlægningen af de fremtidige tilbud til borgere med KOL. Notatet offentliggøres med henblik på, at andre kommuner, som arbejder med lignende tilbud, kan få del i erfaringerne.

Senior projektleder Martin Sandberg Buch er ansvarlig for evalueringens gennemførelse og den samlede afrapportering. Herudover har projektleder Pernille Skovbo Rasmussen bidraget med analyserne i kapitel 4. Senior projektleder Susanne Reindahl Rasmussen er ansvarlig for analyserne i kapitel 5. Endelig har projektassistent, stud.anth. Louise Borst gennemført borgerinterview og den analyse af deltagernes perspektiver på KOL-forløbet, som er gengivet i kapitel 3.

Analyse- og forskningschef Charlotte Bredahl Jacobsen har foretaget internt review af notatet.

KORA ønsker at takke de medarbejdere og borgere, som har bidraget med deres erfaringer via interview og kommentering på 1. udkast af notatet.

Evalueringen er finansieret af Næstved Sundhedscenter via midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til en styrket kronikerindsats.

Indhold

1	Indledning og metode.....	5
1.1	KOL-rehabiliteringens organisation og opbygning.....	5
1.2	KOL-rehabiliteringens kontekst.....	5
1.3	Evalueringsens formål og undersøgelsesspørgsmål.....	6
1.4	Evalueringsens gennemførelse.....	6
1.5	Kvalitative data.....	6
1.6	Kvantitative data.....	7
1.7	Rapportens opbygning/læsevejledning.....	8
2	Fagpersoners perspektiver på KOL-forløbet.....	9
2.1	Perspektiver fra KOL-koordinatoren.....	9
2.2	Perspektiver fra Næstved Sygehus.....	11
2.3	Perspektiver fra almen praksis.....	12
2.4	Opsamling på de professionelle perspektiver.....	14
3	Borgernes perspektiver på KOL-forløbet.....	16
3.1	Rekruttering og perspektiver på kursusforløbet.....	16
4	Borgernes selvrapporterede effekt, udbytte af og tilfredshed med KOL-forløbet.....	20
4.1	Datakilder, respondenter og repræsentativitet.....	20
4.2	Beskrivelse af datagrundlaget.....	22
4.3	Resultater fra de opfølgende samtaler – selvrapporteret effekt og udbytte.....	23
4.4	Resultater fra spørgeskemaevalueringen – tilfredshed og udbytte.....	29
4.5	Opsamling.....	32
5	Resultater fra KOALA databasen vedrørende rehabiliteringens effekt på BMI, rygestatus og helbred.....	34
5.1	Deltagere med data i KOALA databasen.....	34
5.2	Deskriptive data for deltagere ved opstartssamtalen.....	35
5.3	Opstartssamtalen versus 12-måneders samtalen.....	38
5.4	Opsamling.....	39
6	Konklusion.....	40
6.1	Etableringen af KOL forløbet.....	40
6.2	Rekruttering, henvisning og udveksling af information.....	40
6.3	Borgernes oplevede udbytte fra forløbet.....	40
6.4	Deltagernes profil og effekt.....	41
	Bilag 1: Interviewguide sundhedskordinator.....	42
	Bilag 2: Interviewguide fagpersoner lungemedicinsk afdeling.....	43
	Bilag 3: Interviewguide almen praksis.....	45
	Bilag 4: Interviewguide deltagere.....	47
	Bilag 5: Spørgsmål anvendt ved opfølgende samtaler.....	48
	Bilag 6: Spørgeskema deltagerevaluering.....	49
	Bilag 7: Rå fordelinger fra alle deltagere ved henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtale.....	57

1 Indledning og metode

Næstved Kommune har i perioden 2010-2012 haft midler til at udvikle og implementere et rehabiliteringsforløb for borgere med moderat-svær KOL. Projektet er gennemført for at sikre, at den kommunale patientrettede forebyggelse fremadrettet lever op til de anbefalinger, der er opstillet i det regionale forløbsprogram for KOL.

1.1 KOL-rehabiliteringens organisation og opbygning

KOL-rehabiliteringsforløbet er etableret på Næstved Sundhedscenter, og der har været ansat en undervisningsansvarlig projektkoordinator på fuld tid i projektperioden. For at understøtte udviklingen af KOL-forløbet er der etableret en styregruppe, som samler repræsentanter fra sundhedscenteret, almen praksis og lungemedicinsk afdeling på Næstved Sygehus. Herudover er etableret en arbejdsgruppe, der samler de gennemgående undervisere på sundhedscenteret for løbende at evaluere, justere og koordinere indsatserne.

Koordinatoren har i samarbejde med styregruppen og relevante fagpersoner på sundhedscenteret udviklet et 12 ugers forløb, som består af i alt 24 trænings- og 24 undervisnings-sessioner. Forløbet indledes med en opstartssamtale, som introducerer borgeren til forløbet og afklarer motivation, ligesom der opstilles en handleplan med individuelle mål for udbyttet af forløbet. Endvidere indsamles oplysninger om BMI, gangdistance, dyspnøgrad og lignende, som indgår i dokumentationen af forløbets effekter.

Herefter følger et 12 ugers forløb med to ugentlige fremmøder à 3 timer, som kombinerer fysisk træning og undervisning i sygdomslære. KOL-koordinatoren og en fysioterapeut fra sundhedscenteret fungerer som faste undervisere igennem alle 12 uger, mens der løbende inddrages eksterne undervisere (praktiserende læge, farmaceut, psykolog, rygestopinstruktør og klinisk diætist), som underviser i specifikke emner¹.

For at fastholde deltagernes udbytte af forløbet er der i året efter afslutningen indlagt fire opfølgende samtaler, hvor de faste undervisere følger op på deltagernes mål og støtter op om deltagernes motivation til fortsatte livsstilsændringer. Samtalerne tjener samtidig til at indsamle dokumentation for, i hvilket omfang deltagerne formår at fastholde udbyttet af KOL-forløbet.

1.2 KOL-rehabiliteringens kontekst

KOL-forløbet er etableret på Næstved Sundhedscenter, der siden 2007 har udgjort den samlende ramme for kommunens patientrettede forebyggelsestilbud, som består af:

- Sundhedsskolen: Et kursusforløb med undervisning og træning til borgere med kronisk sygdom på tværs af diagnoser professionelle undervisere.
- Lær at leve med kronisk sygdom: Et kursusforløb for borgere med kroniske sygdomme på tværs af diagnoser – patienter der underviser patienter efter Stanford-modellen.
- Slidgigt-rehabilitering: Et diagnosespecifikt rehabiliteringsforløb med undervisning og træning for borgere med slidgigt.
- Sundhedspakken: Et aktiveringstilbud i samarbejde med Jobcenteret for sygemeldte borgere med stress og let til moderat depression.

¹ En detaljeret oversigt over emner, undervisere og mål for forløbet er vedlagt som bilag 7.

Ovenstående tilbud – og tilhørende procedurer for henvisning og kommunikation med eksterne samarbejdsparter – er udviklet siden 2007. KOL-rehabiliteringen indskrives sig således i en historik, hvor der skal bygges videre på eksisterende eksterne samarbejdsrelationer. Dette betyder, at det været en vigtig opgave at sikre en velfungerende integration og arbejdsdeling internt mellem sundhedscenterets patientrettede tilbud.

1.3 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål

Evalueringen undersøger, i hvilket omfang der er udviklet et tilbud, som giver borgerne det ønskede udbytte, samt om samarbejdet omkring opsporing, henvisning og kommunikation på tværs af sektorer fungerer som ønsket. De overordnede fokusområder belyses – med afsæt i projektets succeskriterier – ved at undersøge:

- I hvilket omfang rehabiliteringsforløbet er etableret i henhold til opstillede intentioner, og hvilke forslag til justering og forbedring de involverede fagpersoner har.
- I hvilken omgang de vigtigste samarbejdsparter oplever et synligt kommunalt tilbud og et velfungerende samarbejde om henvisning og kommunikation.
- I hvilket omfang deltagende borgere oplever et velfungerende KOL-forløb, samt hvilke forslag til forbedring borgerne har.
- Hvilken effekt rehabiliteringsforløbet har for deltagernes funktionsniveau, selvvaluerede livskvalitet og aktivitetsniveau efter afsluttet forløb.

1.4 Evalueringens gennemførelse

Evalueringen er baseret på interview med borgere, der har deltaget i KOL-forløbet, interview med professionelle fra KOL-tilbuddet, almen praksis og Næstved Sygehus, samt spørgeskemaer og fysiske test der afdækker deltagernes tilfredshed hhv. udbytte af tilbuddet. Alle kvantitative data er indsamlet af personale fra Næstved Sundhedscenter og analyseret af KORA. Nedenstående afsnit præsenterer de indsamlede data, som anvendes i rapporten.

1.5 Kvalitative data

Interview med professionelle fra og omkring KOL-forløbet²

For at vurdere samarbejdet mellem de relevante aktører i og omkring KOL-forløbet har vi interviewet sundhedscenterets ansvarlige tovholder, fire repræsentanter fra almen praksis samt to repræsentanter fra lungemedicinsk afdeling på Næstved Sygehus. Vi har ikke gennemført interview med interne samarbejdsparter fra sundhedscenteret, fordi dette tidligere er afdækket og vurderet velfungerende i forbindelse med den midtvejsstatus der er indsendt til Sundhedsministeriet.

Individuelle interview med deltagere fra KOL-forløbet

For at afdække deltagernes perspektiver på KOL-forløbet har vi gennemført individuelle interview med otte borgere, som har deltaget i forløbet. Gruppen består af seks kvinder og to mænd i alderen 49-78 år, som har været diagnosticeret med KOL imellem fem måneder til ti år. Gennemførelsesprocenten på tilbuddet har været relativt høj (83 %). Derfor har interviewene i højere grad haft fokus på udbyttet end årsager til frafald. Denne prioritering betyder, at der er lavet interview med seks borgere, som har gennemført hele kursusforlø-

² Anvendte interviewguides er vedlagt som bilag 1-3.

bet for KOL, og to borgere der er faldet fra undervejs. Da der ikke blev afdækket nye pointer efter de første fem interview, er det KORAs vurdering, at de gennemførte interview er repræsentative for deltagernes perspektiver på KOL-forløbet.

1.6 Kvantitative data

I løbet af projektperioden har i alt 110 borgere deltaget i KOL-rehabiliteringen. Her af har 91 (83 %) gennemført forløbet (defineret ved at der er data fra både den indledende og den afsluttende samtale).

Data fra spørgeskemaer er indsamlet og indtastet i survey exact

Der er brugt spørgeskemaer til at vurdere tilfredshed med KOL-tilbuddet samt selvvurderede ændringer i deltagernes livsstil, livskvalitet og aktivitetsniveau m.m. Spørgeskemaerne er udfyldt ved henholdsvis den opstartssamtale, som starter forløbet, ved den afsluttende samtale, og de fire opfølgende samtaler der er indlagt henholdsvis 1, 3, 6 og 12 måneder efter endt forløb. Borgerne har haft mulighed for at blive vejledt i besvarelsen.

Spørgsmål og svarkategorier er udvalgt fra SF-36³. SF-36 er et generisk og valideret spørgeskema, som belyser fysisk funktion, psykisk betingede begrænsninger, fysisk smerte, alment helbred, energi, social funktion, samt psykisk velbefindende. Til at starte med blev hele SF-36 udleveret til deltagerne. Erfaringen var dog, at det tog for meget tid og fokus fra de planlagte samtaler, samt at deltagerne blev forvirrede og irriterede over de mange spørgsmål. Derfor valgte personalet efter de første hold at fokusere på udvalgte spørgsmål vedrørende fysisk aktivitet, vejtrækning livskvalitet og målopnåelse m.m. Derfor er det kun disse, der indgår i evalueringen.

Som led i evalueringen præsenterer og tolker vi de data, som personalet på KOL-tilbuddet har indsamlet. Resultaterne – og de metodiske forbehold i forhold til analyserne – præsenteres i kapitel 4.

Resultater fra fysiske test er indtastet i KOALA databasen⁴

Før og efter kurset har personalet på KOL-tilbuddet indsamlet en række oplysninger (6 minutters gangdistance, BMI-måling, VAS-score, MRC-score og lungefunktion). Oplysningerne er indsamlet ved henholdsvis opstartssamtalen, den afsluttende samtale og de opfølgende samtaler, der er indlagt i forløbet. De ansvarlige undervisere har nedenfor beskrevet de procedurer, der er fulgt ved indsamlingen af data:

- Højden er selvoplyst af borgeren. Vægten tages ved hjælp af en vægt af mærket Tabita. Hvis borgeren selv har vejet sig samme dag eller dagen før, bruges denne værdi. I KOALA databasen bliver BMI automatisk udregnet ved indtastning af højde og vægt.
- 6-minutters gangdistance bliver gennemført efter en manual fra www.fys.dk på en bane med en længde på 20 meter. Det er de faste kontaktpersoner, fysioterapeut og koordinator, der gennemfører testen. Hvis der står 0 ud for testen, er det, fordi borgeren har afvist at udføre testen. Borgeren har kunnet gå lidt, men har ikke været villig til at prøve testen fx på grund af smerter i ryg eller ben, eller fordi borgeren er inde i en meget ustabil periode med sin KOL.

³ De anvendte spørgeskemaer er vedlagt som bilag 5 og 6.

⁴ KOALA databasen er en national database for rehabiliteringstilbud på KOL-området. Yderligere information om databasen kan ses på: <http://www.lunge.dk/kvalitetssikring-af-kol-koala>

- MRC-scoringen⁵ er gennemført ved, at borgeren er blevet bedt om at vurdere sig selv i forhold til den standardiserede MRC-skala. Det er dermed den selvvaluerede score, der ligger til grund.
- I tilknytning til KOALA databasen er der en standardiseret VAS-skala, borgeren kan score sig på. Dette bliver de bedt om at gøre ved samtalerne.
- Det er fortrinsvis en vejledende spirometri, der laves ved samtalerne, som ligger til grund for sværhedsgraden af KOL. Ellers er det lægens oplysninger, der ligger til grund.

Som led i evalueringen præsenterer og analyserer vi de indsamlede oplysninger, samtidig med at vi foretager en sammenligning af deltagerprofilen på Næstveds Kommunes tilbud med profilen for de øvrige KOL-patienter, der findes oplysninger om i KOALA-basen. Resultaterne – og de metodiske forbehold, som er forbundet med analyserne – præsenteres i kapitel 5.

1.7 Rapportens opbygning/læsevejledning

Notatet består af fire kapitler, der præsenterer de indsamlede data, og et afsluttende kapitel der sammenfatter og konkluderer:

- Kapitel 2 omhandler de professionelle perspektiver på KOL-forløbet.
- Kapitel 3 præsenterer de interviewede deltagers perspektiver på KOL-forløbet med vægt på undervisernes rolle, holddynamikken, elementer der har været særligt vigtige samt evt. forslag til forbedringer.
- Kapitel 4 præsenterer, på baggrund af de indsamlede spørgeskema, data deltagernes tilfredshed og selvoplevede udbytte af forløbet.
- Kapitel 5 præsenterer, på baggrund af de fysiske test og målinger, KOL-forløbets betydning for deltagernes funktionsniveau.
- Kapitel 6 sammenfatter evalueringens resultater og konklusioner.

⁵ MRC-skala (Medical Research Council Dyspnoea Scale) er et udtryk for en persons subjektive oplevelse af grad af åndenød ved daglige aktiviteter og arbejdskapacitet. Patienter, der har en MRC-værdi på 3, 4 eller 5 (hvor værdien 5 er den største belastning)⁵, kan ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger tilbydes rehabilitering.

2 Fagpersoners perspektiver på KOL-forløbet

Dette kapitel sammenfatter de sundhedsfaglige informanternes perspektiver på udviklingen af KOL-forløbet. Kapitlet er baseret på interview med den projektansatte KOL-kordinator, som også er gennemgående underviser på tilbuddet⁶. Blandt de eksterne samarbejdsparter er der gennemført interview med to sygeplejersker fra lungemedicinsk afdeling på Næstved Sygehus samt tre praktiserende læger og en praksissygeplejerske. De første tre afsnit præsenterer – enkeltvist – de enkelte aktørers perspektiver. Herefter følger en kort tværgående sammenfatning.

2.1 Perspektiver fra KOL-kordinatoren

Første skridt i at realisere KOL-forløbet bestod i at ansætte en erfaren sygeplejerske som KOL-kordinator. Koordinatoren har – sammen med en fysioterapeut fra sundhedscenteret – udgjort projektets omdrejningspunkt i forhold til nedenstående tre opgaver:

- Ansvar for indhold, opbygning, dokumentation og løbende justering af forløbet
- Ansvar for at udbrede kendskabet til forløbet blandt relevante samarbejdsparter og borgere i Næstved Kommune
- En funktion som kontaktperson for henviste borgere og gennemgående underviser på kursusforløbet.

På baggrund af ovenstående har vi interviewet KOL-kordinatoren med afsæt i den oprindelige projektbeskrivelse, materiale fra projektets midtvejsevaluering samt materiale der beskriver forløbets organisation og indhold. Interviewet fokuserer særligt på: a) opgaven med at udvikle rehabiliteringsforløbet, b) koordinatorens borgerrettede opgaver, c) samarbejdet i sundhedscenterets rehabiliteringsteam og d) koordinatorens samarbejde med 'henvisere' fra sygehus og almen praksis.

2.1.1 Udvikling og justering af forløbet

KOL-kordinatorens første store opgave bestod i at udvikle det faglige indhold, sammensætningen af moduler og indlagte samtaler på forløbet. Da koordinatoren startede, forelå der ingen konkrete anvisninger til denne opgave. Samtidig var der ingen anbefalede forløb fx fra forløbsprogrammer eller Sundhedsstyrelsen at læne sig op af. Koordinatoren tog derfor på studiebesøg i henholdsvis rehabiliteringen på Næstved Sygehus' lungemedicinske afdeling og på et eksisterende kommunalt KOL-forløb i Vordingborg Kommune. Samtidig oplevede koordinatoren, at der var god sparring fra de øvrige undervisere på Sundhedsskolen på sundhedscenteret og brugbar inspiration fra opbygningen af sundhedscenterets eksisterende tilbud. Opstarten resulterede i et forløb, som i opbygning ligger tæt op ad de øvrige forløb på Sundhedsskolen (Sundhedscenterets beskrivelse af indhold og mål er vedlagt som bilag 7).

Ifølge KOL-kordinatoren har forløbet fungeret efter hensigten, særligt fordi der indgår en bred vifte af undervisere og aktiviteter. Koordinatoren vurderer dog også, at der har været tale om et 'lukusforløb', som formentlig ikke kan videreføres, når projektperioden udløber.

⁶ Der er tidligere lavet en midtvejsevaluering, som fokuserede på det interne samarbejde mellem KOL-tilbuddet og de øvrige tilbud på sundhedscenteret. Evalueringen viste, at der var udviklet et velfungerende samarbejde, samt at de involverede fagpersoner ikke oplevede unødvendigt overlap imellem de forskellige tilbud. Derfor fokuserer nærværende evaluering ikke på den bredere kreds af relevante undervisere fra sundhedscenteret.

Fremadrettet forventes det, at forløbet skæres ned fra 12 uger (med 24 fremmøder) til de 7 uger (14 fremmøder), som er anbefalet i det regionale forløbsprogram for KOL i Region Sjælland. Derfor forestår en vigtig opgave med at revidere og forkorte kursets opbygning og undervisningsmateriale.

2.1.2 Samarbejdet med eksterne parter

Udvikling af en ny henvisningspraksis, hvor læger og sygeplejersker i almen praksis og hospitalsregi skal opspore og henvise patienter til kommunale forebyggelsestilbud, har i årene efter Strukturreformen udgjort et vigtigt (og ofte udfordrende) indsatsområde for det kommunale sundhedsområde.

Dette har dog ikke været tilfældet med KOL-forløbet i Næstved, hvor der, bortset fra en sommerperiode i 2011, har været det forventede antal henvisninger. Samtidig er der kun tre praksis, som slet ikke har henvist patienter i projektperioden. Koordinatoren vurderer, at dette blandt andet skyldes, at der allerede var etableret faste rutiner for elektronisk henvisning til sundhedscenterets øvrige tilbud. Derfor var det relativt enkelt at informere om den nye henvisningsmulighed, og især lægerne i Næstved by med opland har været hurtige til at tage tilbuddet til sig.

Nedenstående tabel viser en oversigt over de henvisninger, der er kommet til KOL-forløbet opdelt på sektor. I forhold til almen praksis er endvidere angivet en geografisk opdeling.

Tabel 1: Oversigt over henvisninger til KOL-tilbuddet fordelt på sektor og geografi

	Almen praksis	Næstved Sygehus ⁷
Næstved by	79	
Næstved Kommune i øvrigt	22	9
Henviste i alt	101	9

Som det fremgår, kommer mere end 90 % af de borgere, der henvises til KOL-forløbet, fra almen praksis, mens sygehuset kun tegner sig for en mindre del. Tabellen viser også, at der henvises fire gange så mange borgere fra læger, der er nedsat i Næstved by og opland, end fra praksis i resten af kommunen.

I forhold til succesen med at få henvist borgerne vurderer KOL-koordinatoren, at tre forhold har hjulpet henvisningerne på vej: For det første har sundhedscenteret en anerkendt og erfaren praksiskonsulent, som har hjulpet med at informere almen praksis om projektet. For det andet har der – via projektets styregruppe – fra starten været en fast samarbejdsrelation til de rehabiliteringsansvarlige sygeplejersker på lungemedicinsk afdeling. For det tredje oplever koordinatoren, at de eksterne henvisere finder tilbuddet relevant, hvilket i høj grad fremmer motivationen til at gøre brug af tilbuddet.

2.1.3 Rollen som underviser og kontaktperson

KOL-koordinatoren er deltagernes formelle kontaktperson, og hun deltager i alle undervisnings- og træningsaktiviteter i KOL-forløbet. Koordinatoren har været glad for den gennemgående rolle, som hun vurderer som vigtig for at sikre sammenhængen for deltagerne i et forløb, hvor der ofte indgår eksterne undervisere. Samtidig har det været en fordel at

⁷ Personalet fra det kommunale KOL-tilbud oplyser, at det tog et stykke tid, inden der begyndte at komme henvisninger fra sygehuset, samt at det hjalp, da der blev lavet en særlig henvisningsblanket, som de relevante fagpersoner kunne bruge.

være to undervisere til den fysiske træning, fordi det giver bedre mulighed for at skabe trygge rammer og differentiere træningen til deltagerens (ofte ret forskellige) funktionsniveau.

I den daglige praksis har koordinatoren og en fast fysioterapeut haft et tæt samarbejde, som muliggør deling af mange opgaver: Fx har fysioterapeuten ansvar for en del af de individuelle samtaler, der indlagt i forløbet. Koordinatoren ser det tætte samarbejde som en stor fordel – blandt andet fordi det indebærer, at koordinatoren og fysioterapeuten kan afløse for hinanden ved ferie og sygdom.

2.1.4 Succeser og udfordringer

Koordinatoren oplever KOL-projektet som en succes, fordi forløbet er realiseret i henhold til den oprindelige projektbeskrivelse, der har deltaget flere borgere end forventet (110 vs. 80), frafaldet har været lille, og de indsamlede data viser, at borgerne oplever et stort udbytte af forløbet.

De udfordringer, koordinatoren ser for forløbet og sundhedscenterets tilbud generelt, er forbundet med:

- Udslusning og fastholdelse: Den største udfordring består i, at langt de fleste deltagere har svært ved at fastholde opnåede resultater (fx fysisk aktivitet og funktionsniveau) efter endt forløb, og til trods for efterspørgsel fra deltagerne er der ikke ressourcer til permanente kommunale tilbud.
- Geografi: Der rekrutteres meget få deltagere fra kommunens yderområder. Ifølge koordinatoren hænger dette sammen med transporttid og omkostninger, som gør, at borgerne fravælger tilbuddet. Der er ikke mulighed for at betale transporten til KOL-forløbet, men det overvejes, om der på sigt kan etableres lokale tilbud, som forkorter transporten.
- Erhvervsaktive deltager i meget lille omfang. Der har været overvejelser om at rykke tilbuddet til om aftenen. Dette er dog ikke gjort, fordi KOL-patienter med moderat-svær KOL ofte er for trætte sent på dagen. Erhvervsaktive borgere er derfor først og fremmest henvist til at deltage i Sundhedsskolens tilbud om generel patientuddannelse, som foregår sent på eftermiddagen.
- Variation i almen praksis: Selvom flertallet af praksis aktivt henviser patienter, er der fortsat en betydende andel af praksis, som i lille omfang bruger sundhedscenterets tilbud om patientrettet forebyggelse.

2.2 Perspektiver fra Næstved Sygehus

På Næstved Sygehus har vi interviewet en lungesygeplejerske fra henholdsvis ambulatoriet og sengeafdelingen. De to sygeplejersker har KOL-rehabilitering som et af deres ansvarsområder, og de har siddet med i projektets styregruppe. Sygeplejerskerne er blevet interviewet om samarbejdet i styregruppen, det daglige samarbejde med den kommunale KOL-koordinator samt arbejdet med at opspore og henvise relevante patienter til kommunen.

De to sygeplejersker er meget tilfredse med KOL-projektets organisering og den involvering, der har været af relevante fagpersoner fra sygehuset. Især deltagelsen i projektets styregruppe har dannet afsæt for et tæt samarbejde omkring indhold, faglighed og arbejdsdeling mellem de to sygeplejersker og den kommunale KOL-koordinator. Sygeplejerskerne fortæller endvidere at:

"... vi hurtigt fik sat ansigt på hinanden, og Gitte [KOL-koordinatoren] kom her ind på afdelingen og fulgte vores tilbud. Og så havde vi en god dialog omkring det faglige indhold og kriterierne for, hvilke patienter der skal gå hvor. Og når der er nogen, vi er i tvivl om, så skriver og ringer vi bare til hinanden – det er let".

KORA har tidligere undersøgt samarbejdet mellem sygehuset og sundhedscenteret⁸. Hovedkonklusionen var dengang, at sygehusinformanterne i ringe grad kendte sundhedscenteret, samtidig med at de så få muligheder for et samarbejde om den patientrettede forebyggelse. De væsentlige barrierer knyttede sig til:

- Skepsis/usikkerhed omkring faglighed, indhold og kvalitet af den kommunale indsats.
- En opfattelse af at de patienter, der går på sygehuset, er så langt i deres sygdomsforløb, at de har svært ved at profitere af kommunale tilbud.
- Manglende kendskab til de kommunale tilbud og manglende opmærksomhed på dem i det patientrettede arbejde.

Interviewet med de to lungesygeplejersker indikerer, at ovenstående – i hvert fald på KOL-området – er ændret. Sygeplejerskerne vurderer i den forbindelse, at der har været et positivt sammenfald mellem det regionale forløbsprogram for KOL og udviklingen af det kommunale rehabiliteringsforløb:

"Lægerne herinde har virkelig taget forløbsprogrammet for KOL til sig, og de går meget op i at implementere det. Derfor har det været helt naturligt at indarbejde opmærksomhed på det kommunale tilbud i vores kontrolforløb, og det er både læger og sygeplejersker, der finder patienter til kommunen".

Endelig vurderer sygeplejerskerne, at der – qua det kommunale tilbuds målgruppe af moderat-svært syge KOL-patienter – er tale om et særdeles relevant tilbud til en patientgruppe, der tidligere har manglet tilbud til. Derfor vurderer sygeplejerskerne, at der blandt de relevante læger og sygeplejersker på sygehuset er stor opbakning til, at det kommunale tilbud videreføres, og adspurgt kunne de ikke komme i tanker om forslag til justering af samarbejdet.

2.3 Perspektiver fra almen praksis

Almen praksis er hovedansvarlig for at opspore og henvise relevante patienter til KOL-forløbet. Interviewene med almen praksis fokuserede derfor på, om lægerne oplever, at der er skabt et relevant og synligt kommunalt tilbud med forståelige henvisningskriterier og enkle henvisningsveje. Herudover er der spurgt ind til, i hvilket omfang der sker en overlevering af relevant information mellem parterne ved opstart og afslutning af forløb og evt. ønsker til det fremadrettede samarbejde.

Som tidligere nævnt har Næstved Sundhedscenter siden åbningen i 2007 arbejdet på at opbygge en velfungerende henvisningspraksis og udveksling af information med almen praksis. Sundhedscenteret har således brugt mange ressourcer på samarbejdet og kommunen var i 2008 en af de første, som indførte elektronisk henvisning og tovejskommunikation med almen praksis.

⁸ Se evt. Buch, M.S. og Olesen, E.: Evaluering af Næstved Sundhedscenter. DSI publikation 2008.

Ifølge de interviewede læger har Sundhedscenterets arbejde i dag båret frugt: De ser Sundhedscenteret som en synlig samarbejdspart, og lægerne fortæller, at de har et godt kendskab til centerets tilbud. Henvisningsvejene fungerer godt og giver ikke informanterne særlige problemer. Det betyder meget, at sundhedscenteret har været aktivt siden 2007 – nu tror informanterne på, at tilbuddet er permanent, og at noget er i drift:

“Der er sket mange ændringer, siden Sundhedscenteret startede. Altså de første gange de var og informere os, der var vi jo mere forvirrede, da de gik derfra, end da de kom. Det var det der med at finde ud af, hvad der foregår på Sundhedscenteret, og hvad vi skal henvise til på sygehuset. Det er blevet meget bedre, men der er stadig områder – fx hjertepatienter – hvor vi er tvivl om, hvordan arbejdsdelingen mellem Sundhedscenter og sygehus er”.

(Praktiserende læge)

Informanternes opfordrer derfor til, at Sundhedscenteret satser på at videreføre og udbygge eksisterende tilbud i drift frem for at oprette nye projekter. Lægerne anerkender dog også, at Sundhedscenteret i et vist omfang er afhængigt af projektpenge for at kunne fortsætte en række af sine aktiviteter.

Sammenlignet med tidligere oplever lægerne også, at patienterne er mere positive over for at blive henvist til sundhedscenterets tilbud – og ikke mindst at patienterne er meget glade for de tilbud, de får:

“Vi oplever en opblomstring, når de kommer på forløbet – de får trænet deres muskler og får en tro på, at de godt kan en masse af det, som de var holdt op med. Og de er glade, når de kommer retur til os”.

(Praksissygeplejerske)

Patienternes positive tilbagemeldinger har stor betydning for informanternes tiltro til kvaliteten af sundhedscenterets tilbud. Samtidig fortæller informanterne, at KOL-forløbet er et relevant og nyttigt tiltag, fordi gruppen af moderat-svært syge KOL-patienter tidligere faldt imellem sundhedscenterets og hospitalets tilbud.

Til gengæld understreger informanterne også, at niveauet i almen praksis varierer meget, og at det langt fra er alle læger, som er godt med. Dette afspejles også i henvisningsmønstret til KOL-tilbuddet, som viser, at det fortsat er 9 ud af kommunens 20 lægepraksis, som har henvist 1 eller ingen patienter. Derfor spurgte vi, om Sundhedscenteret kunne gøre noget for at få flere læger mere med. Informanterne vurderede, at det fra Sundhedscenterets side er svært at gøre mere, end der allerede er gjort. Lægerne vurderer, at det er den enkelte praksis organisering på KOL-området og til dels den geografiske afstand, som har betydning for, om der henvises eller ej.

Ønsker fra almen praksis

Informanterne er enige om, at KOL-tilbuddet er en succes, som de fortsat ønsker i drift. Adspurgt har de dog tre ønsker, som de vurderer, kan støtte praksis rolle i kronikerbehandlingen:

For det første ønsker informanterne en kort og præcis status fra Sundhedscenteret efter deltagelse i et forløb. Ingen af informanterne mente, at de fik dette, men de medgav, at:

“Det kan godt være, at tilbagemeldingerne drukner i indbakken – det går meget hurtigt med at få det læst...”

(Praktiserende læge)

De korte og præcise tilbagemeldinger er imidlertid implementeret, og praksiskonsulenten fortæller, at han får gode tilbagemeldinger, som lever op til de ønsker, han og hans kolleger har.

For det andet er informanterne enige om, at opfølgende aktiviteter er vigtige i forlængelse af KOL-forløbet, fx stavgangshold, aktiviteter i regi af patientforeninger, vedligeholdende træning (udover den der foregår på kommunens ældrecentre). Endvidere anbefaler de, at der åbnes op for genhenvielse:

“Vi kunne godt bruge en mulighed for at genhenvise de patienter, som har haft stor nytte af tilbuddet efter 1-2 år. For der er behov for at holde det ved lige, og patienterne efterspørger trygheden ved at blive trænet af fagpersoner med forstand på KOL”.

For det tredje ønsker informanterne adgang til et lettilgængeligt og altid opdateret elektronisk overblik over, hvilke tilbud der findes på sundhedscenteret/i kommunen. Igen er der dog tale om en løsning, som allerede er implementeret: Oversigten over Næstved Kommunes sundhedstilbud ligger på Region Sjællands SOFT-portal (portal for sundheds- og forebyggelsestilbud) på www.sundhed.dk:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland/kommuner/naestved/>

2.4 Opsamling på de professionelles perspektiver

Det har fremgået af kapitlet, at KOL-forløbet ifølge informanterne er realiseret i henhold til de målsætninger, der var opstillet i den oprindelige projektbeskrivelse. Samtidig oplever de interviewede henvisere fra sygehus og almen praksis, at der er tale om et relevant tilbud til en udsat patientgruppe, der ikke tidligere har været et målrettet tilbud til. Henviserne har samtidig (baseret på de positive tilbagemeldinger de får fra deres patienter) en opfattelse af, at der er tale om et tilbud af høj kvalitet.

Det fremstår også som en væsentlig pointe, at Sundhedscenteret igennem en årrække har gjort en indsats for at skabe samarbejdsrelationer med almen praksis og relevante fagpersoner på Næstved Sygehus. Det har i den forbindelse haft positiv betydning for KOL-forløbet, at der – da projektet startede – var etableret faste elektroniske henvisnings- og kommunikationsveje mellem sundhedscenteret og almen praksis. Samtidig vurderer sygeplejerskerne på lungemedicinsk afdeling, at der har været et positivt sammenfald mellem implementering af Region Sjællands forløbsprogram for KOL og Næstved Kommunes styrkede KOL-indsats. Det skal i den forbindelse understreges, at vi ikke er i stand til at vurdere, om informanterne er repræsentative for den samlede gruppe af eksterne henvisere.

Det væsentligste ønske fra sygehuset og almen praksis er, at tilbuddet fortsætter i drift, og der er ikke afdækket væsentlige forslag til ændringer i målgruppe, henvisningskriterier eller henvisningssamarbejde.

På tværs af informanter ses det som en stor udfordring at fastholde deltagernes positive udbytte af KOL-forløbet på mellemlang og lang sigt. Der er således på den ene side et ønske om at tilbyde støtte af en mere varig karakter, men på den anden side er der også en erkendelse af, at der skal tages hensyn til kommunens økonomiske rammer.

Endelig illustrerer interviewene med almen praksis, at der mangler kendskab til/brug af de informationsmuligheder og kommunikationspraksis, der er aftalt med Sundhedscenteret. Og det skal igen understreges, at de interviewede læger ikke nødvendigvis er repræsentative for almen praksis som helhed.

3 Borgernes perspektiver på KOL-forløbet

Vi har interviewet otte deltagere i KOL-forløbet. Borgerne er valgt tilfældigt, men under hensyntagen til at forløbet skulle være præsent for dem. Der er således primært interviewet borgere, som har deltaget i 2012. Dette kapitel sammenfatter de otte borgeres erfaringer og refleksioner omkring udbyttet af forløbet. Seks deltagere havde gennemført hele forløbet, og to var faldet fra undervejs. De to frafaldne understreger, at det skyldtes sygdom – ikke utilfredshed med kurset, og derfor fokuserer vi ikke yderligere på årsager til frafald. Første afsnit beskriver, hvordan borgerne er rekrutteret, og hvordan de har oplevet kursusforløbet; næste afsnit hvordan kurset har påvirket borgeres hverdag med kronisk sygdom. Til sidst sammenfatter vi borgernes forslag til forbedringer af kursusforløbet.

3.1 Rekruttering og perspektiver på kursusforløbet

3.1.1 Opsporing og henvisning

For at deltage i tilbuddet skal borgere have en henvisning fra egen læge. Alle deltagerne er henvist fra egen læge, men vejen til henvisning har været forskellig: Fire deltagere er henvist på initiativ af deres læge, mens de fire andre selv har gjort lægen opmærksom på tilbuddet på baggrund af annoncer i lokalavisen eller opfordring fra bekendte. Annoncering i lokalaviser m.m. fremstår således som en væsentlig kilde til rekruttering.

3.1.2 Kursets opstart og afslutning

Som led i forløbet er der indlagt en række individuelle samtaler. Først er der en opstartssamtale, hvor der gives information om kursusforløbet, og hvor der ideelt set skal ske en afklaring af borgerens forventninger til kurset og opstilles individuelle mål for deltagelsen. Sundhedskonsulenten vurderer på baggrund af den opstartssamtale, hvorvidt borgeren vil få udbytte af tilbuddet, og det sker, at borgere viderehenvises til sundhedsskolen eller sygehusets tilbud om rehabilitering. Borgerne bliver også vejret, får testet lungekapacitet via spirometer og får foretaget en 6 minutters gangtest. Disse måleresultater fungerer som dokumentation for kursets effekt og bliver fulgt op i den afsluttende samtale, hvor der igen skal sættes mål for borgerens hverdag efter afslutning af kurset. Endelig er der opfølgende samtaler efter henholdsvis 1, 3, 6 og 12 måneder, som har til formål at støtte deltagerne i at fastholde ændret livsstil og funktionsniveau.

Sammenlignet med ovenstående idealbeskrivelse er borgernes indtryk af de indlagte samtaler mere blandet. Overordnet føler alle informanter sig veloplyste om, hvad kurset indebærer, og samtlige kommenterer på stor imødekommenhed fra undervisernes side. Der er således enighed om, at informationsdelen fungerer fint, og at:

“De fik virkelig én til at føle, at man gjorde noget for sig selv, så man fik lyst til at komme der”.

(Kvindelig deltager)

Borgerne refererer imidlertid også til den indledende/afsluttende samtale som dér, hvor de bliver målt, vejret og udfylder skemaer. Mange giver udtryk for, at de skal besvare de samme spørgsmål “igen og igen”, og flere bryder sig ikke om de mange spørgsmål og målinger:

"Jeg hader, når jeg skal puste i den dér. Jeg hader at få det tal. Selvom jeg har været på kursus, forstår jeg ikke de tal helt".

(Kvindelig deltager)

Omvendt finder andre det motiverende, at fremgang bliver dokumenteret:

"Det var fantastisk, da jeg fik min seddel med resultater. Og jeg havde flyttet 2 kg fedt til 2 kg muskler og kunne gå længere på de 6 minutter".

(Kvindelig deltager)

Endelig var det påfaldende, at intentionen om, at borgerne skal opstille og følge op på, om de har nået deres individuelle mål, fyldte meget lidt i informanternes bevidsthed sammenlignet med ovennævnte informations- og dokumentationsaktiviteter.

Det var ikke alle deltagere, der havde de opfølgende samtaler præsent, men de, der havde, var glade for 'reminderen' om at holde fast, hvilket fremstår som deltagernes samlet set største udfordring efter endt forløb.

3.1.3 Perspektiver på undervisningen

I forhold til undervisningen er der over hele linjen stor ros til underviserne for at være imødekommende og gode til at kommunikere det teoretiske stof på en letforståelig måde. Det, at tilbuddet er diagnosespecifikt, så man møder andre, der er i samme båd, fremhæves også som noget positivt, der understøtter målene med undervisningen.

Deltagerne er ligeledes glade for, at der har været gennemgående undervisere, som har udgjort omdrejningspunktet for forløbet, mens der er trukket specialister ind til specifikke emner som kost, medicin og lignende. De gennemgående undervisere fremhæves også som nøglepersoner i forhold til at få holdet til at fungere:

"De [underviserne] har været gode til fra begyndelsen at understrege, at vi er forskellige mennesker og opfordre til at prøve at være lidt overbærende. Så der har været stor rummelighed".

(Mandlig deltager)

Der er dog to borgere, som oplevede, at holdundervisningen ikke fungerede for dem. Den ene henviser til store aldersforskelle mellem deltagerne, som for vedkommende (der var væsentligt yngre end de andre) blev en barriere for at kunne identificere sig med resten af holdet. En anden henviser til, at nogle af deltagerne havde mere presserende helbredsproblemer end KOL, som tog fokus fra den sygdomsspecifikke undervisning i håndtering af KOL. Overordnet er borgerne dog glade for holdet: Det er nøgleord som tid og rummelighed og positiv stemning, der nævnes gentagne gange i forbindelse med undervisningen – samt de indlagte diskussioner mellem deltagerne.

3.1.4 Perspektiver på den fysiske træning

Deltagerne er meget tilfredse med den fysiske træning, der indgår i rehabiliteringsforløbet. Særligt fremhæves det som noget positivt, at man bliver præsenteret for en række forskellige træningsmetoder og -tilbud, som gør det lettere at fortsætte med at motionere efter kursets afslutning. Herudover giver det tryghed at træne sammen med en professionel, som kan guide både på det praktiske plan i forhold til, hvordan man anvender træningsred-

skaber, og samtidig kan give "et venligt skub", så man kommer i gang og også tør presse sig selv yderligere fysisk.

"Altså, i fitness kan jeg gå på løbebånd, hvor jeg nok førhen har været lidt bange for det".

(Kvindelig deltager)

Det er individuelt, hvilke dele af træningsforløbet deltagerne foretrækker, så det fremhæves som positivt, at man er blevet præsenteret for mange forskellige træningsformer. Borgere vurderer overordnet, at vægtningen mellem teoretisk undervisning og fysisk træning i løbet af kursusgangene fungerer fint. Enkelte efterspørger dog mere tid til individuel instruktion og spørgsmål under den fysiske træning.

Én ud af de otte borgere dyrkede regelmæssig motion inden deltagelse i kurset. Efter kurssets afslutning er fire borgere fortsat fysisk aktive:

"Jeg bruger det hver dag. Jeg har købt mig en kondicykel og nogle elastikker. Det er helt sikkert, det ville jeg ikke have gjort, hvis ikke jeg havde været på kurset".

(Mandlig deltager)

Informanterne lægger generelt vægt på, at de er blevet mere sikre på sig selv og egen fysisk formåen, hvilket har haft afgørende betydning for, at de har fortsat den fysiske træning. Seks ud af otte borgere udtaler, at de savner træningen og udtrykker ønske om at kunne fortsætte den fysiske træning i Sundhedscentret efter kurssets afslutning.

3.1.5 Udbyttet ved at deltage i forløbet

Samtlige deltagere fortæller, at kurset gjorde det klart, at deres viden om KOL var mangelfuld forud for kurset. I forlængelse heraf oplever deltagerne i høj grad, at de har fået ny viden, som er med til at lette deres hverdag.

Som illustreret nedenfor er det først og fremmest undervisning i vejrtrækningsteknikker, håndtering af angst og korrekt inhalation af medicin, som fremhæves i forbindelse med udbyttet af forløbet:

"Og så at man bliver bange og angst, at man har fået at vide, hvordan man skal trække vejret og kender til de hjælpemidler, der findes. Jeg vidste ikke ret meget i forvejen".

(Kvindelig deltager)

"Jeg skulle flytte noget, der var meget tungt, og der gik jeg ud over mine grænser. Så kunne jeg tænke på nogle af de ting, jeg havde lært [åndedrætsteknikker]. Tidligere var jeg gået i panik".

(Kvindelig deltager)

Flere fortæller også at de har fået et nyt syn på, hvordan de kan forholde sig til sygdommen, hvordan den påvirker kroppen, samt hvilke hjælpemidler og tilbud der kan være med til at lette hverdagen:

"Jeg har fået ro på. Det havde jeg ikke inden. Der var jeg forvirret over, hvad er det her for noget? Man får faktisk at vide, at det er én selv, der skal gøre noget. Man kan jo ikke blive rask, men man kan gøre meget."

(Kvindelig deltager)

"Det bedste er at man får noget at vide, som man ikke vidste. Det er absolut positivt. Og også at jeg kunne konstatere på egen krop og velvære, at det passede!"

(Mandlig deltager)

3.1.6 Sammenfatning af deltageres perspektiver

Deltagerne giver udtryk for stor tilfredshed med kurset. Der er få kritikpunkter; ét er at det virker hæmmende på holddynamikken, hvis der er meget stor variation i deltageres alder og funktionsevne. To deltagere påtaler dette, mens resten udelukkende har rosende ord tilovers for undervisernes evne til både at inddrage deltageres erfaringer, lytte samt lede undervisningen.

Samtlige deltagere fortæller, at de bruger det, de har lært på kurset, i deres hverdag. Alle deltagere finder således, at kurset bidrager positivt både med konkret viden, øvelser og teknikker, der letter hverdagen med KOL. Samtidig fungerer holdet – for flertallet – som et fælles rum, hvor man støtter hinanden og deler personlige erfaringer. I forhold til det konkrete udbytte er det særligt øget velvære (først og fremmest på grund af mindre angst) og konkrete teknikker (åndedræt og medicin håndtering) i hverdagen, der anses som det vigtigste udbytte af deltagelsen i kurset. Forbedringer i det fysiske funktionsniveau fremstår også som væsentlige, og tre af de otte deltagere er fortsat med at træne efter endt forløb. Deltagerne efterspørger i den forbindelse fortsat mulighed for at træne i trygge rammer.

4 Borgernes selvrapporterede effekt, udbytte af og tilfredshed med KOL-forløbet

I dette kapitel beskriver vi deltagernes selvoplevede udbytte af rehabiliteringsforløbet. Det sker på baggrund af de data, som Næstved Sundhedscenter har indsamlet for at dokumentere effekterne af KOL-forløbet. Effekter skal i denne sammenhæng forstås som den evt. ændring, borgernes selv oplever, at der er sket vedrørende en række centrale sundhedsrelaterede forhold. Endvidere undersøger vi, om den evt. udvikling, borgerne har oplevet, er vedvarende over tid.

I analyserne er der testet for signifikante forskelle ved hjælp af Chi i anden test og signifikante forskelle er angivet i præsentationen af resultater. I vurderingen af analyseresultaterne anvendes 5 % som signifikansniveau⁹. Der skal yderligere gøres opmærksom på, at jo færre borgere, der er inkluderet i den statistiske analyse, jo mindre chance er der for at få en statistisk signifikant værdi.

4.1 Datakilder, respondenter og repræsentativitet

Kapitlet er baseret på to forskellige datakilder. Den første datakilde består i en række opfølgende samtaler, hvor borgere, der har deltaget i KOL-forløbet, er stillet en række lukkede spørgsmål, hvor de henholdsvis 1, 3, 6 og 12 måneder efter forløbets afslutning er blevet bedt om at vurdere kursets betydning for nedenstående forhold¹⁰:

- Motivation til en sund livsstil
- Fysisk aktivitet
- Håndtering af åndenød
- Håndtering af sygdommen
- Selvoplevet livskvalitet
- Arbejde med og opnåelse af de mål borgerne har sat sig på kurset.

Da dataindsamlingen er gentaget over tid, har vi mulighed for at analysere, om borgernes selvoplevede udbytte er stabilt i den 12 måneders periode, de er fulgt.

Den anden datakilde består af en deltagerevaluering, som borgerne har udfyldt umiddelbart efter endt kursusforløb¹¹. For at sikre valide besvarelser er deltagerne blevet introduceret til evalueringsskemaet, hvorefter de har udfyldt og afleveret skemaet anonymt, uden at underviserne var til stede.

Figur 1 nedenfor illustrerer antallet af respondenter fra henholdsvis de fire opfølgende samtaler og deltagernes afsluttende evaluering af rehabiliteringsforløbet.

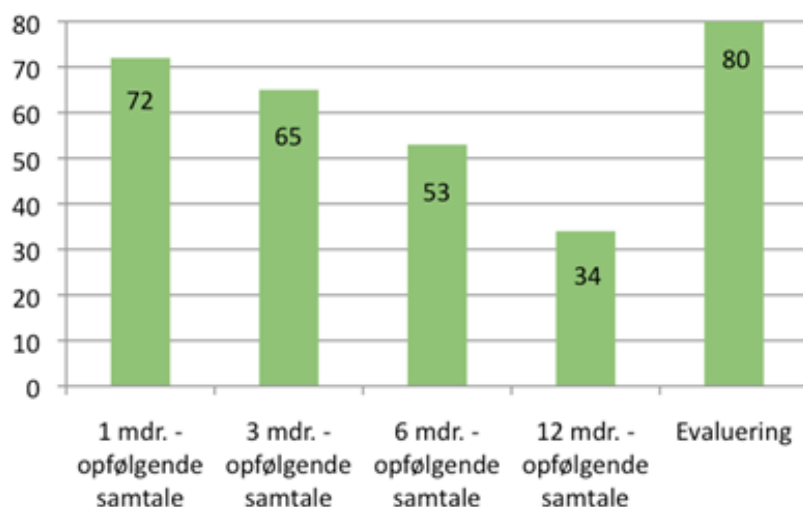
⁹ Hvis en forskel betegnes som værende statistisk signifikant, kan det med stor sandsynlighed afvises, at forskellen skyldes tilfældige udsving.

¹⁰ De eksempler på spørgsmål vi har fået udleveret af Næstved Kommune er vedlagt som bilag 5.

¹¹ Vedlagt som bilag 6.

Figur 1: Antal respondenter ved henholdsvis hver af de opfølgende samtaler efter 1, 3, 6 og 12 måneder samt deltagernes evaluering af kurset.

Antal besvarelser



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1, 3, 6 og 12 måneder samt data fra spørgeskemaevaluering indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur 1 viser, at 80 af de 110 borgere, som er startet på rehabiliteringsforløbet, har besvaret den afsluttende evaluering. Det giver en samlet svarprocent på 73 %, hvilket er tilfredsstillende i et spørgeskema.

Opgørelserne af de indsamlede data viser overordnet, at deltagernes svar fordeler sig på ca. samme måde ved alle de opfølgende samtaler¹². Men da det i relativt stort omfang er forskellige deltagere, der har deltaget i de forskellige opfølgninger, kan der ikke laves sammenligninger på tværs af den samlede mængde svar.

Samtidig er det i litteraturen, et kendt problem, at det er svært at fastholde opnåede effekter af tilbud om KOL-rehabilitering¹³. Derfor har vi i evalueringen haft særligt fokus på at undersøge, hvorvidt deltagernes udbytte af KOL-forløbet er stabilt over den 12 måneders periode, hvor de bliver tilbudt opfølgende samtaler. I den forbindelse er det væsentligt, at antallet af besvarelser fra de opfølgende samtaler falder væsentligt over tid. Således har vi haft data for 72 deltagere, der deltog i den opfølgende samtale efter 1 måned, 65 der deltog i den opfølgende samtale efter 3 måneder osv..

Da det vigtigt, at det er de samme deltageres svar, der sammenlignes over tid, begrænser frafaldet muligheden for at analysere deltagernes selvoplevede udbytte. Vi har således kun haft mulighed for at lave valide analyser på de 28 deltagere, som har medvirket i både den opfølgende samtale efter 1 måned og den opfølgende samtale efter 12 måneder¹⁴. Det er således væsentligt at bemærke, at analysen af det selvoplevede udbytte af rehabiliteringsforløbet er baseret på et mindre udsnit af de 110 borgere, der har startet forløbet. Resultaterne er derfor (som det i næste afsnit fremgår af tabel 2) ikke repræsentative for alle deltagere, der har været igennem KOL-forløbet.

¹² Som illustration har vi vedlagt de ukommenterede svarfordelinger for henholdsvis 1. måneds og 12 måneders samtalen som bilag 8.

¹³ Jf. Sundhedsstyrelsen 2009: *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*.

¹⁴ En væsentlig del af frafaldet skyldes, at en del af de borgere, der har deltaget i forløbet i 2012, endnu ikke havde været indkaldt til alle opfølgende samtaler, før evalueringen skulle være færdig.

Årsager til frafald

På grund af det store frafald har vi undersøgt, om der er betydende forskelle på de, der gennemfører de opfølgende samtaler, sammenlignet med de deltagere der falder fra efter første opfølgningssamtale. De indsamlede data viser, at der ikke er forskelle relateret til deltagernes køn og alder. Til gengæld fremgår det af nedenstående tabel 2, at frafaldet stiger med sværhedsgraden af KOL.

Tabel 2: Sværhedsgrad af KOL blandt de deltagere der har medvirket i 1 og 12 måneders opfølgningssamtalen, sammenlignet med de deltagere hvor der kun er data for 1 måneders samtalen.

KOL sværhedsgrad	Deltaget i 1 måneds og 12 måneders samtale		Deltaget i 1 måneds samtale men <u>ikke</u> i 12 måneders	
	N	%	N	%
Moderat	20	71	26	59
Svær	7	25	17	41
Meget svær	1	4	1	2
I alt	28	100	44	100

Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Tabel 2 viser således, at sandsynligheden for at falde fra de opfølgende samtaler stiger med sværhedsgraden af KOL. Det fremgår således, at 29 % af de 28 deltagere, som har deltaget i både første og sidste opfølgende samtale, har svær-meget svær KOL, mens det samme er tilfældet for 43 % af de deltagere, som er faldet fra.

4.2 Beskrivelse af datagrundlaget

I det følgende skal vi se nærmere på, hvad der karakteriserer de deltagere, der har deltaget i henholdsvis de opfølgende samtaler efter 1 måned og 12 måneder og i den spørgeskemabaserede evaluering. Tabel 3 nedenfor illustrerer dette.

Tabel 3: Køn og aldersfordeling blandt respondenter i henholdsvis spørgeskemaevalueringen og de opfølgende samtaler efter 1 måned og 12 måneder. Tabellen er baseret på besvarelser fra 1 månedes opfølgningssamtale.

Køn	Spørgeskema-evalueringen		Deltaget i 1 og 12 måneders opfølgende samtaler	
	Antal	%	Antal	%
Kvinde	50	62	19	68
Mand	30	38	9	32
I alt	80	100	28	100
Alder	Antal	%	Antal	%
< 60 år	9	11	2	7
60-69 år	37	46	15	54
70-79 år	29	37	10	36
≥ 80 år	5	6	1	4
I alt	80	100	28	100

Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder, samt data fra spørgeskemaevalueringen, indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA

Som det fremgår af tabel 3, udgør 62 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen kvinder, mens 68 % af deltagerne i de opfølgende samtaler er kvinder. Der er således en skæv kønsfordeling på KOL-forløbet, hvilket også er velkendt fra andre undersøgelser, der dels dokumenterer, at kvinder i større omfang end mænd rammes af KOL, og dels viser at kvinder mere udbredt end mænd deltager i forskellige former for patientuddannelse¹⁵. Aldersmæssigt fordeler deltagerne sig således, at hovedparten i både spørgeskemaundersøgelsen og ved de opfølgende samtaler er i aldersgruppen 60-79 år (gælder for henholdsvis 83 og 90 %). Kun henholdsvis 6 og 4 % er 80 år eller derover, og tilsvarende er det kun henholdsvis 11 og 7 % af deltagerne fra de to respektive datakilder, der er under 60 år.

4.3 Resultater fra de opfølgende samtaler – selvrapporert effekt og udbytte

De følgende afsnit undersøger, i hvilket omfang rehabiliteringsforløbet har ledt til de ønskede effekter for deltagerne i forhold til spørgsmålene om livsstilsændringer, sygdomshåndtering, livskvalitet, opstillede målsætninger og oplevet målopfyldelse.

4.3.1 Livsstilsændringer

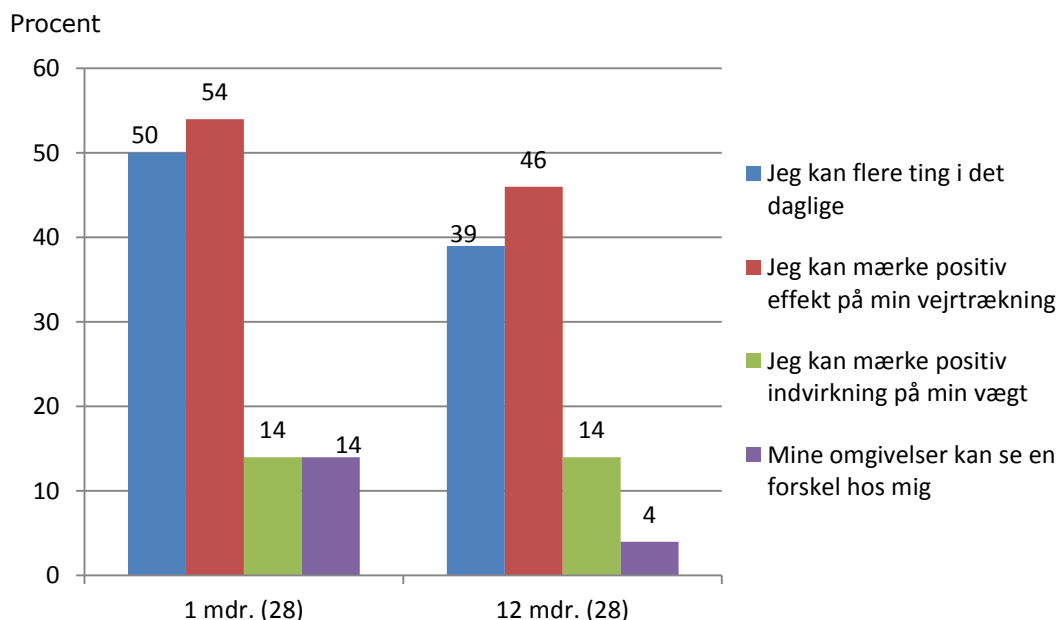
Deltagerne er blevet spurgt, i hvilken grad de føler sig motiverede til at fastholde en sund livsstil, samt hvilke motiver de har for at forsøge at gøre det.

For de 28 deltagere, der indgår i analysen, er der ved 1 månedes opfølgningssamtalen 78 % af deltagerne, som enten i meget høj grad eller i høj grad føler sig motiverede til at fastholde en sund livsstil. Til 12 måneders samtalen er andelen steget til 85 %. Resultatet er således stabilt i den periode, hvor deltagerne er fulgt.

¹⁵ Jf. Sundhedsstyrelsen 2009: *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*.

Nedenfor skal vi se nærmere på, hvad der motiverer deltagerne til at fastholde en sund livsstil. Deltagerne er blevet præsenteret for fire forskellige udsagn i relation til motivation for fastholdelse af en sund livsstil, som de har kunnet erklære sig enige i eller ej. Det har således været muligt at erklære sig enig i alle fire udsagn.

Figur 2: Besvarelser på spørgsmålet: Hvad motiverer dig i forhold til at fastholde den sunde livsstil? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Som det fremgår af figur 2, er det – ved både 1 og 12 måneders samtalen – først og fremmest oplevelsen af at kunne flere ting i dagligdagen samt en positiv effekt på vejrtrækningen, der motiverer deltagerne fra KOL-forløbet til at opretholde en sund livsstil.

Ser vi nærmere på de enkelte udsagn, deltagerne er blevet præsenteret for, fremgår det at 'jeg kan flere ting i det daglige' er angivet af 50 % af deltagerne ved 1 måneders samtalen, mod signifikant færre (39 %) af deltagerne ved 12 måneders samtalen. Også udsagnet omkring 'mine omgivelser kan se en forskel hos mig' blev tilkendegivet af signifikant flere deltagere ved første end ved sidste opfølgende samtale (14 % mod 4 %). De øvrige to udsagn blev tilkendegivet stort set lige mange gange ved første som ved sidste opfølgningssamtale.

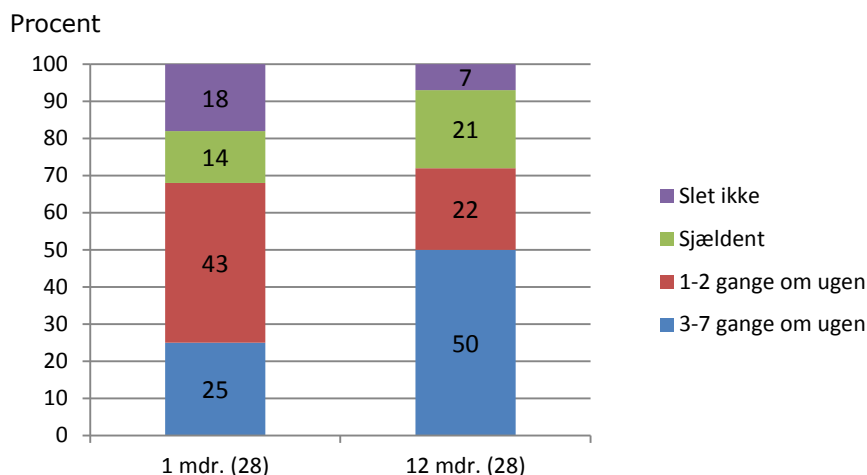
Deltagernes fysiske aktivitet

Som et led i at opnå en forbedret og sundere livsstil indgår det at være fysisk aktiv. Derfor skal vi i det følgende se på, om deltagerne efter rehabiliteringsforløbet er fysisk aktive. Deltagerne er blevet spurgt, hvor ofte de er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, samt hvor ofte de udfører fysisk aktivitet med høj intensitet¹⁶. Figur 3 nedenfor illustrerer udviklingen¹⁷.

¹⁶ Af materialet fra Næstved Kommune fremgår det, at der med 'høj intensitet' menes 'hvor du fik sved på panden og hjertet bankede hurtigere' (se bilag 5).

¹⁷ Svarkategorierne '3-6 gange ugentligt' og 'daglig' er slået sammen pga. et lavt antal besvarelser i 'daglig'.

Figur 3: Besvarelser på spørgsmålet: Har du siden afslutningen af kurset lavet fysisk aktivitet med høj intensitet? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.

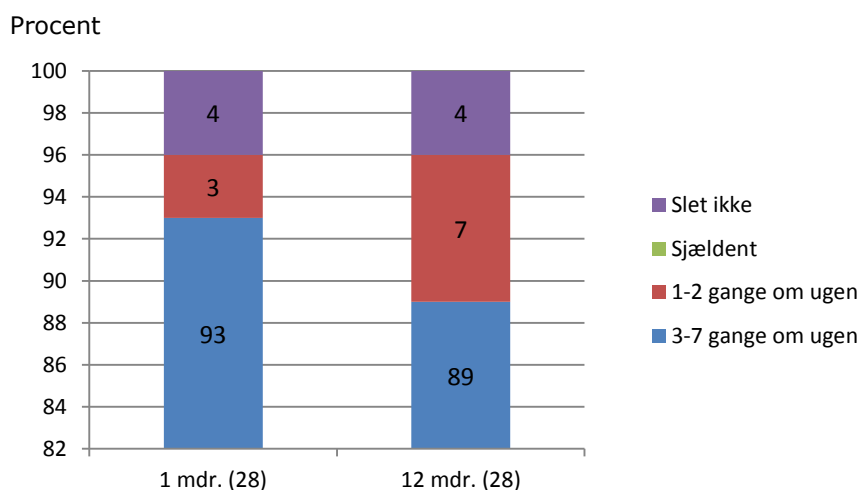


Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Hvad angår fysisk aktivitet med høj intensitet er der sket en positiv udvikling over den 12-måneders periode, der er målt på. Den positive udvikling består i, at de, der er aktive med høj intensitet, er blevet mere aktive, og samtidig har færre svaret, at de slet ikke er aktive med høj intensitet. Det fremgår således, at andelen, der er fysisk aktive med høj intensitet 3-7 gange om ugen, er steget fra 25 % af de 28 deltagere til 50 % af de 28 deltagere. Dette resultat indikerer således, at en mindre del af de 110 borgere, som er startet på forløbet, har fået mod på fysisk aktivitet med høj intensitet.

Deltagerne er også spurgt, hvor mange gange om ugen de er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Resultaterne er gengivet i nedenstående figur 3b¹⁸.

Figur 3b: Besvarelser på spørgsmålet: Siden afslutningen af kurset, hvor tit har du været fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? fra henholdsvis 1 måneder og 12 måneder opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

¹⁸ Svarkategorierne '3-6 gange ugentligt' og 'daglig' er slået sammen pga. et lavt antal besvarelser i 'daglig'.

Andelen, der har svaret, at de slet ikke har været fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen siden kursets afslutning, er ved både 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtale 4 %, mens andelen, der har svaret, at de er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen 3-7 gange om ugen, er 93 % ved 1 måneds opfølgende samtale og 89 % ved 12 måneders opfølgende samtale. Hovedparten af de 28 deltagere vurderer således – på tværs af de opfølgende samtaler – at de er fysisk aktive i mindst 30 minutter 3-7 gange om ugen.

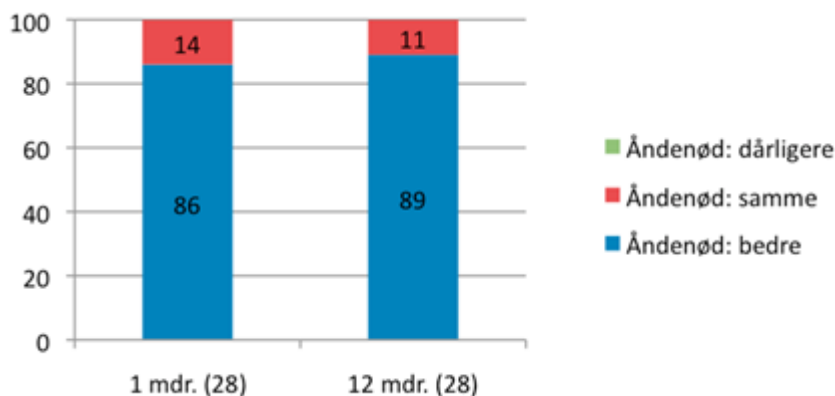
4.3.2 Sygdomshåndtering

I det følgende skal vi se nærmere på deltagernes selv vurderede evne til at tage vare om deres sygdom. I de opfølgende samtaler er deltagerne dels blevet spurgt til, 'hvordan håndterer du din sygdom efter kurset', og dels til 'hvordan synes du, at du håndterer din åndenød efter kurset'.

Figur 4 illustrerer besvarelserne på spørgsmålet om håndtering af åndenød.

Figur 4: Besvarelser på spørgsmålet: Hvordan synes du, at du håndterer din åndenød efter kurset? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.

Procent

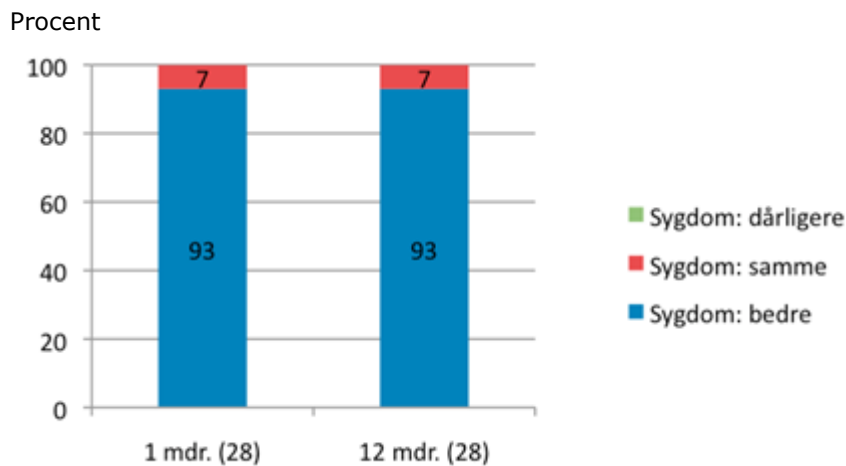


Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Ingen af deltagerne har svaret, at de håndterer åndenød dårligere efter kurset, hverken ved 1 eller 12 måneders opfølgning. Langt størstedelen af deltagerne, nemlig henholdsvis 86 % ved 1 måneds opfølgning og 89 % ved 12 måneders opfølgning, har svaret, at de håndterer åndenød bedre efter kurset. Det ser således ud til, at udbyttet er stabilt over tid for de 28 borgere, der findes data på.

Figur 5 illustrerer besvarelserne på spørgsmålet om håndtering af sygdommen.

Figur 5: Besvarelser på spørgsmålet: Hvordan håndterer du din sygdom efter kurset? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA

Figur 5 viser, at 93 % af deltagerne både 1 måned og 12 måneder efter kurset vurderer, at de er blevet bedre til at håndtere sygdommen samlet set. Dette må ses som meget positivt, idet vi ellers ofte ser ved patientuddannelser, at effekterne mindsker over tid¹⁹. Det fremgår også, at svarfordelingen stort set er den samme som for spørgsmålet om åndenød. Dette er delvist forventeligt, idet åndenød indgår som en væsentlig del af deltagernes sygdom, dvs. når de svarer på håndtering af sygdom generelt, ligger der i besvarelsen til dels også en vurdering af at kunne håndtere åndenød.

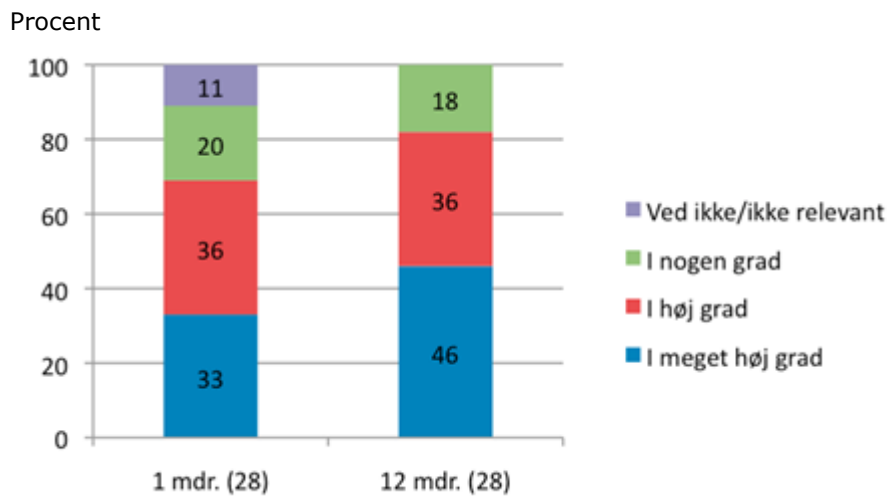
4.3.3 Livskvalitet

Deltagerne er blevet stillet spørgsmålet: "I hvilken grad synes du, at kurset har påvirket din livskvalitet positivt", hvortil de har kunnet svare i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke eller ved ikke/ikke relevant. Som vi skal se, har ingen af deltagerne svaret, at kurset i mindre grad eller slet ikke har påvirket deres livskvalitet, hverken ved 1 måneds eller 12 måneders opfølgende samtale, hvilket må anses for et positivt resultat.

Figur 6 illustrerer besvarelsene fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler.

¹⁹ Jf. Sundhedsstyrelsen 2009, *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*.

Figur 6: Besvarelser på spørgsmålet: I hvilken grad synes du, at kurset har påvirket din livskvalitet positivt? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



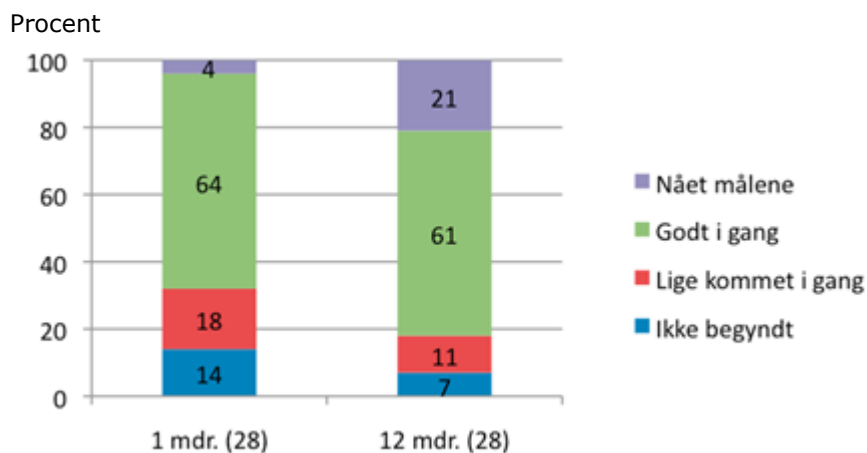
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Tæt på halvdelen af deltagerne (46 %) mener ved 12 måneders opfølgningssamtalen, at kurset i meget høj grad har påvirket deres livskvalitet positivt. Andelen er signifikant større end ved 1 måneds opfølgningssamtalen, hvor det samme gjaldt for en tredjedel af deltagerne. Andelen, der har svaret i høj grad og i nogen grad, er uændret, men samlet set er der sket en positiv udvikling over den 12 måneders periode.

4.3.4 Målsætning og opnåelse af mål

Et sidste forhold, som deltagerne er blevet spurgt ind til i de opfølgende samtaler, er målsætning og opnåelse af mål. Figur 7 viser resultaterne fra samtalerne i forhold til spørgsmålet, om deltagerne har nået de mål, de satte sig ved den afsluttende samtale.

Figur 7: Besvarelser på spørgsmålet: Har du nået de mål, du satte dig ved den afsluttende samtale? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.

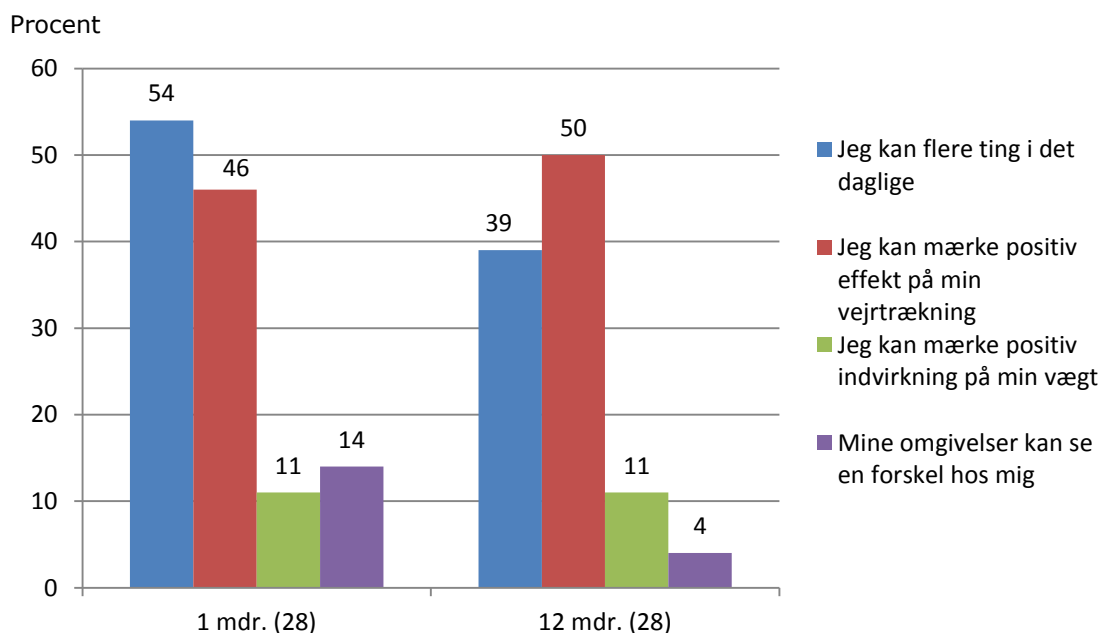


Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur 7 viser, at der ved 12 måneders opfølgningssamtalen er 17 procentpoint flere deltagere, som har nået deres mål, og 7 procentpoint færre der efter 12 måneder slet ikke er begyndt på at forfølge deres mål sammenlignet med ved 1 måneders opfølgning. Blandt de 28 deltagere er der således sket en signifikant positiv udvikling i besvarelserne over den 12 måneders opfølgingsperiode.

Hvis vi kigger på, hvad der motiverer deltagerne i forhold til at nå deres mål, ses resultaterne fra 1 måneders og 12 måneders opfølgningssamtale i figur 8 nedenfor.

Figur 8: Besvarelser på spørgsmålet: Hvad motiverer dig i forhold til at nå dine mål? fra henholdsvis 1 måneders og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Det fremgår af figur 8, at deltagerne tilkendegiver flere forhold som motiverende i forhold til at nå deres mål ved 1. måneders samtalen sammenlignet med 12 måneders samtalen. De forhold, der er angivet oftere, er at 'kunne flere ting i dette daglige', samt at 'mine omgivelser kan se en forskel hos mig'. Der ses således en tendens til, at andelen af deltagere, der motiveres af en positiv forskel på, hvad de kan i deres hverdag, falder over tid, mens andelen af deltagere, der motiveres af en positiv effekt på vejtrækningen, øges.

4.4 Resultater fra spørgeskemaevalueringen – tilfredshed og udbytte

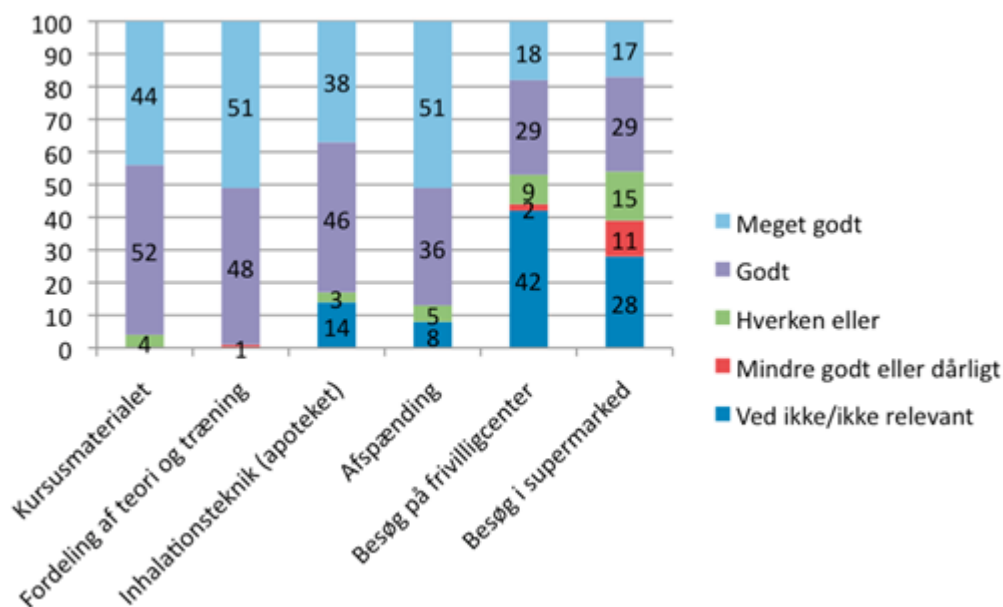
I denne del skal vi se nærmere på vurderingerne fra de 80 deltagere, der har besvaret den afsluttende evaluering af rehabiliteringsforløbet i forhold til undervisere, indhold samt opbygning af kurset m.m.

Overordnet mener 61 % af deltagerne, at kurset har en passende længde, mens 24 % mener, at kurset er for kort eller alt for kort, og blot 6 % synes kurset var for langt.

Deltagernes vurderinger af det anvendte kursusmateriale og de konkrete aktiviteter på kurset såsom undervisning i inhalationsteknik, i afspænding samt besøg på frivillighedscen-
treret i Næstved (Futura cafeen) og i et supermarked er sammenfattet i figur 9.

Figur 9: Besvarelser fra spørgeskemaevalueringen. Deltagernes vurderinger af materiale og konkrete elementer i undervisningen. Figuren er baseret på besvarelser fra 80 deltagere. Angivet i procent.

Procent



Kilde: Data fra spørgeskemaevaluering indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

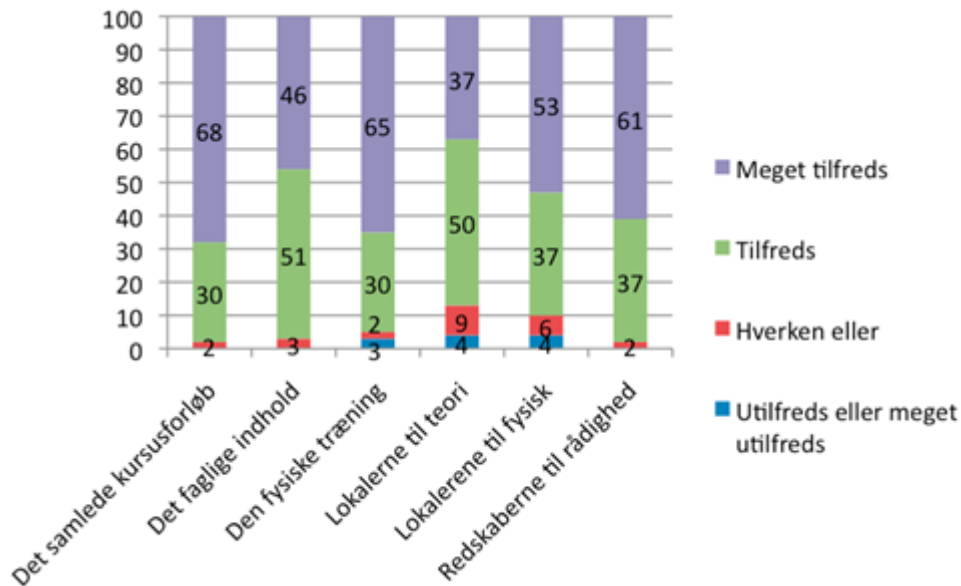
Figur 9 viser, at 96 % af de 80 deltagere har svaret, at kursusmaterialet er godt eller meget godt, mens de sidste 4 % har svaret hverken eller. Stort set samme positive billede gør sig gældende, når vi kigger på besvarelserne vedrørende fordeling af teori og træning på kurset, undervisning i inhalationsteknik og undervisning i afspænding; dog er der ved begge undervisningsaktiviteter en mindre procentdel (hhv. 14 og 8 %), som har svaret ved ikke/ikke relevant.

Ser vi på vurderingerne af besøg på henholdsvis frivilligcenteret og i et supermarkedet, er der lidt flere, der har svaret hverken godt eller dårligt, og en hel del flere der har svaret ved ikke/ikke relevant. Besøg i supermarkedet er den aktivitet, der vurderes dårligst af deltagerne, idet 11 % har angivet, at denne aktivitet var mindre god eller dårlig, men det er dog samtidig værd at bemærke, at tæt på halvdelen, nemlig 46 %, vurderer aktiviteten som god eller meget god.

I det følgende ser vi på deltagerne besvarelser vedrørende tilfredshed med det faglige og fysiske indhold samt lokaliteterne for undervisningen. Figur 10 viser resultaterne.

Figur 10: Besvarelser fra spørgeskemaevalueringen. Deltagernes tilfredshed med kursusforløbet, det faglige og fysiske indhold samt lokaliteterne for undervisningen. Figuren er baseret på besvarelser fra 80 deltagere²⁰. Fordelingen er angivet i procent.

Procent



Kilde: Data fra spørgeskemaevaluering indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Som det fremgår af figur 10, er deltagerne generelt set meget tilfredse eller tilfredse. Kun på spørgsmålene vedrørende den fysiske træning samt lokalerne til henholdsvis teori og fysisk træning er der nogle få (10 %), som er utilfredse eller meget utilfredse. De kvalitative kommentarer i spørgeskemaevalueringen forklarer, at denne utilfredshed primært skyldes træk og kulde i lokalerne.

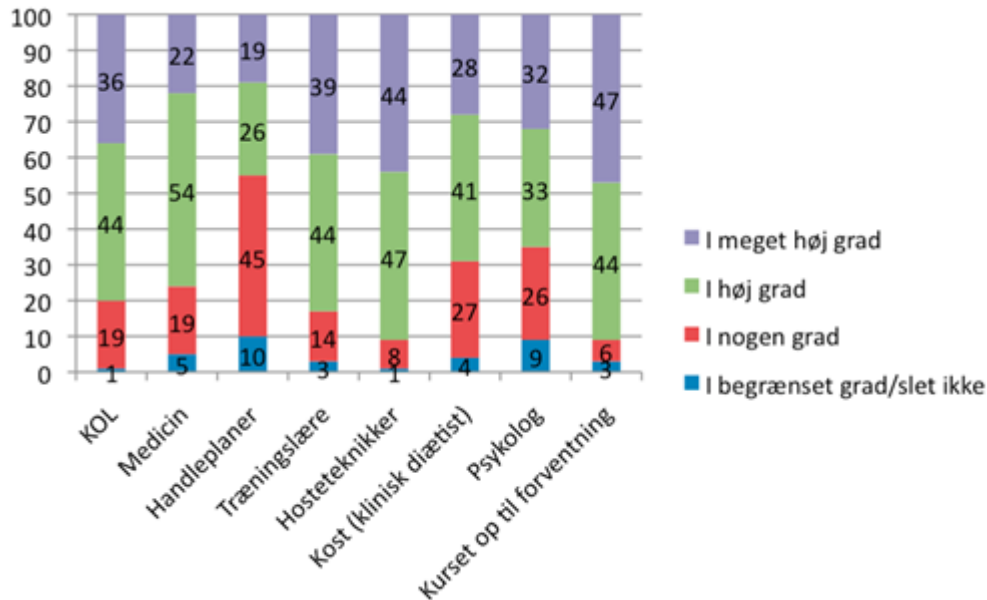
Afslutningsvis i denne præsentation af resultaterne fra spørgeskemaevalueringen skal vi se nærmere på besvarelser på spørgsmålet om, i hvor høj grad deltagerne håndterer egen sygdom bedre ved at deltage i kursets respektive undervisningsaktiviteter. Det skal bemærkes, at der indbygget i spørgsmålet ligger en implicit antagelse om, at undervisningen rent faktisk fører til, at deltagerne bedre kan håndtere deres sygdom, hvilket er den præmis deltagerne har svaret ud fra.

Figur 11 illustrerer besvarelserne vedrørende undervisningselementernes betydning for at kunne håndtere sygdommen bedre.

²⁰ Svarkategorierne utilfreds og meget utilfreds er slået sammen, da der er et meget lille antal svar i disse kategorier.

Figur 11: Deltagernes besvarelser på spørgsmålet: I hvor høj grad håndterer du din sygdom bedre ved at deltage i følgende undervisning: KOL, medicin mv.? Figuren er baseret på besvarelser fra 80 deltagere. Fordelingen er angivet i procent²¹.

Procent



Kilde: Data fra spørgeskemaevaluering indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Det undervisningselement, som deltagerne samlet set mener, har bidraget mest til bedre at kunne håndtere sygdommen, er hosteteknikker, hvilket hele 91 % i høj grad eller i meget høj grad tilkendegiver at have hjulpet til sygdomshåndtering. Også KOL-undervisning, undervisning i medicin og træningslære har mere end 75 % af deltagerne angivet, i høj grad eller i meget høj grad har bidraget til bedre sygdomshåndtering. Mest kritiske er deltagerne over for undervisningen omkring handleplaner, hvor 55 % har angivet at undervisningen kun i nogen grad eller begrænset grad/slet ikke har bidraget til bedre sygdomshåndtering. 91 % af de 80 deltagere, som har deltaget i spørgeskemaevalueringen, svarer, at kurset i høj grad eller i meget høj grad har levet op til deres forventninger.

Deltagerne har i spørgeskemaevalueringens åbne svarfelter noteret mange kommentarer, som i særdeleshed omhandler deres begejstring for underviserne. Disse får ros for deres engagement, faglige dygtighed og positive og åbne sind. Derudover omhandler nogle kommentarer ønsket om at kunne fortsætte træning sammen med de øvrige deltagere, om at kunne forlænge kurset, og om at kunne sammensætte lidt større hold, ligesom mange simpelthen har kommenteret, at kurset har givet dem ny og brugbar viden, som de mener, at alle KOL-patienter ville have gavn af at få.

4.5 Opsamling

Med det forbehold, at de 28 deltagere, som har deltaget ved både 1 måneds og 12 måneders opfølgningssamtale, ikke er repræsentative for alle borgere, der er påbegyndt et rehabiliteringsforløb, kan vi pege på, at deltagerne efter endt forløb har en høj motivation for at fastholde en sundere livsstil, samt at motivationen er stabil over den 12 måneders periode,

²¹ Svarkategorierne i begrænset grad og slet ikke er slået sammen, da der er et meget lille antal svar i disse kategorier.

hvor der er fulgt op på de 28 deltagere. Flere af de 28 deltagere har også angivet ved 12 måneders opfølgningssamtalen at være fysisk aktive med høj intensitet 3-7 gange ugentligt sammenlignet med ved 1 måneds opfølgningssamtalen.

Kurset har desuden betydet en selvrapporteret forbedret håndtering af sygdom og åndenød blandt de 28 deltagere, hvilket er et udbytte, der er vedvarende over de 12 måneder deltagere er fulgt. Også deltagernes livskvalitet er ifølge deres selvrapporteringer blevet positivt påvirket af kurset, og denne effekt er steget signifikant anelse over tid. Udsigelseskraften af analyserne vil øges væsentligt, hvis der er mulighed for at gentage dem, når alle deltagere har været indkaldt til 12 måneders opfølgningssamtale.

Langt størstedelen af de 80 deltagere, der har evalueret kurset via spørgeskemaer, udtrykker stor tilfredshed med kursets indhold, opbygning, materiale og konkrete undervisningsaktiviteter. Kun enkelte forhold såsom undervisning i handleplaner samt besøg i blandt andet et supermarked var der mere delte meninger om. Kursets undervisere får generelt stor ros for deres engagement, faglige niveau og positive tilgang i undervisningen.

5 Resultater fra KOALA databasen vedrørende rehabiliteringens effekt på BMI, rygestatus og helbred

I dette kapitel analyserer vi de data for deltagernes BMI, rygestatus og funktionsniveau, som personalet fra KOL-rehabiliteringen har indsamlet og indtastet i KOALA databasen. Indledningsvist beskriver vi deltagerne og sammenligner dem med resten af populationen i KOALA databasen. Herefter beskriver vi, hvad de tilgængelige data kan anvendes til, og de metodiske forbehold der er forbundet med analysen. Endelig analyserer vi deltagernes udbytte af forløbet ved at sammenligne udvalgte data fra den opstartssamtale med tilsvarende data fra den opfølgningssamtale, der afholdes 12 måneder efter endt forløb.

5.1 Deltagere med data i KOALA databasen

I løbet af projektperioden fra 1. januar 2010 til 1. november 2012 har der i alt været 110 borgere, som har påbegyndt KOL-forløbet. Heraf er 91 borgere (83 %) registreret med data i KOALA databasen ved den opstartssamtale, der afholdes før kursusstart, og den afsluttende samtale der afholdes, når kurset slutter (ca. 12 uger efter opstartssamtalen).

Der i alt 26 deltagere af de 110 borgere (24 %), som er registreret med data ved den opfølgende samtale 12 måneder efter kursusafslutning. Når der ikke er flere borgere, kan det tilskrives tre forhold:

- Der er 18 borgere (16 %), som kun er registreret med data ved opstartssamtalen (ni mænd og ni kvinder).
- Der er 20 borgere (18 %), der ikke er registreret data på ved den opfølgende samtale 12 måneder efter afsluttet forløb.
- Fordi denne evaluering er gennemført i starten af 2013, er der 46 ud af de 110 borgere (42 %), der har påbegyndt et rehabiliteringstilbud så sent, at de ikke har haft mulighed for at deltage i 12 måneders opfølgningen, før analyserne er kørt.

I nedenstående tabel 4 ses antal borgere med data i KOALA databasen fordelt på samtale-tidspunkt og køn.

Tabel 4: Antal deltagere med registrerede data i KOALA databasen fordelt på samtaler i KOL-rehabiliteringsforløbet, køn og samtaler. Næstved Kommune. 1. januar 2010–30. oktober 2012.*

Køn	Antal		
	Indledende samtale	Afsluttende samtale	Opfølgende samtale efter 12 måneder
Mænd	46	36	8
Kvinder	64	55	18
I alt	110	91	26

* i betydningen, at der er data registreret i KOALA databasen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data i KOALA databasen.

Den procentvise fordeling på mænd (42 %) og kvinder (58 %) ved første samtale svarer til den, der ses på landsplan i samme afgrænsede periode²².

5.2 Deskriptive data for deltagere ved opstartssamtalen

Ved samtalerne er der foretaget fysiske målinger af deltagerne. Herudover har personalet spurgt ind til en række ting af kvantitativ art²³. I tabel 5 præsenteres udvalgte målinger ved opstartssamtalen. De gennemsnitlige værdier, minimum og maksimumsværdier er sammenholdt med værdier på landsplan, sådan som de fremgår af 'KOALA centerrapport' (reference fremgår af fodnote 10). Herudover er det i yderste højre kolonne anført, hvor mange personer værdierne er baseret på.

Tabel 5: Gennemsnitlige, minimum- og maksimumsværdier for en række oplysninger om deltagere i opstartssamtalen i KOL-rehabiliteringsforløb i Næstved Kommune henholdsvis på landsplan.

	Minimum	Gennemsnit	Maksimum	Antal personer
Alder (år)				
Næstved	47	67	87	110
Landsplan	32	68	91	2.190
BMI (kg/m²)				
Næstved	16,8	27,8	48,2	109
Landsplan	12,3	26,5	51,8	2.154
6-minutters gangtest (meter)²⁴				
Næstved	0	385	568	99
Landsplan	0	386	720	1.264
Pakkeår (antal)				
Næstved	2	44	150	106
Landsplan	0,2	42	230	1.768

Kilde: KOALA centerrapport. Data fra 1. besøg i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2012.

Alder: Som det fremgår af tabel 5, er deltagerne fra Næstved Kommune i gennemsnit 67 år, hvilket svarer til alderen på landsplan. Dette gennemsnit er imidlertid udtryk for et forholdsvis stort spænd, idet den yngste deltager i Næstved Kommunes rehabiliteringstilbud er 47 år, mens den ældste er 87 år.

BMI: Det gennemsnitlige BMI på 27,8 kg/m² for deltagerne fra Næstved Kommune er lidt højere end det, der ses på landsplan på 26,5 kg/m². Det skal dog bemærkes, at der både i Næstved Kommune og på landsplan er borgere, der er undervægtige²⁵ henholdsvis svært overvægtige.

²² KOALA centerrapport: Data i KOALA. Data fra 1. besøg i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2012.

²³ Personalets praksis for indsamling af data er beskrevet i kapitel 1.

²⁴ Enkelte deltagere har ikke ønsket at gennemføre gangtesten på grund af fx smerter i ryg.

²⁵ Hos voksne er der tale om undervægt, når BMI er mindre end 18,5 kg/m², normalvægt ved et BMI på 18,5-24,9 kg/m² henholdsvis overvægt ved et BMI på 25-29,9 kg/m² og svær overvægt/fedme ved et BMI på mere end 30 kg/m².

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/BMI%20hos%20voksne.aspx>.

Gangdistance: Der er i praksis ingen forskel på den gennemsnitlige distance på de 385 meter, som deltagerne i KOL-rehabiliteringsforløbet i Næstved Kommune kan gå på seks minutter sammenlignet med den gennemsnitlige distance på landsplan (386 meter). Der findes ikke optimale referencer fra raske populationsundersøgelser²⁶.

Ryging: I forhold til rygning ses det af tabel 5, at det gennemsnitlige antal pakkeår på 44 er to mere end det, der ses på landsplan, hvor det er 42 pakkeår. Et pakkeår er udtryk for, hvor mange år en person har røget 20 cigaretter i gennemsnit pr. dag. Det fremgår af tabel 6 nedenfor, at 34 % af borgerne i Næstved Kommune fortsat er rygere ved opstartssamtalen, hvilket er 6 procentpoint flere end på landsplan (28 %).

Tabel 6: Selvoplyst rygerstatus for deltagere opstartssamtalen i KOL-rehabiliteringsforløb i Næstved Kommune henholdsvis på landsplan.

Rygerstatus	Aldrig-ryger	Ex-ryger*	Ryger	Uoplyst	I alt
Næstved (antal)	2	66	37	5	110
I procent (%)	2	60	34	5	100
Landsplan (antal)	90	1.436	606	58	2.190
I procent (%)	4	66	28	3	100

* I Næstved Kommune er deltagerne registreret som ex-rygere (selvoplyst), når de ved samtalen angiver, at de er stoppet med at ryge. Hvorvidt dette også er praksis på landsplan, er vi ikke vidende om.

Kilde: KOALA centerrapport. Data fra 1. besøg i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2012.

Sværhedsgrad af KOL: På baggrund af anamnese og patientens subjektive symptomer kombineret med parakliniske undersøgelser kan sværhedsgraden af KOL bestemmes. Det ses i nedenstående tabel 7, at 56 % af borgerne i Næstved Kommunes rehabiliteringstilbud har moderat KOL og 34 % svær til meget svær KOL. En egentlig sammenligning med landsplan giver ikke mening, da der her er 17 %, hvor sværhedsgraden af KOL ikke er angivet.

Der gøres opmærksom på, at bestemmelsen af sværhedsgraden af KOL i Næstved Kommune overvejende er baseret på spirometri, som er gennemført af det rehabiliterende personale i forbindelse med samtalerne. For ti af deltagerne er sværhedsgraden baseret på oplysninger fra den henvisende læge/hospitalet, mens det ikke fremgår for tre af borgerne, hvorpå oplysningen er baseret. Hvorvidt denne registreringsmåde også er benyttet på landsplan, har vi ikke viden om. Vi ved heller ikke, hvorvidt Dansk Lungemedicinsk Selskabs standard for udførelse af lungefunktionsundersøgelse er fulgt.²⁷

²⁶ Madsen H.D., Poulsgaard I.J., Bendstrup E., Ringbæk T. Gangtest og shuttlestest. Dansk Lungemedicinsk Selskab, 25.1.2011, rev. 25.1.2013. <http://www.lungemedicin.dk/Gangtest%20og%20shuttlestest.pdf>.

²⁷ Dansk Lungemedicinsk Selskab. Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin. Lungefunktionsstandard. Spirometri og peakflow. Lungediffusionskapacitet. 2007.

Tabel 7: Sværhedsgrad af KOL for deltagere i opstartssamtalen i KOL-rehabiliteringsforløb i Næstved Kommune henholdsvis på landsplan.

KOL-sværhedsgrad	Ingen	Mild	Moderat	Svær	Meget svær	Uoplyst	I alt
Næstved (antal)	1	5	62	34	3	5	110
I procent (%)	1	5	56	31	3	5	100
Landsplan (antal)	6	103	904	619	177	381	2.190
I procent (%)	0	5	41	28	8	17	100

Kilde: KOALA centerrapport. Data fra 1. besøg i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2012.

Borgernes egne vurderinger

Ved samtalerne er deltageren også blevet bedt om at give udtryk for sin subjektive opfattelse af, hvordan vedkommende oplever at være påvirket af sygdommen samt egen vurdering af helbredstilstand.

MRC: MRC-skala (Medical Research Council Dyspnoea Scale) er et udtryk for en persons subjektive oplevelse af grad af åndenød ved daglige aktiviteter og arbejdskapacitet. Patienter, der har en MRC-værdi på 3, 4 eller 5 (hvor værdien 5 er den største belastning)²⁸, kan ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger tilbydes rehabilitering²⁹. Af tabel 8 fremgår det, at 73 % af deltagerne i Næstved Kommune befinder sig i intervallet 3-5, mens det er 68 % på landsplan.

Tabel 8: MRC for deltagere i opstartssamtalen i KOL-rehabiliteringsforløb i Næstved Kommune henholdsvis på landsplan.

MRC-grad	1	2	3	4	5	Uoplyst	I alt
Næstved (antal)	0	30	61	12	2	5	110
I procent (%)	0	27	55	11	2	5	100
Landsplan (antal)	92	603	1.002	309	44	140	2.190
I procent (%)	4	28	46	14	2	6	100

Kilde: KOALA centerrapport. Data fra 1. besøg i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2012.

VAS-score (Visuel Analog Scale): På en skala fra 1-100 har borgeren angivet sin oplevede helbredstilstand (hvor værdien 100 er den bedste helbredstilstand, som borgeren kan forestille sig og 0 den værste). Den gennemsnitlige værdi ligger på 63 for deltagerne i Næstved Kommune, mens den er på 61 på landsplan, se tabel 9.

²⁸ Det vil normalt være KOL-patienter, der går langsommere end jævnaldrende og er nødt til at stoppe op for at få vejret ved almindelig gang.

²⁹ Sundhedsstyrelsen. KOL – Kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. København 2007.

Tabel 9: Gennemsnitlige, minimum og maksimumværdier for VAS-score for deltagere i opstartssamtalen i KOL-rehabiliteringsforløb i Næstved Kommune henholdsvis på landsplan.

VAS-score	Minimum	Gennemsnit	Maksimum	Antal personer
Næstved	16	63	100	106
Landsplan	5	61	100	1.182

Kilde: KOALA centerrapport. Data fra 1. besøg i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2012.

5.3 Opstartssamtalen versus 12-måneders samtalen

Metode

Der er i alt 26 borgere (otte mænd og 18 kvinder) af de 110 borgere, der har deltaget i hele rehabiliteringsforløbet i Næstved Kommune – herved forstås, at der i KOALA databasen er registreret data for både opstartssamtalen og den opfølgende 12-måneders samtale. For disse 26 borgere er der i øvrigt også registreret data ved de tre mellemliggende samtaler (den afsluttende samtale, 3-måneders samtalen og 6-måneders samtalen).

Der er en række forhold, som gør det vanskeligt at sige noget generelt og meningsfuldt om effekten af den rehabiliterende indsats, da der kun er data for 26 af de 110 deltagere. Det er således usikkert, om denne gruppe, som har været vedholdende i hele forløbet, er repræsentativ for den samlede gruppe af deltagere.

Endelig skal der gøres opmærksom på, at der ikke foreligger sammenligninger af data ved opstartssamtalen versus data ved den opfølgende 12-måneders samtale på landsplan i KOALA centerrapporten.

Med ovenstående forbehold in mente har vi på basis af udtræk fra KOALA databasen for de 26 personer foretaget sammenligninger af gruppens (de 26 borgeres) gennemsnitlige værdier ved opstartssamtalen med gruppens gennemsnitlige værdier ved den opfølgende 12-måneders samtale. Parametriske data har vi analyseret med Student's t-test, mens non-parametriske data er analyseret med Wilcoxon signed-rank test (median-værdier³⁰). I vurderingen af analyseresultaterne anvendes 5 % som signifikansniveau³¹. Der skal yderligere gøres opmærksom på, at jo færre patienter, der er inkluderet i den statistiske analyse, jo mindre chance er der for at få en statistisk signifikant værdi.

Resultater

For gruppen, som har data ved både opstartssamtalen og den opfølgende 12-måneders samtale (26 personer³²), gør følgende sig gældende:

Alder: De 26 deltagere var i gennemsnit 66 år ved opstartssamtalen (mændene 69 år og kvinderne 65 år).

BMI: Den gennemsnitlige værdi for BMI er uændret på 29 kg/m².

³⁰ Medianværdien er et udtryk for den midterste værdi i et sorteret datasæt. Det betyder, at der er lige mange borgere, som ligger over og under medianen.

³¹ Hvis en forskel betegnes som værende statistisk signifikant, kan det med stor sandsynlighed afvises, at forskellen skyldes tilfældige udsving.

³² Hvis ikke andet er nævnt, så er der data for alle 26 borgere.

Gangdistance: Den gennemsnitlige gangdistance er øget med 52 meter fra opstartssamtalen, hvor den var på 394 meter til 444 meter ved 12-måneders samtalen ($p < 0,01$)³³. For 13 af de 23 personer, hvor der er data ved begge samtaler, er gangdistancen øget med mindst 45 meter, hvilket er den mindste ændring i gangdistance, som i klinisk forstand har betydning³⁴.

Rygning: Der er formentlig fire kvinder, som er holdt med at ryge i perioden fra opstartssamtalen til den opfølgende 12-måneders samtale: Blandt de 18 kvinder var der seks, der angav at ryge ved opstartssamtalen, mens det kun var tilfældet for to kvinder ved 12-måneders samtalen. For mændenes vedkommende er der formentlig ingen ændring: Der var ingen af de otte mænd, der angav at ryge ved opstartssamtalen (mangler oplysning for en), men en af dem røg ved den opfølgende 12-måneders samtale.

MRC-skalaen: De indsamlede data tyder på at den selvoplevede belastning af åndenødens betydning på aktivitet og deltagelse er blevet signifikant mindre ($p < 0,001$). For 22 af de 26 borgere er der registrerede data ved begge samtaler. Ved opstartssamtalen scorede 21 af 22 deltagere sig som værende belastet i intervallet 3-5. Ved den opfølgende 12-måneders samtale havde 12 af deltagerne scoret sig ind i intervallet 1-2. For ti borgere var der ingen ændringer i scoringen ved opstartssamtalen sammenlignet med scoringen ved 12-måneders samtalen.

VAS-score: Borgernes vurdering af helbredsstatus syntes også at være forbedret væsentligt i form af gennemsnitlig værdi på VAS-skalaen ($p < 0,001$). Der er tale om en stigning på 17 enheder fra i gennemsnit at være 55 ved opstartssamtalen til 71 enheder ved 12-måneders samtalen.

5.4 Opsamling

Der har i alt været 110 borgere i Næstved Kommune, som har påbegyndt et rehabiliteringsforløb i evalueringsperioden. Heraf er der 26 deltagere, for hvem der er blevet registreret data i KOALA databasen ved både forløbets opstartssamtale og den opfølgende 12-måneders samtale. Med det forbehold, at denne gruppe på 26 deltagere ikke er repræsentativ for alle borgere, der er påbegyndt et rehabiliteringsforløb, kan vi pege på, at den gennemsnitlige gangdistance er forbedret for de 23 deltagere, der er data på. Herudover er deltagerne subjektive vurdering af helbredsstatus og af åndenødens betydning for aktivitet og deltagelse også bedret. Endelig er der sket et fald i antallet rygere i denne gruppe af deltagere, mens det gennemsnitlige BMI for gruppen er uændret højt.

³³ Der må dog tages det forbehold at tre borgere ikke har ønsket at udføre testen ved 12 måneders samtalen. Disse borgere indgår derfor ikke i analysen.

³⁴ Madsen H.D., Poulsgaard I.J. Bendstrup E., Ringbæk T. Gangtest og shutletest. Dansk Lungemedicinsk Selskab 25.1.2011, rev. 25.1.2013. <http://www.lungemedicin.dk/Gangtest%20og%20shuttlest.pdf>.

6 Konklusion

Formålet med denne evaluering har været at undersøge om Næstved Kommunes KOL rehabiliteringsforløb for borgere med moderat til svær KOL er etableret iht. intentionerne. Evalueringen omhandler tilbuddets organisering, funktionaliteten af samarbejdet om rekruttering, henvisning udveksling af information mellem relevante sundhedsfaglige aktører, samt borgernes tilfredshed og udbytte af tilbuddet.

Interviewundersøgelsen giver overordnet anledning til at konkludere at der er etableret et kommunalt tilbud om KOL rehabilitering, som både i fagpersonernes og borgernes øjne er en succes. I forhold til de øvrige specifikke forhold vi har fokuseret på i evalueringen, giver den indsamlede empiri anledning til følgende konklusioner:

6.1 Etableringen af KOL forløbet

De interviewede fagpersoner oplever at rehabiliteringsforløbet er etableret og organiseret iht. de oprindelige intentioner hvad angår indhold og opbygning. Samtidig vurderer de faste undervisere at der er en velfungerende arbejdsdeling med de øvrige rehabiliteringstilbud på Næstved Sundhedscenter. Underviserne oplever samtidig forløbet som en succes fordi der:

- Er startet flere borgere end oprindeligt forudsat (110 vs. 80).
- Har været et forholdsvist lille frafald (83 % af de borgere der er startet på forløbet har deltaget i både indledende og afsluttende samtale).

6.2 Rekruttering, henvisning og udveksling af information

Blandt de interviewede fagpersoner fra almen praksis og Næstved Sygehus er der stor tilfredshed med det kommunale KOL forløb. Tilbuddet opleves relevant, patienterne melder positivt tilbage og informanterne har et godt indtryk af tilbuddets faglige niveau. Henvisningsvejene fungerer tilfredsstillende og sundhedscenteret har været der længe nok til at informanterne tror på at der er tale om blivende tilbud fremfor projekter. I forlængelse af ovenstående ønsker informanterne først og fremmest at KOL forløbet videreføres i drift. Endvidere er der afdækket et ønske om at kunne henvise til 'genopfriskning' efter 1-2 to år.

Der er etableret mulighed for elektronisk tovejs kommunikation – og personalet på sundhedscenteret og praksiskonsulenten fortæller at de relevante informationer sendes efter endt forløb. De øvrige informanter fra almen praksis har imidlertid ikke kommunikationen fra sundhedscenteret present og de efterlyser en mulighed for at kunne klikke ind på et elektronisk overblik over kommunens tilbud som allerede findes på sundhed.dk. Dette indikerer at informationen fra sundhedscenteret formentlig ikke anvendes systematisk, samt at det kan være relevant at informere lægerne om de eksisterende muligheder for at holde sig orienteret om sundhedscenterets tilbud.

6.3 Borgernes oplevede udbytte fra forløbet

Både de otte borgerinterview og de indsamlede spørgeskemadata vedrørende deltagernes evaluering af kurset, viser at der er stor tilfredshed med kurset. Det der især fremhæves er undervisernes evne til at formidle ny viden som deltagerne efterfølgende har nytte af i deres hverdag, erfaringsudvekslingen med andre *som er i samme båd*, samt trygheden ved at kunne træne under vejledning af fagpersoner.

De få kritikpunkter der er fundet eksempler på, går på at for store forskelle i alder og funktionsniveau kan hæmme holddynamikken og udbyttet af træningen. Samtidig udtrykker flere deltagere et ønske om at kunne fortsætte træningen – og samværet med andre deltagere – i trygge rammer. Sidstnævnte fund bekræftes både af de professionelle informanter og de kommentarer der er anført i de udleverede spørgeskemaer.

I forhold til de data der er indsamlet via opfølgende samtaler med deltagerne efter endt forløb, har vi kun haft mulighed for at analysere på data fra 28 af de 93 borgere der har haft en afsluttende samtale. En stor del af frafaldet skyldes at dataindsamlingen endnu ikke er afsluttet. Det vil derfor styrke analyserne væsentligt hvis de gennemføres igen når der er indsamlet '12 måneders' data for alle de hold der er gennemført i 2013.

Analyserne af de data der findes viser at den selvoplevede motivation for at fastholde en sundere livsstil er øget via deltagelsen i KOL tilbuddet, samt at resultatet er stabilt over den 12 måneders periode hvor der er fulgt op på deltagerne. Flere deltagere har også angivet ved 12 måneder opfølgningssamtalen at være fysisk aktiv med høj intensitet 3-7 gange ugentligt, sammenlignet med ved 1 måneder opfølgningssamtalen. Kurset har desuden betydet en selvrapporteret forbedret håndtering af sygdom og åndenød blandt deltagerne, hvilket er et udbytte der er vedvarende over de 12 måneder. Også deltagernes selvvalgte livskvalitet er ifølge blevet positivt påvirket af kurset og denne effekt er steget en anelse over tid.

6.4 Deltagernes profil og effekt

Ud af de 110 borgere der er startet på KOL kurset, er der for 26 deltagere registreret data i den landsdækkende KOL database, ved både den opstartssamtale, som holdes forud for kursusstart og den opfølgende samtale, der afholdes 12 måneder efter kursets afslutning. Igen skyldes en stor del af frafaldet, at en del deltagere endnu ikke har haft mulighed for at indgå i datagrundlaget. Med det forbehold, at denne gruppe på 26 deltagere ikke er repræsentativ for alle borgere, der er påbegyndt et rehabiliteringsforløb, kan vi pege på, den gennemsnitlige gangdistance er forbedret for de deltagere, der er data på ved den opfølgende 12-måneders samtale. Herudover synes borgernes subjektive vurdering af helbredsstatus og af åndenødens betydning for aktivitet og deltagelse også at være forbedret. Endelig er der sket et fald i antallet af rygere i denne gruppe; mens det gennemsnitlige BMI for gruppen er uændret højt.

Bilag 1: Interviewguide sundhedskoordinator

Introduktion

Vi skal snakke projektføreløbet igennem – hvordan er det gået i forhold til forventningerne, justeringer undervejs, det interne og det eksterne samarbejde og kommunikation?

Baggrund

- Navn, stilling, erfaringer og årsager til jobbet som sundhedskoordinator.
- Beskriv teamet som er tilknyttet forløbet ... styrker og svagheder ved team/valgt organisering?
- Din rolle som koordinator – samarbejdet i teamet?
- Opgaver i relation til opstarten af KOL-tilbuddet.
- Snakke projektbeskrivelsen igennem ... hvad er gået som planlagt – hvor er der justeret osv.?

Opsporing, henvisning og kommunikation

- Hvad er det for patienter, og hvilke tilbud henvises de til?
- Hvem henviser patienterne til jer? Hvad er der gjort for at sikre henvisninger? Tilbagemeldinger/udfordringer?
 - Sygehus og almen praksis andre kanaler, fx lokalaviser og lignende.
- Har du oplevet, at der er sket noget nyt i samarbejdet mellem egen læge og Sundhedscenteret/jer?
 - Henviser de mere?
- Skriftlig kommunikation om henvisninger og status for afsluttede forløb?
 - Hvordan, hvor meget, hvornår? Opleves kommunikationen tilstrækkelig og relevant?

Opgavedeling og samarbejde

- Har der været uklarheder, fx i forhold til henvisning og eksisterende kommunale og regionale tilbud om rehabilitering?
- Hvordan oplever du respekten for Sundhedscenterets tilbud blandt samarbejdspartnerne?

Den forebyggende indsats

- Opbygning af forløbet – hvordan gjorde I/hvad lænede I jer op ad?
- Kompetencer og kompetenceudvikling?
- Indlagte samtaler – er de holdt i henhold til intentionen – tiden værd/udbytte – hvad bruges de til?
- Sygdomslære, gruppedynamik, samspil med øvrige kommunale tilbud (Stanford/rygestop, sundhedsskole m.m.).

Vigtigste læring – muligheder for justeringer...

- Hvilken fornemmelse sidder du tilbage med? Ved I, om indsatsen fortsætter/fremadrettede planer? Hvilke?
- anbefalinger og pointer, som du syntes er væsentlige at tage med videre?
- Noget at tilføje/noget vi har glemt?

Bilag 2: Interviewguide fagpersoner lunge- medicinsk afdeling

Introduktion

Næstved Kommune har iværksat et rehabiliteringsforløb for borgere med KOL. I dette interview vil jeg som led i den afsluttende evaluering spørge til dine erfaringer som lungesygeplejerske på Slagelse Sygehus, og hvordan I oplever samarbejdet med Sundhedscenteret og de nye tilbud om patientrettet forebyggelse.

Interviewet varer ca. 1 time. Interviewet optages på bånd.

Spørgsmål inden vi går i gang?

Baggrundsspørgsmål

- Navn, stilling, afdeling og arbejdsopgaver
- Prøv at beskrive jeres daglige arbejde med KOL-patienter i ambulatoriet – rehabilitering.
- Hvilke tilbud har I til KOL-patienter på Næstved Sygehus (rehabilitering)? På Lungemedicinsk afsnit?

De kommunale tilbud

- Prøv at fortælle hvad I ved kommunens tilbud til KOL-patienter?
- Har I benyttet jer af muligheden for at henvise nogle af patienter (ved udskrivelse eller fra ambulatoriet) til kommunens tilbud til KOL-patienter?
- Hvordan henviser du/I?
- Hvorfor/hvorfor ikke – i hvilke situationer osv.
- Hvad ser I af fordele og ulemper ved de kommunale tilbud?
- (Hvad kan de kommunale tilbud give KOL-patienterne, som supplerer sygehuset? (opfølgning og fastholdelse).

Genoptrænings- og rehabiliteringssamarbejde

- Har I haft nogen møder omkring arbejdsdeling og samarbejde?
 - Hvem. Hvad, hvornår og hvordan ...
 - Hvordan er det aftalt?
 - Hvordan fungerer aftaler og praktisk samarbejde?
 - Er der uklarheder, problemer, uenigheder omkring opgavedeling, henvisningsprocedurer og lignende?
- Har der været nogle afledte effekter/afsmitninger i kølvandet på det her arbejde med de nye patientrettede tilbud?
- Er der andre end jer, som har en relation til sundhedskoordinatoren eller sundhedscenteret?
 - Andre som burde have det?
- Samarbejde med sundhedskoordinator/kommunen om kompetenceudvikling og om at skabe et fælles udgangspunkt – hvad skal der ligge i tilbuddene?
- Har I fået mere kontakt med nye aktører, som I ikke tidligere havde kontakt med?

Sundhedskoordinator

- Hvad har I ellers haft af samarbejde med sundhedskoordinatoren/kontaktpersonen i Næstved Kommune?

- Giv gerne konkrete eksempler.
- Forslag til justeringer af funktionen/ kommunens tilbud – redskaber til henvisning, informationsmateriale?

Fremtiden

- Har I forslag/ideer til, hvad man kan gøre endnu bedre, hvor man skal justere og hvordan?
- Noget at tilføje/noget vi har glemt?

Bilag 3: Interviewguide almen praksis

Introduktion

Næstved Kommune har iværksat et rehabiliteringsforløb for borgere med KOL. I dette interview vil jeg som led i den afsluttende evaluering spørge til dine erfaringer som lungesygeplejerske på Slagelse Sygehus, og hvordan I oplever samarbejdet med Sundhedscenteret og de nye tilbud om patientrettet forebyggelse.

Interviewet varer ca. 1 time. Interviewet optages på bånd.

Spørgsmål inden vi går i gang?

Præsentationsrunde

Navn, stilling, hvilken slags praksis kommer I fra – hvor ligger den?

Generel erfaring – og henvisningspraksis

- Kan I prøve at fortælle mig, hvad I ved om Næstved kommunes tilbud til kronikere? (indhold – spørg ind)
- Hvordan er I blevet bekendt med rehabiliteringstilbuddene fra kommunen?
 - Fx Aviser? Lægeforeningens fællesmøder? Via sundhedskoordinatoren? Via 12-mandsforeningen? Nyhedsbreve fra Leif?
- Har I prøvet at henvise patienter til de nye tilbud om patientrettet forebyggelse?
- Vil I prøve at beskrive for mig, hvordan det helt konkret foregår, når I henviser en borger?
- Hvad er det for nogle patienter, I henviser til de kommunale tilbud?
- Hvad ser I generelt af barrierer for at henvise?
- Hvad kunne få jer til at henvise endnu mere?
- Har tilbuddene forandret noget i forhold til jeres praksis omkring kronikere fra før til nu?
- Hvad giver det af nyt?
- Hvad er uændret (problematisk eller uproblematisk)?
- Oplever I, at I har fået større kendskab til, hvad tilbuddet kan bidrage med, end I havde før?
- Oplever I, at tilbuddene er relevante for jeres patienter – hvad får de ud af det?

Henvisning og kommunikation

- Hvad er jeres erfaringer med at arbejde med elektroniske henvisninger?
- Prøv at fortælle mig, hvordan det virker, og hvordan I bruger systemet.
- Hvad har I haft af gode og dårlige erfaringer med det?
- Sender Sundhedscenteret en kvittering på, at henvisningen er modtaget/status på patienternes forløb?
- Hvis det sker – er den brugbar? Bliver den læst? Forslag til forbedring?

Koordination og samarbejde

- Har I hørt om, at der er en sundhedskoordinator/kontaktperson på sundhedscenteret?
 - Har I haft kontakt med hende? I hvilken forbindelse?
 - Giv gerne konkrete eksempler.
- Har der været nogle afledte effekter/afsmitninger i kølvandet på det her arbejde med de nye patientrettede tilbud?

Fremtiden

- Har I forslag/ideer til, hvad man kan gøre endnu bedre – hvor man skal justere og hvordan?
- Rekruttering af relevante patienter?

Bilag 4: Interviewguide deltagere

Introduktion

Næstved Kommune har iværksat et rehabiliteringsforløb for borgere med KOL.

Dette interview er led i en evaluering, hvor KORA undersøger, hvordan deltagerne har oplevet forløbet. Vi skal snakke om, hvad du mener at have fået ud af tilbuddet, og om du har forslag til, hvordan det kan blive bedre. Interviewet varer ca. ½ time. Du er helt anonym, og det du siger, kommer ikke til at påvirke fremtidige tilbud, som du kan få af kommunen.

Har du spørgsmål til mig eller evalueringen, inden vi går i gang?

Indledningsspørgsmål

- Hvornår fik du konstateret KOL?
- Hvordan påvirker det din hverdag at have KOL?
- Har du haft glæde af at deltage på kurset?

Opstartssamtalen

- Hvad skete der ved opstartssamtalen?
- Hvad synes du, at du fik ud af opstartssamtalen/hvad kunne du bruge den til?
- Var der noget, du savnede ved opstartssamtalen?

Om kurset

- Hvad er den bedste oplevelse, du har haft på kurset?
- Hvordan var længden og tiden, der var afsat til kurset?
- Var der en god holddynamik på holdet? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Formålet med at være på et hold er, at der er mulighed for at støtte hinanden, tale sammen, inspirere hinanden etc. – lykkedes det?
- Var der god tid til at stille spørgsmål i undervisningen?
- Oplevede du, at der blev taget individuelle hensyn? Godt/skidt
- Oplever du, at du kan bruge de ting, du lærte? (gerne eksempler)
- Hvordan oplevede du den fysiske træning?
- Hvad gjorde, at du gennemførte kurset? (Der har været deltagere, som er stoppet undervejs, men du gennemførte.)
Eller
- Hvad gjorde, at du ikke gennemførte kurset, og hvad kunne være gjort for, at du havde gennemført? (Denne viden er vigtig for at kunne forbedre indsatsen fremadrettet).
- Hvordan var vægtningen af undervisning og træning?
- Føler du, at dit helbred har ændret sig?
- (Hvorfor/hvorfor ikke?)

Den afsluttende samtale (hvis de har gennemført)

- Hvad skete der under den afsluttende samtale?
- Blev der sat nogle ting i gang, lagt nogle planer for fremtiden?
- Hvad syntes du, at du kunne bruge den til?
- Var der noget, du savnede ved den afsluttende samtale?

Afsluttende spørgsmål

- Hvad var det bedste ved at deltage på kurset?
- Hvordan tænker du, at kurset kan blive bedre?
- Er der afsluttende noget, vi ikke har talt om, som du gerne vil tilføje?

Bilag 5: Spørgsmål anvendt ved opfølgende samtaler

Hvor tit har du inden for de seneste 4 uger været fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

- (1) Daglig
- (2) 3-6 gange om ugen
- (3) 1-2 gange om ugen
- (4) Sjældent
- (5) Slet ikke

Hvor tit har du inden for de seneste 4 uger lavet fysisk aktivitet med høj intensitet (dvs. hvor du fik sved på panden, og hjertet bankede hurtigere)?

- (1) Daglig
- (2) 3-6 gange om ugen
- (3) 1-2 gange om ugen
- (4) Sjældent
- (5) Slet ikke

Din opfattelse af dit helbred inden for de sidste 4 uger?

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Har dit helbred vanskeliggjort din kontakt med familie, venner, kollegaer eller andre?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt for dig at se familie, venner, kollegaer eller andre?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har du haft problemer med åndenød i din hverdag?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har du følt dig utryk i situationer med åndenød?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Bilag 6: Spørgeskema deltagerevaluering

Spørgeskema Evaluering af KOL kurset "Et Friskt Pust"

Formålet med dette spørgeskema er at give dig mulighed for at dele dine erfaringer med os. Dette giver os en unik mulighed for at forbedre kursusforløbet til gavn for kursUSDeltagerne og underviserne. Besvarelsenerne er anonyme og vil indgå som en del af projektets evaluering.

Baggrundsoplysninger:

Køn: Mand ___ Kvinde ___

Alder: _____ år

Følgende spørgsmål omhandler dine oplevelser af kursusforløbet.

Hvor tilfreds er du med det samlede kursusforløb, som du har deltaget i?

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke relevant

Hvordan er fordelingen af teoriundervisning og træning?

Meget god	God	Hverken god eller dårlig	Mindre god	Dårlig	Ved ikke/ikke relevant

Hvordan vurderer du kursustlængden?

Alt for kort	For kort	Passende	For lang	Alt for lang	Ved ikke/ikke relevant

Hvad synes du om det udleverede kursusmateriale?

Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Mindre godt	Dårligt	Ved ikke/ikke relevant

Hvad synes du, var enten specielt godt eller dårligt ved undervisningen?

Følgende spørgsmål omhandler den teoriundervisning, som du har deltaget i under kurset.

Hvor tilfreds er du med det faglige indhold i den undervisning, du har modtaget på kurset?

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke relevant

I hvor høj grad håndterer du din sygdom bedre ved at deltage i følgende undervisning:

1. Undervisning i sygdomslære, KOL

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

2. Undervisning om medicin

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

3. Undervisning ved rygestop instruktør

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

4. Undervisning i at lave handleplaner

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

5. Undervisning i træningslære

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

6. Undervisning i vejrtræknings- og hosteteknikker

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

7. Kostundervisning ved bachelor i human ernæring (Kasper)

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant

8. Ernæringsvejledning ved klinisk diætist

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant

9. Undervisning af psykolog

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant

10. Undervisning i ergonomi

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant

11. Erfaringsdeling med de andre deltagere på holdet?

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant

Hvordan vurderer du følgende aktiviteter, som du har deltaget i på kurset:

1. Undervisning i inhalationsteknik?

Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Mindre godt	Dårligt	Ved ikke/ ikke relevant

2. Deltagelse i Sundhedsspillet?

Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Mindre godt	Dårligt	Ved ikke/ ikke relevant

3. Afspænding?

Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Mindre godt	Dårligt	Ved ikke/ ikke relevant

4. Besøg på Frivillighedscenteret i Næstved, Futura caféen?

Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Mindre godt	Dårligt	Ved ikke/ ikke relevant

5. Besøg i et supermarked?

Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Mindre godt	Dårligt	Ved ikke/ ikke relevant

6. Besøg hos Senior Motion?

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant

Har du forslag til ændringer eller steder, du gerne ville have været med holdet?

Hvor tilfreds er du alt i alt med den fysiske træning, som du har deltaget i på kurset?

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ ikke relevant

Følgende spørgsmål omhandler de fysiske forhold.

Hvor tilfreds er du med lokalerne, som du modtog teoriundervisning i?

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ ikke relevant

Hvor tilfreds er du med de lokaler, som blev brugt til den fysiske træning?

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ ikke relevant

Hvor tilfreds er du med de redskaber, som blev stillet til rådighed ved den fysiske træning?

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ ikke relevant

Hvis der var opfølgende træning efter kurset, ville du så benytte dig af det tilbud?

Ja / Nej

Afsluttende spørgsmål.

I hvor høj grad har kurset levet op til dine forventninger?

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I begrænset grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant

Har spørgsmålene været dækkende i forhold til din oplevelse af kurset?

Ja / Nej

Hvis nej, hvad kunne vi ellers spørge om?

Supplerende bemærkninger:

Tak fordi du tog dig tid til at besvare spørgeskemaet ☺

Emne / Underviser	Formål	Mål	Metode
Sygdomslære Ved sygeplejerske	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> • får sygdomsindsigt • får viden, de kan bruge, så de bedre kan håndtere hverdagen med KOL 	At kursisterne får viden om <ul style="list-style-type: none"> • lungernes funktion • hvordan KOL påvirker luftvejene • hvornår man har KOL • hvordan akut forværring af KOL kan mærkes • hvad der kan forværre ens symptomer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dialogbaseret undervisning ved hjælp af PowerPoint, model af luft-rør samt illustration med ballon og papirspose 2. Skema til at udfylde, hvad der kan forværre den enkeltes KOL
Medicin Ved praktiserende læge	<ul style="list-style-type: none"> • får viden om den medicin, der tilbydes KOL patienter 	<ul style="list-style-type: none"> • får kendskab til virkningen af medicinen • får overblik over de forskellige slags medicin • kender de mest almindelige bivirkninger 	Dialogbaseret undervisning ved hjælp af overheads og attrapper af inhalations-medicin
Inhalationsteknik Ved farmaceut fra et af de lokale apoteker	<ul style="list-style-type: none"> • kendskab til korrekt brug af inhalationsmedicin 	<ul style="list-style-type: none"> • ved hvordan inhalationsmedicinen skal tages • ved hvornår dispenserens er tom • ved hvor der kan søges hjælp og vejledning 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PowerPoint med gennemgang af anvendelsen af medicin 2. Praktisk afprøvning af den enkelte kursists inhalationsmetode
Rygevaner og rygestop Ved rygestopinstruktør	<ul style="list-style-type: none"> • bevidsthed omkring de vaner, man må bryde • viden om rygningens skadelige virkninger 	<ul style="list-style-type: none"> • er bekendt med de vaner og følelser, der er forbundet med rygningen • kender til de virkninger i hjernen og kroppen, rygning medfører • er bekendt med muligheden for individuel samtale med rygestopinstruktør og rygestopforløb 	Dialogbaseret undervisning med brug af PowerPoints og evt. erfaringer fra kursister, der er holdt op med at ryge

Emne / Underviser	Formål	Mål	Metode
Handleplaner Ved sygeplejerske og fysioterapeut	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> • bliver bevidste om konkrete handlemåder, der er gavnlige i forhold til deres dagligdag med KOL 	<ul style="list-style-type: none"> • At hver kursist laver en konkret realistisk handleplan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gennemgang af en handleplans overvejelser og indhold ved hjælp af tavle 2. Hver kursist laver en handleplan med et mål, de vil opnå i løbet af kurset
Motivation Ved sygeplejerske og fysioterapeut	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> • Bliver bevidste om deres bevæggrunde for handleplaner 	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> • får klarhed over, hvad der motiverer dem • kan bruge handleplaner for aktiviteter, de gerne vil udføre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lave overvejelser om, hvad der gør vaner svære at ændre, samt hvad der gør det lettere 2. Fælles snak om dette
Træningslære Ved fysioterapeut	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> • får kendskab til basale træningsprincipper • opnår bevidsthed om vigtigheden af fysisk aktivitet, når man har KOL 	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> • kender Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet • bliver trygge ved at være fysisk aktive • lærer om kroppens anatomi og fysiologi • bliver bedre til at udnytte de fysiske ressourcer, de har • kan kende forskel på de forskellige træningsformer 	<ul style="list-style-type: none"> • PowerPoint • Refleksion, diskussion og spørgsmål

Emne / Underviser	Formål	Mål	Metode
Vejrtræknings- og hoste-teknikker Ved fysioterapeut og sygeplejerske	<ul style="list-style-type: none"> At kursisterne bliver fortrolige med vejrtræknings- og hoste-teknikker 	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> kan lave vejrtrækningsøvelser – også når de får åndenød at de kan hoste ved hjælp af hosteteknikker 	<ol style="list-style-type: none"> Gennemgang af teknikker Praktiske øvelser med fokus på inspiration og eksspiration Spørge til deres egne erfaringer

Emne / Underviser	Formål	Mål	Metode
Åndenød og angst Ved sygeplejerske og fysioterapeut	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> bliver bevidste om sammenhængen mellem angst og åndenød, således at de kan prøve at arbejde mod at påvirke cirklen og få den brudt 	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> kan genkende angst/åndenøds-cirklen og får mulighed for at få talt om, hvordan den kan brydes 	Dialog om mekanismerne i cirklen samt paralleller til psykologens undervisning om panisk angst
Søvn Ved sygeplejerske og fysioterapeut	<ul style="list-style-type: none"> bliver bevidste om sammenhængen mellem søvn og sundhed 	Kursisterne får kendskab til <ul style="list-style-type: none"> søvnens faser søvnens betydning for ens sundhed og velvære tips til at få en god søvn 	Dialog baseret undervisning ved hjælp af overheads
Pysko-social støtte Ved psykolog (2 gange 2½ time)	<ul style="list-style-type: none"> får kendskab til sammenhæng mellem krop og psyke får kendskab til, hvordan det at leve med en kronisk sygdom kan påvirke ens liv 	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> får mulighed for at tale om deres udfordringer i dagligdagen med KOL kender til nogle redskaber, der kan støtte dem i det daglige får bevidsthed om, at angst kan være en del af livet med KOL og får redskaber til at tøjle den 	Udgangspunkt i KOL-borgernes egne forventninger
Ernæringsvejledning Ved klinisk diætist	<ul style="list-style-type: none"> får viden om, hvilken kost der styrker kroppen, når man har KOL 	<ul style="list-style-type: none"> kender til idealvægt for KOL-patienter får viden om proteiner, vitaminer og mineraler samt behovet for disse kender til en sund kosts betydning 	Dialog baseret undervisning ved hjælp af overheads
Kostlære og indkøb Ved Bachelor i human ernæring	<ul style="list-style-type: none"> får kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for sund og varieret kost 	<ul style="list-style-type: none"> får kendskab til, hvor man får henholdsvis protein, fedt og kulhydrater fra. Kursisterne får mulighed for at stille alle kostrelaterede spørgsmål. får kendskab til de forskellige varedeklarationstegn og hvad man skal se efter, når man køber ind, samt hvilke faldgruber der skal undgås i et supermarked. 	Guidet tur i supermarked Dialogbaseret undervisning ved hjælp af PowerPoint

Emne / Underviser	Formål	Mål	Metode
Kursister bestemmer	At kursisterne får mulighed for selv at bestemme et emne, de finder spændende	At kursisterne <ul style="list-style-type: none"> får viden om noget, de gerne vil høre (mere) om 	Alt efter emne og kursisters ønske
Opsummering med pårørende Ved sygeplejerske og fysioterapeut	At kursister og pårørende bliver fortrolige med livet med KOL, medicinen og åndenød	<ul style="list-style-type: none"> At kursister og pårørende kender til KOL og symptomer på forværring At de kender til vejrtrækningsteknikker og stillinger At de pårørende ved, hvordan de kan hjælpe i situationer med åndenød At de pårørende ser, at kursisterne godt kan bevæge sig (helst fra gulv og op) 	<ol style="list-style-type: none"> Kort teoretisk gennemgang af sygdom og medicin ved hjælp af PowerPoint Praktiske øvelser, blandt andet vejrtrækningsteknikker Vejledning til pårørende
KOL borgers erfaringer med træning og livet med KOL Ved borger, der har haft KOL i mange år	At kursisterne får indsigt i betydningen af livsstilsændringers betydning for livskvaliteten, når man har en kronisk sygdom som KOL	<ul style="list-style-type: none"> får viden om, hvilke livsstilsændringer en anden person har lavet får indsigt i hvilken betydning, det har haft få den pågældende får mulighed for at diskutere erfaringerne med hinanden 	<ol style="list-style-type: none"> Oplæg af KOL-borger om personens KOL-forløb Udveksling af erfaringer KOL-borgerne imellem
Ergonomi	At kursisterne får kendskab til relevante hjælpemidler og gode arbejdsstillinger	<ul style="list-style-type: none"> kender forskellige hjælpemidler afprøver gode arbejdsstillinger 	<ul style="list-style-type: none"> Teoretisk gennemgang ved hjælp af PowerPoint afprøvning af forskellige hjælpemidler og stillinger ud fra kursisters behov Snak om støtteordninger
Besøg hos træningstilbud	At kursisterne får kendskab til relevante træningstilbud	<ul style="list-style-type: none"> Er med til en relevant træningstime 	Alt efter kursisters valg af tilbud

Emne / Underviser	Formål	Mål	Metode
Opfølgende samtaler: 3, 6 og 12 måneder efter forløb	<ul style="list-style-type: none"> Støtte og fastholde borgerne i fortsat at vedligeholde sundhed og motion 	<ul style="list-style-type: none"> Borgeren bliver opmærksom på at bruge de redskaber, de har lært på kurset At støtte borgeren gennem de svære perioder, der opstår 	Samtale, sundhedsprofil, få borger til at sætte mål og lave handleplaner

Kontaktperson:

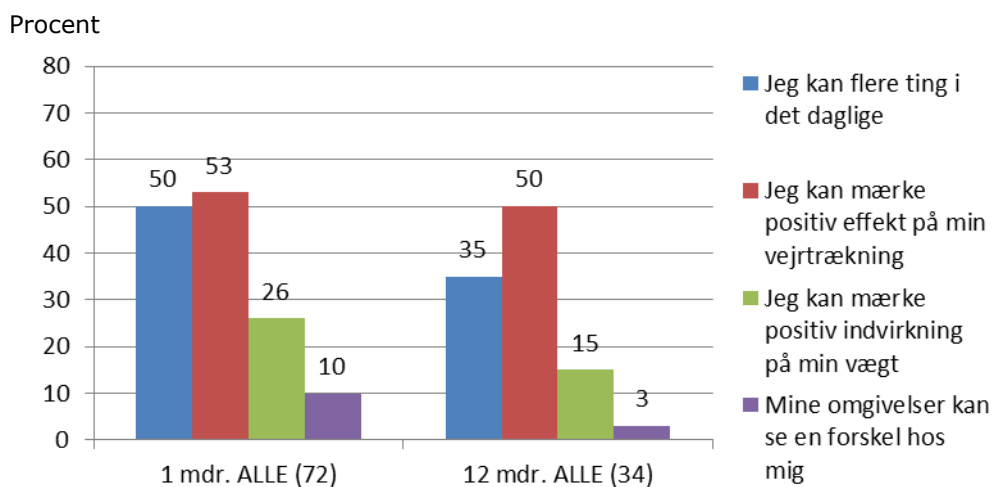
Gitte Salomonsen, sundhedsfaglig koordinator i KOL, anbsa@naestved.dk

Tlf. 55 88 14 55, [Næstved Sundhedscenter](#)

Bilag 7: Rå fordelinger fra alle deltagere ved henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtale

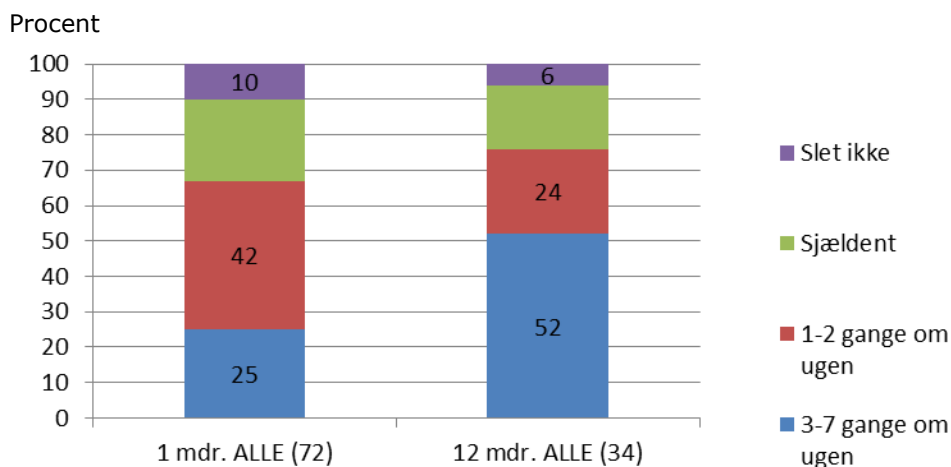
Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at deltagerantallet er forskelligt fra hver af de opfølgende samtaler ved henholdsvis 1 måned og 12 måneder, dvs. besvarelserne er afgivet af forskellige deltagere.

Figur B1: Besvarelser på spørgsmålet: Hvad motiverer dig i forhold til at fastholde den sunde livsstil? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes. Deltagerne har haft mulighed for at afgive op til fire svar.



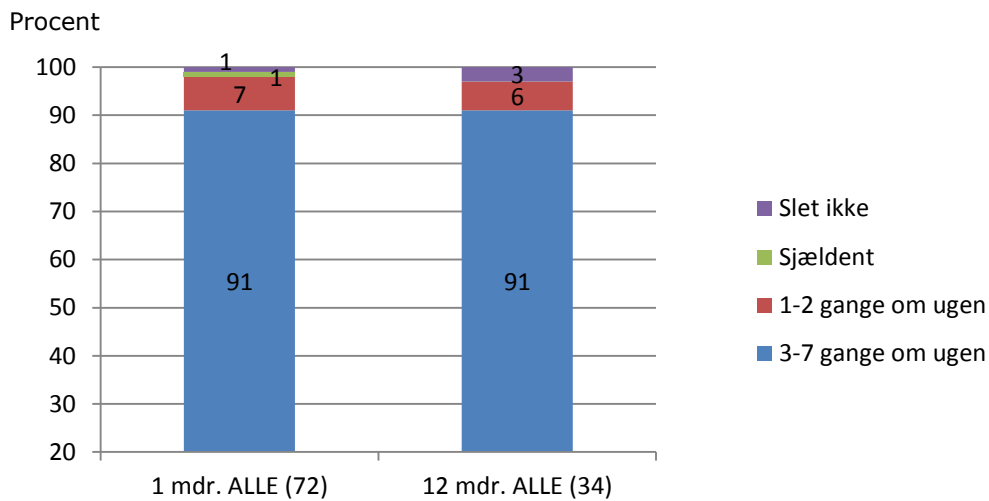
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B2: Besvarelser på spørgsmålet: Har du siden afslutningen af kurset lavet fysisk aktivitet med høj intensitet? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



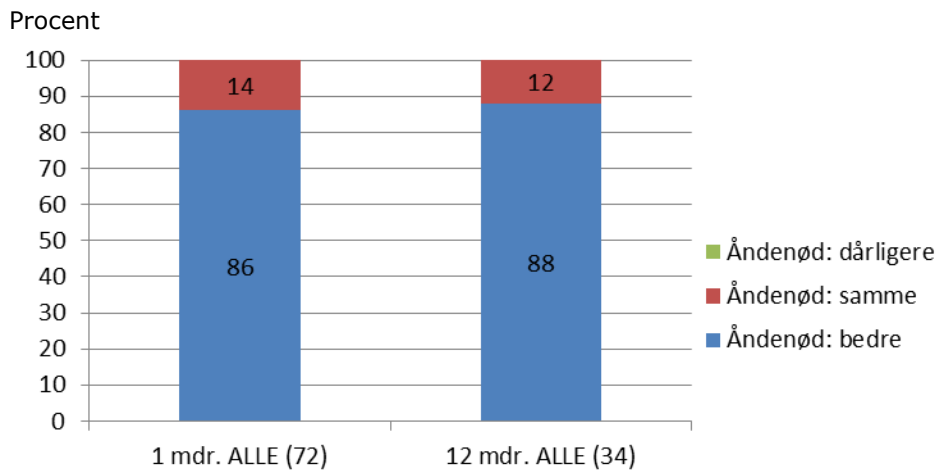
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B3: Besvarelser på spørgsmålet: Siden afslutningen af kurset, hvor tit har du været fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



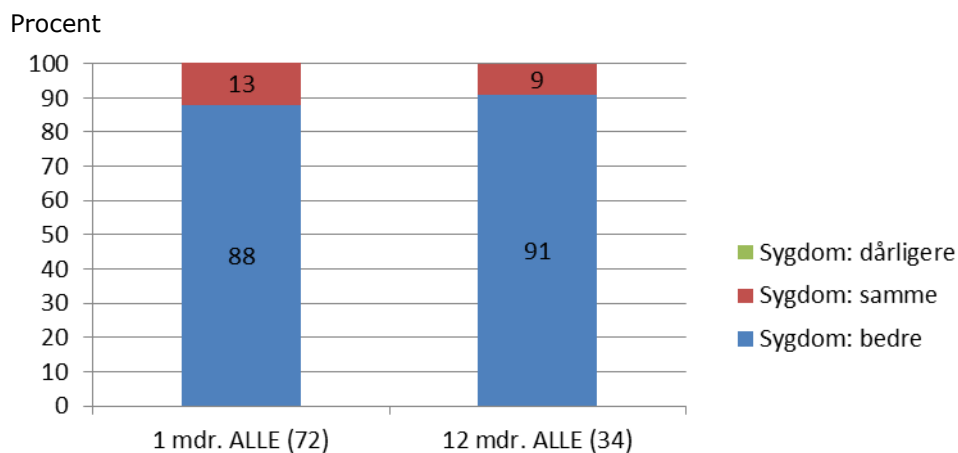
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B4: Besvarelser på spørgsmålet: Hvordan synes du, at du håndterer din åndenød efter kurset? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



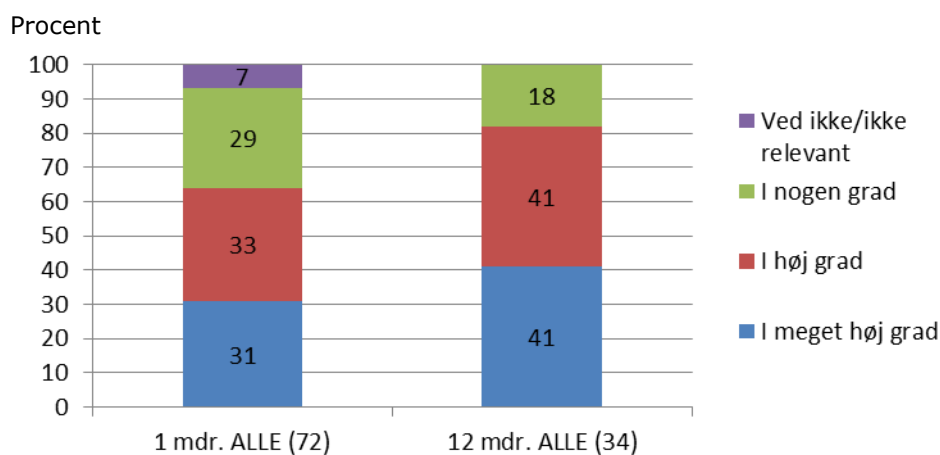
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B5: Besvarelser på spørgsmålet: Hvordan håndterer du din sygdom efter kurset? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



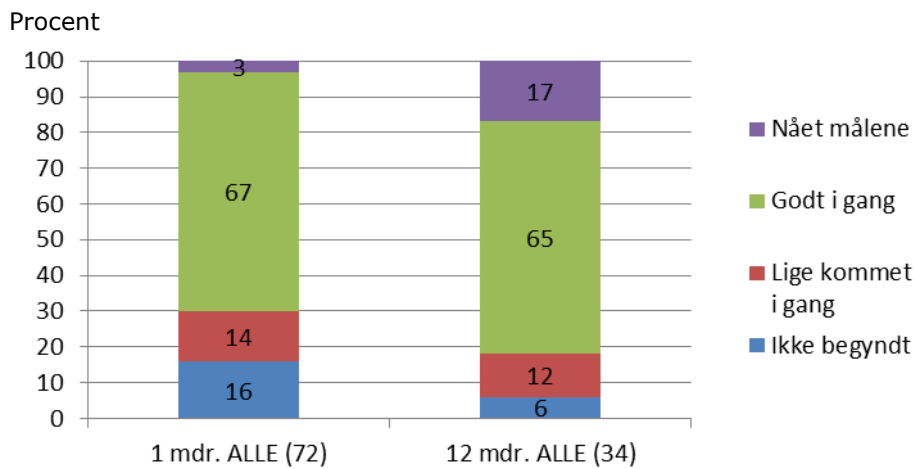
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B6: Besvarelser på spørgsmålet: I hvilken grad synes du at kurset har påvirket din livskvalitet positivt? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



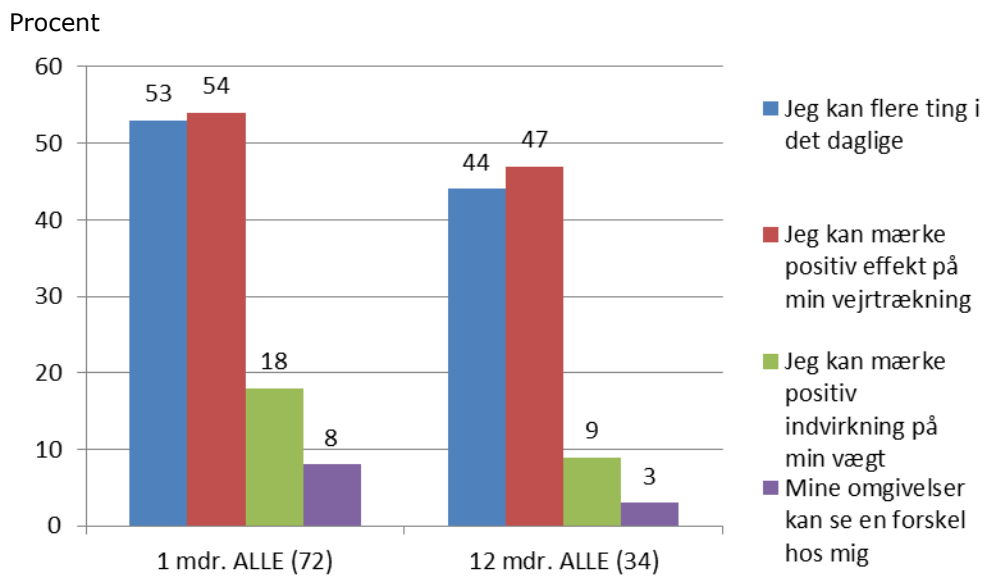
Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B7: Besvarelser på spørgsmålet: Har du nået de mål du satte dig ved den afsluttende samtale? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.

Figur B8: Besvarelser på spørgsmålet: Hvad motiverer dig i forhold til at nå dine mål? fra henholdsvis 1 måneds og 12 måneders opfølgende samtaler. Antal respondenter, der indgår i beregningerne, er angivet i parentes.



Kilde: Data fra opfølgende samtaler efter 1 og 12 måneder indsamlet af Næstved Kommune, analyseret af KORA.