

School of Medicin and Health, Aalborg Universitet  
Folkesundhedsvidenskab, 4. Semester, Kandidatspeciale

## Effektevaluering af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats



**Udarbejdet af:**

Gr. 1055

Pia Noekjær Jensen Gunvald

Mette Dyrholm Hundsholt

Mie Jeanette Sørensen

**Vejleder:**

Henrik Bøggild

Antal anslag: 262.650

# Forord

---

Dette speciale er udarbejdet på kandidatuddannelsen, i Folkesundhedsvidenskab, ved Aalborg Universitet i perioden, 2. februar til 1. juni 2015. Rammen for projektet har fokus på forandring af sygdomsforebyggende- og sundhedsfremmende tiltag. Ud fra denne ramme beskæftiger nærværende projekt sig med rehabilitering af borgere med svær og meget svær KOL.

Der rettes en særlig tak til projektets vejleder, Henrik Bøggild, for køndig vejledning under projektperioden. Der rettes stor tak til leder og medarbejdere i Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats for samarbejde, og interesse for i dette projekt. Desuden rettes der en særlig tak til de borgere, der har medvirket i interview, for deres store bidrag til dette projekt.

Aalborg 1. juni 2015

Pia Noekjær Jensen Gunvald

Mette Dyrholm Hundsholt

Mie Jeanette Sørensen

# Resumé

---

**Introduktion:** I Danmark, vurderes det, at 430.000 lever med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), hvoraf 40.000 lever med svær og meget svær KOL svarende til MRC 3-5. KOL udgør den 3. hyppigste dødsårsag i Danmark. Borgere med KOL har, grundet deres sygdom større risiko for udvikling af angst og depression, samt har et dårligere selv vurderet helbred end den generelle befolkning. Det er dokumenteret, at KOL rehabilitering øger borgernes livskvalitet, samt mindsker symptomerne på sygdommen. Der forefindes dog ingen dokumenteret effekt, ifølge de danske anbefalinger, af hjemmehabilitering til borgere, som ikke kan deltage i vanlig rehabilitering, hvorfor dette undersøges i nærværende projekt. *Formålet* med dette projekt er, at undersøge, hvilken effekt Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, til borgere, som grundet deres sygdom, ikke kan deltage på vanlig rehabilitering, samt udarbejde anbefalinger til udvikling af denne indsats.

**Metode:** I nærværende projekt anvendes virkningsevaluering, som design, til at undersøge, hvilken effekt Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats har for borgere, som ikke kan deltage i vanlig rehabilitering. Projektets teoretiske referenceramme tager udgangspunkt i Aaron Antonosky teori omhandlende *oplevelse af sammenhæng*, som skal anvendes til at undersøge borgernes vurdering af eget helbred. Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorsvik teori omhandlende målopfyldelse, samt George T. Dorans S.M.A.R.T-model, anvendes til at undersøge indsatsens talrige formål, mål og afledte effekter. Dette gøres ved brug af kvalitativ metode. Afslutningsvis undersøges indsatsens overordnede mål, deltagelse i vanlig rehabilitering, ud fra anonymiserede borgerjournaler, ved brug af kvantitativ metode.

**Resultater:** Det vurderes, at den udgående rehabiliteringsindsats, øger borgernes forståelse og håndtering af sygdommen, men der opnås ikke en oplevelse af sammenhæng. Ligeledes vurderes det, ud fra Jacobsen og Thorsvik, at de mange formål, som den udgående rehabiliteringsindsats har beskrevet, ikke opfylder de kriterierne, som er beskrevet i teorien omhandlende målopfyldelse. De afledte effekter er vurderet på baggrund af personalets faglige vurdering, men ikke målt eller dokumenteret via kvalitative eller kvantitative måleredskaber. Afslutningsvis vurderes det, at der i indsatsen forekommer mekanismer såsom gensidig tillid, individualitet og fysisk nærhed, som har indflydelse på indsatsens effekt.

**Konklusion:** Den tilsigtede effekt, at flere borgere deltager på vanlig rehabilitering, sker for 18 pct. af de borgere, som har deltaget i den udgående rehabiliteringsindsats i perioden 2011-2014. Der forekommer utilsigtede effekter i form af forståelse og håndtering af sygdommen. Ligeledes ses der mekanismer, såsom *Gensidig tillid, individualitet og fysisk nærhed*, som har indflydelse indsatsens effekter.

**Nøgleord:** Hjemmehabilitering, Oplevelse af sammenhæng, målopfyldelse, S.M.A.R.T.-model

# Abstract

---

**Introduction:** In Denmark, it is estimated that 430,000 are living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), of which 40,000 are living with severe and very severe COPD, GOLD 3-4. COPD is the third leading cause of death in Denmark. Patients' with COPD have increased risk of developing anxiety and depression and have worse self-rated health than the general population. Evidence shows that rehabilitation of COPD increases quality of life and decreases the symptoms of the disease. There is, however, no documented effect of home-based rehabilitation for patients who cannot participate in group-rehabilitation, according to the Danish recommendations. Therefore, home rehabilitation in patients with COPD, are examined in this project.

The aim, of this project, is to examine the effect, that Brønderslev Kommunes home rehabilitation have on patients with COPD, who cannot participate in group-rehabilitation, and make recommendations for the development of this rehabilitation program.

**Method:** This project used realistic evaluation to examine the effect Brønderslev Kommunes home rehabilitation have on patients who cannot participate in group-rehabilitation. The projects theories is based on Aaron Antonovskys theory on Sense of coherence, which is used to examine patients' assessment of their own health. Dag Ingvar Jacobsen and Jan Thorsviks theory on goal achievement, and George T. Dorans S.M.A.R.T.-model are used to examine the rehabilitation program numerous objectives, goals and derived effects by using qualitative methods. In addition, the project examine the programs overall goal – participating in-group rehabilitation – using patient records through quantitative methods.

**Results:** It is estimated that the rehabilitation program increase patients understanding and management of their disease, but they do not experience a sense of coherence. Likewise, it is estimated that the rehabilitations programs goals do not meet the criteria described in the theory on goal achievement. The derived effects are measures based on the staff's professional assessments and not measured through qualitative or quantitative measurement tools. In conclusion, it is estimated that the rehabilitation program occur mechanisms as *mutual trust*, *individuality* and *physical presence* which influence the programs effect.

**Conclusion:** The intended effect, more people participate in the usual rehabilitation program, happens to 18 percent of the patients, who participated in the homebased-rehabilitation, in the period 2011-2014. There occure unintended effects in terms of understanding and managing the disease. Likewise, there are mechanisms, such as *mutual trust*, *individuality* and *physical presence*, which influences the programs effects.

**Keywords:** Home rehabilitation, Sense of coherence, goal achievement, S.M.A.R.T. –model.

# Indholdsfortegnelse

<b>1.0 INITIERENDE PROBLEM</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 PROBLEMANALYSE</b> .....	<b>7</b>
2.1 SYGDOMSBESKRIVELSE AF KOL.....	7
2.1.1 <i>Prævalens af KOL</i> .....	9
2.1.2 <i>Risikofaktorer for udvikling af KOL</i> .....	9
2.2 SAMFUNDSØKONOMISKE KONSEKVENSER VED KOL.....	10
2.3 MENNESKELIGE KONSEKVENSER VED KOL .....	11
2.4 SOCIAL ULIGHED I FOREKOMSTEN AF KOL .....	12
2.5 FOREBYGGELSE AF KOL.....	14
2.5.1 <i>Befolkningsorienteret forebyggelsesstrategi</i> .....	14
2.5.2 <i>Individorienteret forebyggelsesstrategi</i> .....	15
2.6 REHABILITERING AF BORGERE MED KOL .....	16
2.6.1 <i>Anbefalinger til KOL rehabilitering</i> .....	17
2.7 REGIONALT OG KOMMUNALT ANSVAR FOR FOREBYGGELSE OG REHABILITERING AF KOL.....	19
<b>3.0 PROBLEMFORMULERING</b> .....	<b>21</b>
<b>4.0 CASE-BESKRIVELSE</b> .....	<b>22</b>
4.1 INDSATSERNE I UDGÅENDE REHABILITERINGSTILBUD .....	23
4.1.2 <i>Organisering af udgående rehabiliteringstilbud</i> .....	23
4.1.3 <i>Resultater og afledte effekter</i> .....	24
<b>5.0 TEORI</b> .....	<b>26</b>
5.1 AARON ANTONOVSKY .....	26
5.1.1 <i>Oplevelse af sammenhæng</i> .....	27
5.2 FORMÅL, MÅL OG MÅLHIERARKI .....	29
5.2.1 <i>Udfordringer ved målsætning</i> .....	30
5.3 UDARBEJDELSE OG VURDERING AF MÅL.....	31
<b>6.0 METODE</b> .....	<b>33</b>
6.1 SUNDHEDSSYN.....	33
6.1.2 <i>Positionering</i> .....	33
6.2 EFFEKTEVALUERING .....	35
6.2.1 <i>Effektevaluering som design</i> .....	35
6.2.2 <i>Virkningsevaluering</i> .....	36
6.2.3 <i>Kontekst-Mekanismer-Outcome</i> .....	41
6.3 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE.....	42
6.3.1 <i>Kvalitativ metode</i> .....	43
6.3.2 <i>Kvalitative interviews til borgerne</i> .....	44
6.3.3 <i>Kvalitativt interview med ledelsen</i> .....	48
6.3.4 <i>Fælles for interviews</i> .....	49
6.4 KVANTITATIV METODE .....	51
6.4.1 <i>Kvalitetskriterier ved kvantitativ metode</i> .....	51
6.4.2 <i>Etiske overvejelser</i> .....	52
6.4.3 <i>Anvendelse af borgerjournaler</i> .....	53
6.4.4 <i>Analyse i SAS</i> .....	53
6.5 LITTERATURSØGNING .....	54
6.5.1 <i>Indledende litteratursøgning</i> .....	54
6.5.2 <i>Systematisk litteratursøgning</i> .....	55
<b>7.0 ANALYSE AF RESULTATER</b> .....	<b>58</b>
7.1 ANALYSE AF RESULTATER FRA AF INTERVIEW MED BORGERNES.....	58

7.1.1	Programteorien.....	58
7.1.2	Analyse af borgernes vurdering af eget helbred.....	65
7.2	ANALYSE AF RESULTATER FOR INTERVIEW MED LEDEREN.....	69
7.2.1	Programteorien.....	70
7.2.2	Formål, mål og afledte effekter.....	77
7.3	ANALYSE AF KVANTITATIVT DATA.....	84
7.3.1	Præsentation af målgruppen.....	84
7.3.2	Deltagelse på vanlig rehabilitering.....	85
7.3.3	Anvendelse af måleredskaber.....	86
7.4	RESULTATER FRA DEN SYSTEMATISKE LITTERATURSØGNING.....	87
<b>8.0</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>91</b>
8.1	DISKUSSION AF RESULTATER.....	91
8.1.1	Målgruppen.....	91
8.1.2	Elementerne i rehabiliteringsindsatsen.....	92
8.1.3	Måleredskaber til brug ved evaluering.....	93
8.1.4	Kontekst og mekanismer.....	94
8.1.5	Borgernes vurdering af eget helbred.....	96
8.1.6	Formål, mål og afledte effekter.....	98
8.2	METODEDISKUSSION.....	101
8.2.1	Projektets hermeneutiske positionering.....	101
8.2.2	Projektets design.....	101
8.2.3	Diskussion af kvalitativ metode.....	102
8.2.4	Den systematiske litteratursøgning.....	105
8.2.5	Projektets metodiske kvalitet.....	106
<b>9.0</b>	<b>KONKLUSION.....</b>	<b>109</b>
<b>10.0</b>	<b>IMPLEMENTERING AF ANBEFALEDE FORANDRINGER.....</b>	<b>112</b>
<b>11.0</b>	<b>REFERENCELISTE.....</b>	<b>114</b>
<b>12.0</b>	<b>BILAGSLISTE.....</b>	<b>120</b>
	BILAG 1: ANSØGNING OM TILSKUD FRA PULJEN VEDRØRENDE FORLØBSPROGRAMMER.....	121
	BILAG 2: TEMATISK EVALUERING.....	124
	BILAG 3: SLUTRAPPORT.....	129
	BILAG 4: MAILKORRESPONDANCE MED BRØNDERSLEV KOMMUNE.....	134
	BILAG 5: SAMTYKKEERKLÆRING.....	136
	BILAG 6: INFORMATIONSBREV.....	137
	BILAG 7: INTERVIEWGUIDE – BORGERE.....	138
	BILAG 8: INTERVIEWGUIDE – LEDEREN.....	143
	BILAG 9: RETNINGSLINJER.....	148
	BILAG 10: KODE TRÆ – BORGERE.....	149
	BILAG 11: KODE TRÆ – LEDEREN.....	151
	BILAG 12: TEMATISERING – BORGERE.....	153
	BILAG 13: TEMATISERING – LEDEREN.....	167
	BILAG 14: SAS SYNTAX.....	184
	BILAG 15: SØGEBILAG.....	186
	BILAG 16: DEN FÆRDIGE PROGRAMTEORI.....	200

# 1.0 Initierende problem

---

World Health Organization (WHO) estimerer, at op imod 65 millioner mennesker, på verdensplan, har kronisk obstruktion lungelidelse (KOL) (World Health Organization 2015). I Danmark er det estimerede antal 200.000 mennesker. Befolkningsundersøgelsen, *Østerbroundersøgelsen*, konkluderer dog at antallet er væsentligt højere, nemlig 430.000 mennesker, hvor af 270.000 har KOL i moderat grad og 40.000 har KOL i svær og meget svær grad (Løkke, Fabricius et al. 2007). I ovenstående ses det, at en stor andel danskere lever med KOL i varierende grad, hvilket må formodes at udgøre et problem for folkesundheden. Dette understøttes af, at der ses en øget dødelighed, dårligere selvvalueret helbred, samt nedsat livskvalitet, som følge af angst og depression, hos borgere med KOL (Flensted-Jensen 2013, s. 4-14). På samme vis er KOL skyld i øget samfundsøkonomiske omkostninger i form af pleje, behandling, tab af arbejdsevne, samt førtidspension (Flensted-Jensen 2013, s. 4-14). Konsekvenserne af KOL indikerer, at der foreligger et menneskeligt, såvel som et økonomisk incitament for at forebygge udviklingen af KOL, samt behandle sygdommen og forbedre sundheden hos de, som allerede har fået sygdommen.

I 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen rapporten "*Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af KOL*", som har til formål at undersøge forskellige variationer af rehabilitering til borgere med KOL. Overordnet konkluderes det, at KOL rehabilitering er en veldokumenteret og effektiv del af behandlingen af KOL, som har til formål at styrke og optimere den enkeltes funktionsniveau og livskvalitet i hverdagen. Rehabilitering skal som udgangspunkt bestå af rygeophør, fysisk træning, medicinsk behandling, ernæringsvejledning, patientuddannelse og psykosocial støtte (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 7, 11-13).

Et af de områder, som rapporten eksplicit undersøger, er rehabilitering til de borgere, som har så svær KOL, at de ikke kan forlade hjemmet og deltage i vanlig rehabilitering. Her konkluderes det, at der, trods grundig litteraturstudie, ingen evidens findes for effekten af rehabilitering til hjemmebundne borgere med svær KOL. Anbefalingerne omhandlende denne borgergruppe er baseret på laveste evidensniveau, arbejdsgruppens viden og erfaringer om god klinisk praksis, der lyder som følgende: "*Det er god klinisk praksis at overveje styrketræning til patienter med KOL, som ikke kan deltage i et vanligt rehabiliteringsprogram på grund af sygdommens sværhedsgrad*" (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 19-20). Ud fra ovenstående ses det, at rehabilitering, til borgere der ikke kan deltage på vanlig rehabilitering, er et område præget af manglende forskning og evidens. Dette indebærer, at det ikke vides, hvilken effekt rehabiliteringsindsatsen har på disse borgers helbred. Der foreligger derfor et folkesundhedsvidenskabeligt incitament for at undersøge dette område yderligere.

## 2.0 Problemanalyse

---

I følgende kapital foretages en problematisering af projektets initierende problem med henblik på at belyse effekten af forebyggelsestiltag rettet mod borgere med KOL. Sygdommens omfang belyses, herunder prævalens, risikofaktorer, samt konsekvenser af KOL. Formålet med dette er, at opnå en forståelse af sygdommen, herunder dens indvirkning samt viden om, hvordan udviklingen af KOL begrænses og forebygges. Som et led i problematiseringen, undersøges forskellige retningslinjer for rehabilitering af KOL, samt det regionale- og kommunale forebyggelsesansvar, for herigennem at belyse problemstillingen, der danner grundlag for projektets undersøgelsesområde.

### 2.1 Sygdomsbeskrivelse af KOL

KOL er en sygdom, der er karakteriseret ved en kronisk obstruktion af luftgennemstrømningen i lungerne. Obstruktionen besværliggør vejrtrækningen og der skal anvendes flere kræfter for at trække vejret (Lange, Hansen 2013). Grundene, til obstruktionen, skal findes blandt flere og ofte kombinerede årsager. Årsagerne til obstruktion kan være inflammation i luftvejene, fibrose, manglende elasticitet i lungerne og emfysem (Barbera, Buist et al. 2014, s. 2). Emfysem udvikles ved inhalation af skadelige stoffer, herunder tobaksrøg. Emfysem ødelægger alveolerne og gasudvekslingen imellem ilt og CO<sub>2</sub> besværes. Dette medfører permanente skader på lungerne (Barbera, Buist et al. 2014, s. 2). Sygdommen er uhelbredelig og progredierende, men medicinsk behandling, rygestop, fysisk aktivitet, samt behandling af tilstødende sygdomme, kan forebygge forværring af sygdommen (Lange, Hansen 2013, Kjølner, Juel et al. 2007, s. 131). Symptomerne ved KOL kommer til udtryk ved hoste og åndenød, ved anstrengelser. KOL er karakteriseret ved en gradvis reduktion af lungefunktionen. Reduktionen forekommer langsomt, og de første symptomer optræder hyppigst i alderen, 40-60 år. Diagnosticeringen sker oftest først, når sygdommen er så fremskreden, at op imod 50 pct. af lungefunktionen er tabt (Kjølner, Juel et al. 2007, s. 131).

KOL er en sygdom, der udvikler sig i forskellige sværhedsgrader. Disse sværhedsgrader indikerer, i hvilken grad borgernes funktionsniveau er påvirket af åndenød. Klassifikationen af KOL inddeles, i Danmark, ud fra to forskellige metoder. Den ene er Forceret Eksspiratorisk Volume (FEV<sub>1</sub>) som er et objektivi målt for lungefunktion, målt ved spirometri, der måler borgernes forceret eksspiratorisk volume i det første sekund. Dette måleredskab anvendes til at stille diagnosen, klassificere sværhedsgraden, prognosticere samt fastlægge behandlingen. (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008) Internationalt anvendes Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) til at klassificere sværhedsgraderne af KOL. Denne klassifikation anvender samme metoder til måling som FEV<sub>1</sub> (Barbera, Buist et al. 2014, s. 2). Den anden metode er Medical Research Council Dyspnoea Scale (MRC). MRC er en skala, hvor borgeren vurderer eget helbred i forhold til åndenød ved aktivitet. Denne skala anvendes



des ligeledes til at stille diagnosen og klassificere sværhedsgraden. (Dansk Selskab for Almen Medicin 2013, Hansen 2013) Nedenstående Tabel 1 illustrerer klassificering af KOL i sværhedsgrader.

Sværhedsgrad	FEV <sup>1</sup>	MRC	GOLD
<b>Mild</b>	FEV <sup>1</sup> <80 % af forventede lungfunktion. Ofte ingen hoste eller opspyt.	MRC 1 Ingen åndenød kun ved kraftig anstrengelse.	GOLD 1 FEV <sup>1</sup> <80 % af forventede lungfunktion.
<b>Moderat</b>	FEV <sup>1</sup> - 50-80 % af forventede lungfunktion. Opspyt, hoste og åndenød ved anstrengelser.	MRC 2 Åndenød ved hastværk og op ad bakke.	GOLD 2 FEV <sup>1</sup> - 50-80 % af forventede lungfunktion.
<b>Svær</b>	FEV <sup>1</sup> – 30-50 % af forventede lungfunktion. Åndenød, hoste, opspyt og hyppig nedre luftvejsinfektioner.	MRC 3 Går langsommere end jævnaldrende eller må stoppe for at få luft.	GOLD 3 FEV <sup>1</sup> – 30-50 % af forventede lungfunktion.
<b>Meget svær</b>	FEV <sup>1</sup> <30 % af forventede lungfunktion. Åndenød, hoste, opspyt og hyppige nedre luftvejsinfektioner. Hyppige indlæggelser grundet forværring.	MRC 4 Stopper for at få luft efter 100 meter eller få minutter.  MRC 5 Kan ikke forlade huset på grund af åndenød og/eller åndenød ved af- og påklædning.	GOLD 4 FEV <sup>1</sup> <30 % af forventede lungfunktion.

Tabel 1: Klassificering af KOL (Dansk Selskab for Almen Medicin 2013).

I ovenstående tabel ses det, at KOL kan klassificeres ud fra tre metoder, hvor af FEV<sup>1</sup> er et objektivi mål, der inddeles i fire kategorier. Det samme er gældende for GOLD. MRC, derimod, er borgerens subjektive vurdering, der inddeles i fem kategorier. For borgere med svær og meget svær KOL, vil de være klassificeret med en FEV<sup>1</sup> imellem 30-50 pct. af forventede lungfunktion eller derunder, og ved GOLD klassifikationen er det stadie 3-4. Klassificeres de ved hjælp af MRC vil de være placeret i MRC 3-5. Grundet projektets problemstilling (jf. 1.0 *Initierende problem*), omhandlende manglende evidens af

rehabilitering til borgere med så svær KOL, at de ikke kan deltage i et vanlig rehabiliteringstilbud<sup>1</sup>, afgrænses projektet til udelukkende at omhandle borgere med svær og meget svær KOL (MRC 3-5, GOLD 3-4, se tabel 1).

### **2.1.1 Prævalens af KOL**

Der er stor usikkerhed forbundet med at vurdere antallet af borgere med KOL. Det skyldes, at der ikke foregår systematisk screening i form af lungefunktionsmålinger. Ligeledes er der borgere, der ikke er opmærksomme på symptomerne ved KOL, og dermed anser forekomsten af åndenød og hoste, som værende forårsaget af rygning og alder. Estimeringen af antallet af borgere med KOL er derfor sket igennem befolkningsundersøgelser, såsom "*Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013*". Sundhedsprofilen er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet, hvor 162.000 borgere har besvaret spørgsmål angående deres sundhedstilstand. Heri kortlægges og estimeres det, at 200.000 danskere lever med KOL. (Christensen, Davidsen et al. 2014, s. 32) Østerbroundersøgelsen, der har fulgt cirka 24.000 mænd og kvinder igennem spørgeskemaer og lungefunktionsmålinger i 35 år, har dog vurderet, at dette tal er betydeligt højere. Østerbroundersøgelsen estimerer at der, hos borgere over 35 år, forekommer 430.000 tilfælde af KOL, hvoraf kun halvdelen af disse, er bevidste om at de lever med KOL. Ud af de 430.000 tilfælde vurderes, at 40.000 har svær og meget svær grad af KOL. (Løkke, Fabricius et al. 2007)

### **2.1.2 Risikofaktorer for udvikling af KOL**

Rygning er den væsentligste faktor for udvikling af KOL. Tobaksrygning er hovedårsagen til 8 ud af 10 tilfælde af KOL. Særligt cigaretrygning øger risikoen, men også pipe, cerut og cigarrygning øger risikoen for udvikling af sygdommen. (Lange, Hansen 2013). Andelen af rygere er, siden 1950'erne, reduceret til 21,6 pct. uden kønsdifference (Lund, Christensen et al. 2011, s. 91, Christensen, Davidsen et al. 2014, s. 47). Andelen af rygere falder gennemsnitlig 1 pct. årligt. Det er, hovedsageligt, i de sidste 10-15 år, at redueringen af rygningen er foregået i alle aldersgrupper. Faldet i andelen af rygere, i de seneste år, må på langt sigt forventes at have en positiv indflydelse på forekomsten af KOL, og dermed reducere morbiditet og mortalitet, grundet KOL. Dog ses det, at faldet i antallet af rygere, hovedsageligt er foregået blandt små-rygerne (mindre end 15 cigaretter om dagen), og ikke hos stor-rygerne, der er i størst risikogruppe for at udvikle KOL. (Lund, Christensen et al. 2011, s. 280). Udvikling af KOL afhænger af rygedebut og pakkeår<sup>2</sup>, hvorfor rygeophør er essentiel for at hæmme udviklingen (Lund, Christensen et al. 2011, s. 279, Lange, Hansen 2013).

Tidligere har det været estimeret, at 10-15 pct. af rygerne udviklede KOL, men i den ovennævnte Østerbroundersøgelse konkluderes, at det er nærmere 35-40 pct. af rygerne, der udvikler KOL (Løkke,

---

<sup>1</sup> Rehabilitering, der foregår på hold på sundhedscentre

<sup>2</sup> 1 pakkeår = 20 cigaretter dagligt (Jacobsen, Hansen-Nord et al. 2013)

Fabricius et al. 2007). Foruden rygning, som er en proximal faktor, er det ligeledes vurderet at omkring 20 pct. af borgere med KOL, ikke er eller har været rygere, og at forekomsten af KOL derfor også skyldes distale faktorer. Disse faktorer er blandet andet; luftforurening, passiv rygning, erhvervsudsættelse af blandt andet støv, astma, hyppig forekomst af lungeinfektioner som barn og manglende tilstedeværelse af genet Alfa-1<sup>3</sup>. Ligeledes er forekomsten af lav socioøkonomisk position også associeret med øget risiko for udvikling af KOL (jf. 2.4 *Social ulighed i forekomsten af KOL*). (Lange, Hansen 2013)

I de overstående afsnit er sygdomsbeskrivelse, klassificering og årsager for udvikling af KOL, samt forekomsten belyst. Den høje prævalens synliggør, at KOL udgør en risikofaktor for folkesundheden i den danske befolkning. Da sygdommen er irreversibel, har den konsekvenser for såvel samfundet, som for borgeren selv. I det følgende afsnit synliggøres, hvilke samfundsmæssige konsekvenser KOL har.

## **2.2 Samfundsøkonomiske konsekvenser ved KOL**

Der er samfundsøkonomiske konsekvenser forbundet med KOL. I gennemsnit koster borgere med KOL 33.000 kroner årligt i merudgift til sygehusbehandling og behandling ved praktiserende læge, set i forhold til borgere uden sygdommen (Bilde, Svenning 2004, s. 10). Derudover kan der tilføres to milliarder kroner til omkostningerne for de kommunale plejeudgifter, i form af hjemmehjælp og hjemme-sygepleje (Flensted-Jensen 2013, s. 4-14). Ud over omkostningerne vedrørende pleje og behandling i sundhedsvæsenet, er der også omkostninger for overførselsudgifter, primært til førtidspension, der koster 1,3 milliarder kroner årligt for samfundet. Yderligere er der omkostninger forbundet med tabt eller reduceret arbejdsevne blandt borgere med KOL, som løber op i omtrent tre milliarder kroner om året. (Flensted-Jensen 2013, s. 4-14) Lignende beregninger er opgjort internationalt. Indenfor det britiske sundhedsvæsen, National Health Service (NHS), hvis sundhedsvæsen er opbygget efter samme model som det danske, estimeres omkostningerne for behandling og pleje af borgere med KOL til 800 millioner pund årligt, svarende til cirka 8,3 milliarder danske kroner. Ligeledes resulterer KOL i 24 millioner tabte arbejdsdage per år. (Donaldson 2005, s. 21) (Danmarks Lungeforening 2104)

Ovenstående afsnit giver et indblik i de øgede omkostninger, der er forbundet med KOL, hvilket bekræfter relevansen for yderligere at beskæftige sig med denne gruppe af borgere. Udover økonomiske konsekvenser er der også menneskelige konsekvenser forbundet med sygdommen, hvilket følgende afsnit vil belyse.

---

<sup>3</sup> Ved manglende tilstedeværelse af genet alfa-1-antitrypsin, sker der en gradvis ødelæggelse af lungerne, dette gen er arveligt og ses i flere tilfælde af KOL, hos borgere under 30 år (Danmarks Lungeforening 2104)

## 2.3 Menneskelige konsekvenser ved KOL

Tal fra Statens Serum Instituts dødsårsagsregister viser, at dødeligheden for KOL de seneste 20 år har været svagt stigende. I 2012 døde 3.369 danskere af KOL som hovedårsagen til dødsfaldet, mens der yderligere døde cirka 2.200, hvor KOL var angivet som en medvirkende dødsårsag. (Statens Serum Institut 2014) Der forekommer 58,3 dødsfald per 100.000 indbyggere af KOL i Danmark. Forekomsten er højest blandt mænd med 66,1 dødsfald, mod 54,5 dødsfald blandt kvinder. (Statens Serum Institut 2014, s. 9). I Danmark er KOL, ifølge Statens Serum Institut, den tredje hyppigste dødsårsag, kun overgået af cancer og hjertesygdomme (Statens Serum Institut 2014, s. 5).

Foruden den øgede mortalitet, forekommer der desuden andre problematikker hos borgere med svær og meget svær KOL. I reviewet *"The impact of anxiety on Chronic Obstruktive Pulmonary disease"* fra 2012, belyses prævalensen af angst, i flere studier, blandt borgere med KOL. Prævalensen spænder bredt fra 2 pct. til 96 pct. Den store variation kan skyldes studierne metode til indsamling af data. Det beskrives, at studierne, hvori borgerne selv skal rapportere deres angst, har en betydeligt højere forekomst af angst end de studier, som anvender struktureret kliniske interviews (Amiri 2012, s. 879) Ses der nærmere på variationen imellem borgere med KOL og den generelle befolkning, konkluderes der, i artiklen *"Anxiety and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Impact, and Treatment"*, at 10-15,8 pct. af borgere med KOL lider af generaliseret angst<sup>4</sup> (GAD), hvortil den generelle befolkning kun havde en forekomst af GAD på 3,6-5,1 pct. (Brenes 2003). Der ses, ud fra ovenstående, en høj forekomst af angst blandt borgere med KOL. Dog er det svært at estimere nøjagtigt, hvor mange borgere med KOL, som lider af angst grundet de differentierede metodevalg.

Foruden angst, er depression ligeledes repræsenteret blandt borgere med KOL. I reviewet *"Bidirectional Associations Between Clinically Relevant Depression or Anxiety and COPD: A Systematic Review and Meta-analysis"* fra 2013, inkluderes 22 studier, der undersøger forekomsten af sammenhæng mellem depression eller angst forårsaget af KOL. Studierne, i dette reviewet, diagnosticerer KOL igennem, praktiserende læger, spirometri eller selvrapporterede KOL. Det konkluderes, at tilstedeværelsen af KOL øger risikoen for at udvikle både depression eller angst, men at risikoen for at udvikle depression er størst. Ligeledes har borgere med KOL og comorbid depression også en større risiko, for højere dødelighed, end borgere med KOL uden depression (83 pct.). Reviewet udleder desuden, at borgere med KOL, der har en comorbid depression eller angst, har 31 pct. større sandsynlighed for at opleve exacerbation i deres sygdom. Dette review konkluderer (Vestergaard 2006, s. 124) at comorbid depression eller angst generelt forværrer KOL og interfererer med håndteringen af sygdommen, samt at den øgede byrde af comorbid depression eller angst stiger i takt med sværhedsgraden af sygdommen. (Atlantis, Fahey et al. 2013)

---

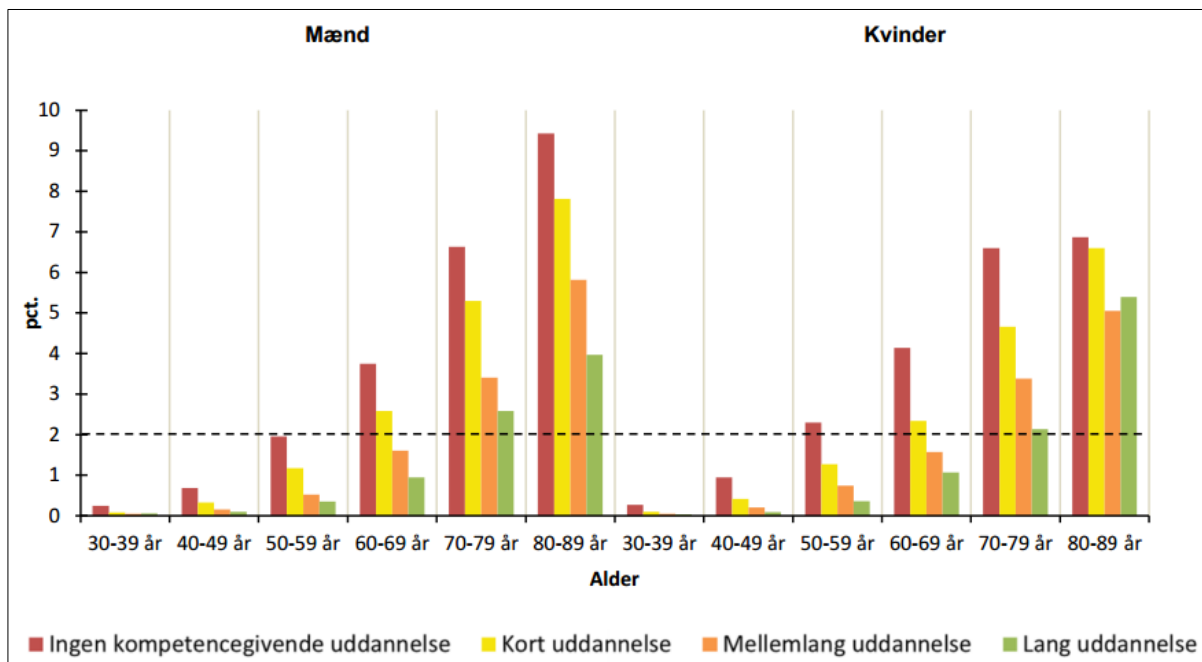
<sup>4</sup> GAD er øget bekymring, almen ængstelse og anspændthed (Vestergaard 2006, s. 124).

Idet borgere med KOL har en større sandsynlighed for at udvikle angst eller depression, og at dette stiger i takt med sværhedsgraden af KOL, kan det formodes, at disse borgere har et dårligere selv vurderet helbred end borgere, der ikke har KOL. Dette stemmer overens med tal fra *"Den Nationale Sundhedsprofil 2013"*. Ifølge Sundhedsprofilen vurderer borgere, med en kronisk lungesygdom, at have fem gange større risiko for et dårligere selv vurderet helbred, end borgere uden sygdommen. Henholdsvis har 29,4 pct. mænd og 32,2 pct. kvinder med KOL vurderet deres fysiske helbred som værende dårligt, og ligeledes vurdere 22,2 pct. mænd og 28,8 pct. kvinder at deres mentale helbred er dårligt. (Christensen, Davidsen et al. 2014, s. 33) Ud fra ovenstående problematisering vurderes det, at borgere med svær og meget svær KOL, i højere grad, har risiko for at udvikle depression eller angst, samt har et dårligere selv vurderet helbred en den generelle befolkning.

## **2.4 Social ulighed i forekomsten af KOL**

Der ses, i samfundet, systematiske mønstre for, hvordan sundhed og livsstil fordeler sig. Disse mønstre knytter sig til borgeres sociale position i samfundet. Følgende afsnit vil belyse, hvordan disse mønstre fordeler sig i forhold til borgere med KOL.

Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport *"Ulighed i sundhed – årsager og indsatser"*, der er udarbejdet i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhed ved Københavns Universitet, er KOL en af de sygdomme i Danmark, der bidrager mest til ulighed i sundhed, kun overgået af hjertesygdomme (Diderichsen, Andersen et al. 2011, s. 37). Fænomenet social ulighed forekommer på baggrund af individers socioøkonomiske positioner i samfundet, og bliver målt på uddannelse, erhverv og indkomst (Lund, Christensen et al. 2011, s. 25). Det antages at uddannelse udgør den bagvedliggende determinant i social ulighed, idet denne betegnes som værende intermedier for både indkomst- og erhvervsniveau. I følgende figur 1 illustreres, at der forefindes en sammenhæng mellem forekomsten af KOL og uddannelsesniveau.



Figur 1: Andel af befolkningen med KOL, i 2011, fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau. Den sorte stiplede linje viser at der, samlet set, var to pct. af den danske befolkning, mellem 30-89 år, der var registreret med KOL. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, s. 19)

Som det fremgår af figur 1, er der markant flere borgere med KOL uden en kompetencegivende uddannelse<sup>5</sup>, end borgere med KOL med en kompetencegivende uddannelse. Mønstre, der ses på tværs af hele befolkningen, mellem individers risiko for sygdom grundet deres sociale position, benævnes den sociale gradient (Diderichsen, Andersen et al. 2011, s. 25). Ovenstående figur viser en tydelig social gradient, hvori det ses at andelen af borgere med KOL falder i takt med at uddannelsesniveautet stiger. Dette indikerer, at der er en social ulighed i forekomsten af KOL i Danmark og der ses ligeledes, at den sociale gradient forekommer for begge køn. På baggrund af ovenstående ses det, at KOL er en af de bidragende sygdomme til social ulighed i sundhed, hvilket gør at KOL anses som et folkesundhedsmæssigt problem (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, s. 19).

I de ovenstående afsnit er det tydeliggjort, at KOL udgør et folkesundhedsmæssigt problem for det danske samfund. Det skyldes, at konsekvenserne af KOL forekommer på individ- såvel som på samfundsmæssigt niveau. Disse konsekvenser synliggør, at der foreligger et samfundsmæssigt og menneskeligt incitament for at begrænse forværring af sygdommen, samt forebygge sygdommen i at opstå. Grundet dette, vil følgende afsnit belyse, hvilke muligheder for forebyggelse, der foreligger indenfor dette område.

<sup>5</sup> Kompetencegivende uddannelse: kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse.

## 2.5 Forebyggelse af KOL

KOL er én af de otte kroniske sygdomme, der benævnes folkesygdom, og som en del af folkesygdommene er KOL med til at præge sygdomsmønstret i Danmark (jf. 2.4 *Social ulighed i forekomsten af KOL*) (Villemoes Sørensen 2009, s. 77). Årsagerne til at KOL udvikles, som kronisk sygdom, er komplekse og forekommer i en kombination af gener, opvækst, sociale forhold, livsstil og generelt helbred (Villemoes Sørensen 2009, s. 78). Ovenstående årsager til udvikling af kronisk sygdom kan benyttes i planlægningen af forebyggende indsatser, således at forebyggelsen af KOL kan rettes mod ændringer hos det enkelte individ i form af fokus på livsstil, levevilkår og sociale (Villemoes Sørensen 2009, s. 81). Forebyggelse retter sig generelt mod at fremme folkesundheden, samt forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer og ulykker. Forebyggelsen af KOL består af; primær-, sekundær- og tertiær forebyggelse. Primær forebyggelse har til formål at hindre sygdom i at opstå, og har indsatser rettet mod risikofaktorer, såsom forebyggelse af rygning. Sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt, hvorfor indsatsen kan være tidlig opsporing af KOL i form af screening. Tertiær forebyggelse er målrettet borgere med diagnosticeret KOL og har til formål at forhindre forværring af denne kroniske sygdom. I den tertiære forebyggelse af KOL indgår tilbud om rehabilitering og medikamentel behandling, der afhænger af borgerens symptomer, lungefunktionsniveau og risiko for exacerbationer, samt iltbehandling i hjemmet ved borgere med kronisk hypoxæmi<sup>6</sup> (Tønnesen, Søndergaard et al. 2005, Lange, Hansen 2013). Rygeophør indgår på alle tre niveauer i forebyggelsen af KOL, idet rygeophør er det vigtigste enkelttiltag til at forebygge KOL, samt det vigtigste tiltag, der kan bremse udviklingen af KOL (Lange, Hansen 2013).

I følgende afsnit problematiseres to strategier til forebyggelse; befolkningsorienteret forebyggelse, der indeholder to elementer, i form af massestrategi og strukturel strategi, samt individorienteret forebyggelse. Begge strategier har indflydelse på tilrettelæggelsen af forebyggelsen af KOL, såvel nationalt som kommunalt, og har derfor konsekvenser for den enkelte borgeres sundhed og mulighed for sundhed.

### 2.5.1 Befolkningsorienteret forebyggelsesstrategi

Den befolkningsorienterede forebyggelsesstrategi retter sig mod hele befolkningen uagtet individets sundhedstilstand eller livsstil (Lund, Christensen et al. 2011, s. 101). Som en del af den befolkningsorienterede forebyggelse af KOL anvendes massestrategi, i form af oplysningskampagner om rygning, samt kampagner til at deltage i eksempelvis lungefunktionsundersøgelser (Villemoes Sørensen 2009, s. 104). Hvorvidt disse kampagner har effekt kan (Holm-Nielsen 2003, s. 424) være svært at vurdere, grundet manglende mulighed for at undersøge og dokumentere effekten af oplysningskampagner (Vil-

---

<sup>6</sup> Lavt iltoptag i blodet (Holm-Nielsen 2003, s. 424).

lemoes Sørensen 2009, s. 49). Ved strukturel forebyggelsesstrategi anvendes lovgivning, styring og regulering som redskaber til at skabe rammer for bedre sundhed. Til forebyggelse af erhvervsbetinget KOL anvendes strukturel forebyggelse, ved at indføre grænseværdier for stoffer, der kan relateres til arbejdsbetinget KOL, idet der ses en sammenhæng mellem eksponering af visse former for støv, dampe, røg og gasser, med udviklingen af KOL. Denne forebyggelse har vist sig at have god effekt (Villemoes Sørensen 2009, s. 104, Rasmussen, Fisher et al. 2013). Desuden er der anvendt strukturel forebyggelse i form af vedtagelse af rygeloven i 2007, hvor der indtrådte rygeforbud i det offentlige rum (Retinformation.dk 2012).

Centralt, for forebyggelsen af KOL, er at forebygge rygedebut og initiere rygeophør, idet rygning som tidligere nævnt er den største enkeltfaktor for udvikling af KOL. Formålet, med at anvende den strukturelle forebyggelsesstrategi, er at kontrollere årsagerne til forekomsten af KOL, og derved skabe mulighed for at reducere prævalensen og incidensen af KOL.

### **2.5.2 Individorienteret forebyggelsesstrategi**

Den individorienterede forebyggelsesstrategi, som også benævnes højrisikostrategi, har fokus på borgere med kendt forhøjet sundhedsrisiko. Tiltagene vil ofte bestå af oplysningskampagner og rådgivning i almenpraksis eller på sundhedscentre, hvor borgere tilbydes individuel hjælp til blandt andet rygeophør (Lund, Christensen et al. 2011, s. 99). Fordelene, ved den individrettede forebyggelsesstrategi, er at ressourcerne og indsatserne koncentrerer om de individer, der har høj risiko for at udvikle sygdomme. Derfor kan denne strategi have god effekt på borgere med svær og meget svær KOL, idet disse borgere er i særlig risiko, og derfor motiverede for forebyggende indsatser. Dette skyldes at denne gruppe har tiltagende forværring, og er i betydelig grad påvirket af deres sygdom i deres dagligdag (Lund, Christensen et al. 2011, s. 99). Den individrettede forebyggelse retter sig ligeledes mod tilbud om hjælp til rygeophør, da rygning er den vigtigste enkeltfaktor for udvikling og forværring af KOL.

Den individrettede forebyggelse hindrer ikke nye tilfælde i at opstå, den har derimod til formål at hindre forværring af tilstand hos individer, der allerede har svær eller meget svær KOL.

Erfaringer, med at anvende den individrettede forebyggelsesstrategi, har vist sig at have marginal effekt, idet udfordringen ved denne strategi er at fastholde individets ændringer i sundhedsadfærd på lang sigt. Tilbagefald til vanlig adfærd er velkendt, især indenfor rygeophør, derfor har den individrettede forebyggelsesstrategi begrænset forebyggende potentiale (Lund, Christensen et al. 2011, s. 99, Iversen 2004, s. 1537). Desuden kan den individrettede forebyggelsesstrategi være medvirkende til, at øge den sociale ulighed i sundhed. Det skyldes, at denne strategi henfører til, at ansvaret for at ændre sundhedsadfærd ligger hos det enkelte individ, hvilket oftere ses hos de højere sociale klasser, idet de reagerer adækvat på den individrettede forebyggelsesstrategi. (Villemoes Sørensen 2009, s. 49)



Den engelske epidemiolog Geoffrey Rose argumenterer i sin artikel "*Sick individuals and sick population*" (Rose 2001) for, at det er hensigtsmæssigt at forebyggelsesstrategierne kombineres og derved understøtter hinanden, dog bør den største opmærksomhed forefindes i at undersøge og forebygge nye tilfælde. Fordelene ved den individorienterede forebyggelsesstrategi er, at interventionen er tilpasset det enkelte individ, og der kan være en større motivation hos individer, der er i højrisiko. Ulemperne ved denne forebyggelsesstrategi kan være høje omkostninger og manglende tilslutning i forbindelse med at opspore individer i højrisiko. Desuden er denne forebyggelsesstrategi lindrende og midlertidig, og ikke gennemgribende i forhold til de underliggende årsager til sygdommen. Derved er mulighederne i denne tilgang til forebyggelse, ifølge Rose, begrænsede. (Rose 2001, s. 430) Den befolkningsorienterede forebyggelsesstrategi, som Rose argumenterer for, har et stort potentiale i forhold til forebyggelse af hele befolkningens sundhed, idet den har til hensigt at fjerne underliggende årsager til sygdom. Ulemperne ved denne strategi er, at det enkelte individ kun opnår en minimal fordel og derved kan motivation til forandring ligeledes være minimal (Rose 2001, s. 430).

I ovenstående afsnit, ses det, at de forskellige forebyggelsesstrategier, der anvendes til forebyggelse af KOL, bør kombineres. Dette skyldes, at de supplerer hinanden, og reducerer risikoen for udvikling og forværring i KOL og derigennem fremmer folkesundheden. Yderligere er det belyst, at borgere med KOL er en gruppe der, grundet sygdommens alvorlighed, kan opnå en effekt ved den individrettede tertiære forebyggelse, hvorfor en rehabiliteringsindsats er relevant at tilbyde disse borgere. På baggrund af ovenstående vil følgende afsnit give en definition på, hvad rehabilitering er, samt formålet med denne. Dette gøres med henblik på at undersøge, hvordan rehabilitering kan styrke borgere med svær og meget svær KOL, samt belyse, hvorfor rehabilitering er relevant, at tilbyde netop denne borgergruppe.

## **2.6 Rehabilitering af borgere med KOL**

Der forefindes ikke én definition på, hvad rehabilitering er, men afhænger af, hvilken sammenhæng rehabiliteringen indgår i. Rapporten "*Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*" blev udarbejdet i 2004 i et samarbejde imellem Rehabiliteringsforum Danmark, Marselisborg Centret socialministeriet, samt adskillige patientforeninger og sundhedsfaglige fagforeninger. I denne rapport anvendes en definition, der henvender sig til de borgere, som deltager i rehabilitering, hvorfor denne anvendes i nærværende projekt. I det følgende præsenteres hvidbogs definition af rehabilitering, som efterfølgende problematiseres:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og*

*meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og evidensbaseret indsats” (Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret 2004, s.16)*

Denne definition har fokus på at hjælpe borgere, der har betydelige begrænsninger såvel fysisk som psykiske, samt på det sociale plan. Denne definition henvender sig både til de, som endnu ikke har begrænsninger, men er risiko for at få det, samt de som allerede har funktionsnedsættelse. Afslutningsvis, i definitionen, beskrives det, at indsatsen skal bygge på hele borgerens livssituation og skal bestå af en koordineret, sammenhængende og evidensbaseret indsats.

Formålet med rehabilitering er, ifølge ovenstående rapport, at bibeholde eller fremme borgernes livskvalitet, at genvinde og vedligeholde funktionsevne, samt forhindre tilbagefald i sygdommen. Ligeledes har rehabilitering til formål, at ligestille de udsatte borgere med de øvrige borgere, således at de opnår samme mulighed for personlig frihed i deres hverdag, og i det sociale liv (Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret 2004, s. 22).

Rettes blikket imod borgerne med svær eller meget svær KOL, har rehabilitering til formål, at bibeholde deres nuværende lungefunktion, samt forhindre at de får et tilbagefald. Igennem rehabilitering skal borger med KOL tilbydes hjælp, således at de kan opnå samme niveau af muligheder, livskvalitet og frihed som øvrige borgere. Borgerne med KOL skal, ifølge definitionen tilbydes et forløb, som tager udgangspunkt i deres livssituation, samt er baseret på evidens. Herigennem skabes der mulighed for at styrke deres selvstændighed, samt deres fysiske, psykiske og sociale formåen.

Et stort antal borgere med KOL lider, grundet deres sygdom, af angst og depression, samt har et dårligere selv vurderet helbred (jf. 2.3 *Menneskelige konsekvenser ved KOL*). Det ses, at rehabilitering har til hensigt at forbedre borgernes livskvalitet, hvorfor borgernes selv vurderede helbred i forbindelse med rehabilitering vil undersøges nærmere i nærværende projekt.

I ovenstående definition og formål beskrives det ikke, hvilke tiltag eller elementer, som skal anvendes i rehabiliteringen, blot at denne skal tage udgangspunkt i borgernes livssituation, samt evidens indenfor området. Derfor vil følgende afsnit undersøge, hvilke anbefalinger, der foreligger for rehabilitering af borgere med svær og meget svær KOL.

### **2.6.1 Anbefalinger til KOL rehabilitering**

Sundhedsstyrelsen publicerede, i 2014, "*Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af KOL*", hvori det er undersøgt, hvilke former for rehabilitering, der gavner borgere med KOL. Anbefalingerne bygger på en systematisk litteratursøgning, hvor resultaterne er vurderet og efterfølgende graderet efter evidensniveau. Det anbefales, at borgere med KOL under MRC 2 ikke rutinemæssigt skal henvises til rehabilitering, men at det skal overvejes i de situationer, hvor det er nødvendigt. Dette, da der ikke ses en signifikant stigning i deres fysiske formåen. Dog ses der en stigning i deres livskvalitet (Sund-

hedsstyrelsen 2014, s. 11-13). Det må derfor formodes, at borgere med en KOL over MRC 2 har gavn af rehabilitering. Dette understøttes af den britiske retningslinje "*British Thoracic society guideline on pulmonary rehabilitation in adults*", hvori det beskrives, at der er høj evidens for at borgere med KOL, svarende til MRC 3-5, har gavn af rehabilitering (Bolton, Bevan-Smith et al. 2013, s. 10). De britiske retningslinjer blev publiceret i 2013 og er udarbejdet på baggrund af bedst tilgængelig evidens, fremkommet ved hjælp af litteraturstudie (Bolton, Bevan-Smith et al. 2013, s. 4). De norske og svenske retningslinjer, for behandling borgere med KOL, beskæftiger sig ikke med den specifikke behandling i rehabilitering af borgere med svær og meget svær KOL (Helsedirektoratet 2012, Socialstyrelsen 2014).

I de danske anbefalinger undersøges det ligeledes, hvorvidt der er evidens for, at borgere med KOL, der grundet sygdommes sværhedsgrad ikke kan deltage i et vanligt rehabiliteringsprogram, har gavn af styrketræning i hjemmet sammenlignet med sædvanlig praksis uden deltagelse i rehabilitering. Arbejdsgruppen fandt, til trods for en systematisk litteratursøgning, ingen studier, som kunne hjælpe med at besvarer spørgsmålet. (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 19-20) Anbefalingen bygger derfor på arbejdsgruppens kliniske viden indenfor området og lyder som følgende:

*"Det er god klinisk praksis at overveje styrketræning til patienter med KOL, som ikke kan deltage i et rehabiliteringsprogram på grund af sygdommens sværhedsgrad"* (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 19-20)

Den førnævnte britiske retningslinje "*British Thoracic society guideline on pulmonary rehabilitation in adults*" har ligeledes undersøgt dette område. Heri konkluderes det, at borgere med KOL svarende til MCR 5 ikke rutinemæssigt skal tilbydes rehabilitering i form af fysisk træning i deres hjem. Det undersøges ikke om borgere med en MRC under 5, som ikke kan deltage i vanlig rehabilitering, har gavn af træning i hjemmet. (Bolton, Bevan-Smith et al. 2013, s. 10)

I ovenstående afsnit, ses at, der manglende enighed, når rehabiliteringen omhandler borgere, som har så svær KOL, at de ikke er i stand til at deltage i vanlig rehabilitering. I de danske anbefalinger har det ikke været muligt at finde evidens indenfor området, hvorimod de britiske retningslinjer har fundet evidens for, at rehabilitering til borgere med KOL, svarende til MRC 5, ikke har gavn af fysisk træning i hjemmet. Denne uoverensstemmelse tyder på, at rehabilitering i hjemmet til borgere med svær og meget svær KOL ikke i stort nok omfang er undersøgt. Der foreligger dog bred enighed om, at der er god evidens for at rehabilitering har en gavnlig effekt for borgere med moderat, svær og meget svær KOL. I den forbindelse undersøges, hvem der har ansvarsområdet for at rehabilitere denne borgergruppe.

## 2.7 Regionalt og kommunalt ansvar for forebyggelse og rehabilitering af KOL

Følgende afsnit har til hensigt at kortlægge, hvilken offentlig instans, der har ansvaret for rehabilitering af borgere med svær og meget svær KOL. Ifølge sundhedsloven skal staten, regionerne og kommunerne dele ansvaret med hensyn til at løfte forebyggelsesopgaverne. De har derved et fælles ansvar for folkesundheden, samt ansvar for at sikre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Fordelingen af ansvarsområderne, regionerne og kommunerne imellem, er beskrevet i regionernes sundhedsaftaler. De fem regioners sundhedsaftaler er forenelige i deres ansvarsfordeling, gældende for rehabilitering af borgere med KOL (Region Hovedstaden 2009, Region Nordjylland 2011, Region Midtjylland 2006, Region Sjælland 2013, Region Syddanmark 2011). Nærværende projekt vil fremadrettet tage udgangspunkt i Region Nordjylland.

Regionens forebyggelsesopgave er rettet mod to overordnede mål. Det drejer sig om den patientrettede forebyggelse i den sekundære sundhedssektor og i praksissektoren, samt at rådgive kommunerne i forhold til de forebyggelsesopgaver kommunerne skal varetage (Center for forebyggelse 2009, s. 6). I forhold til rehabilitering af borgere med svær og meget svær KOL, har regionen til opgave, ifølge den regionale sundhedsaftale i Nordjylland "*Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom – KOL*" at behandle borgerne ved deres praktiserende læge, herunder kontrol, samt ved forværring af sygdommen. Endvidere står regionen for behandling og genoptræning under indlæggelse, samt har den henvisende funktion til kommunale tilbud efter endt sygehusophold. I tilfælde, hvor der er tale om patienter med væsentlige komplikationer i forbindelse med deres KOL har regionen ansvaret for den specialiserede rehabilitering (Region Nordjylland 2011). Det er yderligere besluttet at kommunerne ligeledes skal stå for rehabiliterende tilbud til borgere med komplekse kroniske sygdomme herunder KOL (Bilag 1).

Kommunerne har til opgave at iværksætte tilbud indenfor sundhedsområdet. Det beskrives i sundhedsloven § 119, at kommuner har til ansvar at etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Kommunerne har derfor til opgave at stå for den borger- og patientrettede forebyggelse, herunder, ifølge sundhedslovens § 140, rehabilitering til de borgere, der har et behov for dette. (Center for kommune- og regionsøkonomi 2012, Socialministeriet, undervisningsministeriet et al. 2011, s. 5, retsinformation.dk 2010). Ifølge Sundhed.dk, der er den fælles offentlige sundhedsportal til sundhedsvæsenet, tilbyder alle danske kommuner rehabilitering til borgere med KOL (Sundhed.dk). Dog er der begrænsninger ved disse rehabiliteringstilbud. Størstedelen af kommunerne tilbyder rehabilitering til borgere med KOL med sværhedsgrad mild til moderat grad på sundhedscentre, og et mindre antal kommuner tilbyder også rehabilitering til svær KOL, med henvisning til sygehusregi. To kommuner tilbyder rehabilitering i hjemmet, til de borgere med så svær KOL, at de ikke har mulighed for at

deltage på et center (Sundhed.dk 2014)<sup>7</sup>. Dog er det kun Brønderslev Kommune, der tilbyder rehabilitering i hjemmet, som et selvstændigt tilbud til borgere med svær og meget svær KOL, hvorfor Brønderslev Kommunes *udgående rehabiliteringsindsats* er genstandsfelt for nærværende projekt.

Brønderslev Kommune har, siden 2010, tilbudt hjemmerehabilitering til borgere med svær og meget svær KOL, som har til formål, at styrke borgerne, således at de bliver i stand til at deltage på et vanligt rehabiliteringstilbud. Der foreligger endnu ingen effektevaluering af indsatsen, hvorfor det ikke vides, hvorvidt denne indsats har en effekt. Dette understøttes af, at det ligeledes ikke er undersøgt, i de danske såvel som de britiske retningslinjer, hvilken betydning rehabilitering i hjemmet har for borgernes sandsynlighed for senere at deltage i vanlig rehabilitering, samt rehabiliteringens påvirkning på borgernes livskvalitet. Ligeledes vides det ikke, om der er evidens for at hjemmehundne borgere, med en bedre lungefunktion end MRC 5, har gavn af tilbuddet. Det vides derfor ikke fuldt ud, hvorvidt rehabilitering i hjemmet har en gavnlig effekt.

På baggrund af ovenstående problemanalyse, vil nærværende projekt undersøge effekterne, tilsigtede såvel som utilsigtede, i forbindelse med deltagelse i Brønderslev Kommunes *udgående rehabiliteringsindsats*. Dette gøres med henblik på at skabe viden på området for rehabilitering af borgere med svær og meget svær KOL, der ikke kan deltage i vanlig rehabilitering. Projektet vil besvare følgende problemformulering:

---

<sup>7</sup> Alle danske kommuner er undersøgt herunder.

## 3.0 Problemformulering

---

*Hvilke tilsigtede og utilsigtede effekter har Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, der ikke kan komme på vanlig rehabilitering, samt hvilke forandringer kan anbefales således, at indsatsen kan forbedres?*

For at svare på ovenstående problemformulering vil følgende undersøgelsesspørgsmål belyses;

- *Hvordan bidrager Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats muligheden for, at borgere med svær og meget svær KOL, kan deltage i vanlig rehabilitering?*
- *Hvordan påvirker Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats borgerens vurdering af eget helbred?*
- *Hvilken sammenhæng er der mellem Brønderslev Kommunes formulerede formål og mål for den udgående rehabiliteringsindsats og indsatsens effekter?*

## 4.0 Case-beskrivelse

---

Brønderslev kommunes udgående rehabiliteringstilbud er et tilbud, der henvender sig til svage borgere med KOL, Type 2 diabetes, samt hjerte-karsygdomme, som ikke er i stand til at komme til træningscenter og deltage i holdtræning (Bilag 2). Følgende afsnit vil indeholde en beskrivelse af den del af tilbuddet, der tilbydes borgere med KOL, samt en præsentation af de indsatser, tilbuddet til disse borgere, indeholder. Denne gennemgang skal danne grundlag for at opstille den indledende programteori. Beskrivelsen er baseret på følgende dokumenter, som projektgruppen har modtaget fra Brønderslev Kommune; Ansøgning om tilskud fra Puljen vedrørende forløbsprogrammer (Bilag 1), Tematisk evaluering (Bilag 2), Slutrapport (Bilag 3), mailkorrespondance med leder af Brønderslev kommunes udgående rehabiliteringsindsats, samt informationer fra Sundhed.dk og rapporten *"Evaluering af rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012"*.

KOL rehabilitering, på sundhedscentret, blev, i Brønderslev Kommune, etableret i 2007. I 2010 blev dette tilbud udvidet med den udgående rehabiliteringsindsats. Dette med baggrund i, at udvide målgruppen for rehabilitering således det omfattede borgere, som ikke kunne deltage i vanlig rehabilitering. Det beskrives, i slutrapporten, at den udgående rehabiliteringsindsats har til hensigt at sikre et tilbud til svage borgere, med kronisk sygdom, herunder borgere med KOL, som har behov for et rehabiliteringstilbud i eget hjem (Bilag 3).

Tilbuddet forløb i en projektperiode, på tre år fra 2010 til 2012, med støtte fra satspuljemidler. Efter udgangen af projektperioden har Brønderslev Kommune videreført rehabiliteringstilbuddet (Bilag 2).

En del af målgruppen, for den udgående rehabiliteringsindsats, er borgere med KOL. Karakteristika for disse borgere er, at de er grundet deres sygdom ikke er i stand til at komme på vanlig rehabilitering. Målet med tilbuddet er, at øge borgerens funktionsniveau, således disse bliver i stand til at deltage i rehabiliteringstilbud, der foregår i træningscenter (Bilag 2). I evalueringsrapporten *"Evaluering af rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012"* foretaget af Marselisborgcentret, beskrives ligeledes at den udgående rehabiliteringsindsats tilbydes med henblik på at deltage i vanlig rehabilitering (Handberg, Nielsen 2012).

Der er, i dokumenter vedrørende projektet, beskrevet en række formål, som er som følgende:

- At generere nogle erfaringer i forhold til hvilke borgere, kommunen kan give et rehabiliteringstilbud og dermed bidrage til fastlæggelse/udvikling af anbefalingerne vedrørende snitfladerne mellem sektorerne, og dermed til stratificeringen (Bilag 3).
- Forebygge genindlæggelser / reduktion af genindlæggelser (her vil kommunen anvende sundhedsstyrelsen dokumentation for effekt) (Bilag 1).

- Forebygge u hensigtsmæssigt mange lægekontakter (Bilag 3).
- Sikre individuelt tilrettelagt forløb for borgere med kronisk sygdom som ex. KOL, som ikke kan komme til træningscenter, men har behov for tilbud i eget hjem (Bilag 3).
- Anvende elektronisk it-system, CaseFlow, for at sikre statistisk materiale på den enkelte borger og rehabiliteringsindsatsen som helhed (Bilag 1).
- Udvide kommunal rehabiliteringsindsats til at sikre samarbejdsmodel mellem kommune, almen praksis og sygehus, som skitseret i kronikermodellen (Bilag 3).

#### **4.1 Indsatserne i udgående rehabiliteringstilbud**

Indsatserne i rehabiliteringstilbuddet til borgere, der ikke kan deltage i vanlig rehabilitering, indeholder samme elementer, som tilbydes på vanlig rehabilitering (Bilag 1). Dette indbefatter følgende tilbud:

- Forløb på 3-10 besøg, der er individuelt tilrettelagt (Bilag 3)
- Opstartssamtale, hvor der i dialog med borgerne, og der lægges en plan for forløbet. Denne er udarbejdet ud fra en ICF<sup>8</sup>-ramme, hvorved alle områder, der påvirker borgerens hverdag, berøres (Bilag 3).
- Træning, hvori der er inkluderet konditest før og efter rehabiliteringsforløb (Bilag 1), samt vejledning om træning i eget hjem (Sundhed.dk 2014)
- Undervisning om sundhed, sygdom og medicingennemgang (til alle tre sygdomme, hvis nødvendigt)
- Kostvejledning (Sundhed.dk 2014)
- Hjælp til at strukturere hverdagen (Sundhed.dk 2014)
- Måling af effekt via SF-36 før og efter indsats (Bilag 1).

Derudover tilbyder det udgående rehabiliteringsteam undervisning til fast personale, hvis nødvendigt (Bilag 3).

##### **4.1.2 Organisering af udgående rehabiliteringstilbud**

Det udgående rehabiliteringsteam er tværfagligt sammensat bestående af rehabiliteringskoordinator sygeplejersker, diætister, ergoterapeuter og fysioterapeuter (Bilag 1). Organisatorisk er tilbuddet forankret på afdelingslederniveau og de væsentligste aktører for udvikling og gennemførelse af tilbuddet, er rehabiliteringsteamet (Bilag 2).

---

<sup>8</sup> International klassifikation af Funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (Handberg, Nielsen 2012)



Henvisning til tilbuddet er etableret i en kombination af formel henvisning, og åben tilgang for borgere, der henvender sig med ønske om at deltage i tilbuddet (Sundhed.dk 2014). Den formelle henvisning kan foregå fra følgende instanser:

- Praktiserende læge
- Sygehus
- Kommunal visitation
- Hjemmeplejen / hjemmesygeplejen
- Træningsenhed (Bilag 1) (Sundhed.dk 2014).

Rehabiliteringstilbuddet er gratis at deltage i. Rehabiliteringen bygger på retningslinjer fra sundhedsstyrelsen (Sundhed.dk 2014). Der er, via løbende samarbejds møder i rehabiliteringsteamet, fulgt op på om projektets indsatser forløber som tiltænkt (Bilag 2).

#### **4.1.3 Resultater og afledte effekter**

Projektets resultater og erfaringer er beskrevet i slutrapport i 2012. I forhold til projektets mål fremgår det, at det er deres indtryk, at flere svage borgere modtager et rehabiliteringstilbud, idet det nu er muligt at modtage rehabilitering i eget hjem. I løbet af de tre år projektet har forløbet, har 107 borgere modtaget en indsats fra det udgående team og cirka 20 pct. af disse blevet i stand til, at deltage på et rehabiliteringshold (tal for alle tre diagnosegrupper).

Der er, i slutrapport og tematisk evaluering, beskrevet erfaringer og effekter, der ikke er relateret til projektets målbeskrivelse. Disse effekter kan kategoriseres som afledte effekter som følge af projektet, og er følgende:

- Reduktion af genindlæggelser (Bilag 3)
- Behandlingsforløb er blevet optimeret (Bilag 2)
- Øget tværfagligt samarbejde mellem hjemmeplejen og udgående team. Der er planlagt besøg på samme tid, således at hjemmeplejen kan støtte borgerens rehabiliteringstilbud (Bilag 2, 3)
- Det udgående rehabiliterings team har haft funktion som "miniforløbskoordinator" og derved fungeret som bindeled mellem myndighed og hjemmepleje i kommunen, til egen læge og sygehus (Bilag 3).
- Større tilfredsstillelse i hverdagslivet (Bilag 3)
- Borgerne har opnået funktionsløft og er blevet mere selvhjulpne (Bilag 3)
- Deltagelse i tilbuddet har øget borgernes tryghed (Bilag 3)
- Motivation af borgerne (Bilag 3)

Ovenstående afsnit har afdækket Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med KOL, der ikke er i stand til at deltage i rehabilitering på træningscenter. Ovenstående informationer anvendes til at opstille den indledende programteori, der skal danne grundlag for den videre strukturering af evalueringen af indsatsen.

## 5.0 Teori

---

I ovenstående case-beskrivelse ses det, at Brønderslev Kommune, ved ansøgningen om satspuljemidler til den udgående rehabiliteringsindsats, havde intention om at måle borgernes helbredsrelaterede livskvalitet, herunder selvvurderet helbred ved hjælp af SF-36 spørgeskema før og efter rehabilitering. Dette blev dog ved intentionen og der forefindes derfor ingen målinger af, hvilken effekt den udgående rehabiliteringsindsats har haft for borgernes selvvurderede helbred (Bilag 4). SF-36 er et valideret spørgeskema, der er udviklet til at måle sundhedsrelateret livskvalitet. Det anvendes til, at måle udvikling i borgerens generelle sundhedstilstand, og spørgsmålene er ikke knyttet til en bestemt sygdom eller indsats. Den generelle helbredsstatus undersøges ved at spørge ind til personens selvvurderet helbred, samt spørgsmål, der kan måle fysisk, psykisk og social funktionsevne (Kommunernes Landsforening 2007).

Livskvalitet er vanskeligt at måle uden SF-36, hvorfor der, i nærværende projekt, vælges at undersøge borgernes vurdering af eget helbred, ved brug af Aaron Antonovsky teori omhandlende *Sense of coherence* som på dansk benævnes, *Oplevelse af sammenhæng*. I nærværende projekt anvendes Aaron Antonovskys begreber til at indsamle empiri, ved hjælp af kvalitative interviews, og herigennem vurdere, hvilken effekt den udgående rehabiliteringsindsats har haft for borgernes vurdering af eget helbred.

### 5.1 Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky, professor i sociologi, udgav i 1979 bogen "*Health, stress and coping*", hvori han præsenterer den salutogenetiske model. Udgangspunktet for denne model var, at der på et hvert tidspunkt, i det industrielle samfund, er 1/3 af befolkningen, som befinder sig i en patologisk(sygelig) tilstand. Sygdom er derfor ikke en sjælden begivenhed eller afvigelse fra det normale. Patogenese søger svar på, hvorfor individer bliver syge og sætter derefter folk over i en bestemt sygdomskategori. Individet er, indenfor patologien, derfor enten syge eller raske. Salutogenese derimod finder kilder til sundhed og stiller spørgsmålet; hvad er det, der gør at individer bevæger sig over mod sundhed, frem for imod sygdom? Antonovsky beskriver, at individer bevæger sig på en skala imellem dårligt helbred og godt helbred, hvilket illustreres på i det følgende:



Figur 2: Skala mellem dårligt og godt helbred

Figuren illustrere at individer kan, ifølge Antonovsky, med de rette ressourcer, bevæge sig hen imod sundhed og argumenterer for, at det der gør, at folk kan forblive sunde, trods sygdom, er generelle

modstandsressourcer, hvorfor teorien om *oplevelse af sammenhæng* blev udviklet (Antonovsky 2000, s. 11-30). De to tilgange er ifølge Antonovsky komplementære. Den patogenetiske tilgang er relevant idet det er vigtigt at skaffe viden om sygdomsfremkaldende faktorer, hvorimod den salutogenetiske tilgang bidrager til et fokus på, hvad der bevæger individet hen imod det sunde (Antonovsky 2000, s. 31-32). Det formodes, at disse modstandsressourcer kan genereres, igennem den udgående rehabiliteringsindsats og derigennem styrke borgernes sundhed.

I nærværende projekt tages der udgangspunkt i Antonovskys salutogenetiske tilgang og hans teori *oplevelse af sammenhæng*. I nedenstående afsnit præsenteres og beskrives de tre centrale begreber fra Antonovskys teori; *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. Begreberne beskriver fællestræk, som giver individer oplevelse af sammenhæng. Denne oplevelse af sammenhæng, mener Antonovsky, er medvirkende til at individer forbliver sunde trods helbredsbelastninger. (Statens Institut for Folkesundhed 2014)

### **5.1.1 Oplevelse af sammenhæng**

Oplevelse af sammenhæng består af tre komponenter; *Begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. Disse tre komponenter betegner Antonovsky som kernekomponenter i begrebet, og personer med høj score indenfor disse områder har en stærk oplevelse af sammenhæng. I det følgende beskrives de tre komponenter separat:

1. *Begribelighed*: Denne komponent henviser til, i hvilket omfang individer opfatter stimuli, enten ydre eller indre, som denne konfronteres med, som værende kognitiv forståelig, ordnet, sammenhængende og struktureret. Modsat hertil kan stimuli opleves som støj, kaotisk, uordnet, tilfældigt og uforklarligt. Begribeligheden henfører derfor til, hvordan individer opfatter og forstår det de oplever eller udsættes for.
2. *Håndterbarhed*: Denne komponent henviser til, i hvilket omfang individer opfatter de ressourcer, der står til ens rådighed, som er tilstrækkelige til håndterer de stimuli individet bliver stillet overfor. Disse ressourcer kan individet selv have rådighed over eller andre, individet har tillid til, have rådighed over.
3. *Meningsfuldhed*: Denne komponent henviser til betydningen af at være deltager i processer, som blandt andet former individets daglige erfaringer. Desuden kan det komme til udtryk ved, at individet har områder i deres liv, der betyder meget og som de er engageret i og som giver mening. Denne mening opleves både i følelsesmæssig og kognitiv forstand. Deltager individet i et område der opleves meningsfuld, også hvis de er problemer tilværelsen har ført med sig, vil

det opfattes som værd at engagere sig i. Individuer med høj oplevelse af sammenhæng, vil være i stand til, at påtage sig livets udfordringer, og er besluttet på at finde mening og klare sig igennem. (Antonovsky 2000, s. 36-37) Antonovsky beskriver denne komponent som motivations-element.

De tre komponenter, som udgør oplevelsen af sammenhæng defineres samlet, af Antonovsky på følgende måde:

*”Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre eller ydre og ydre miljø, er struktureret, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i”* (Antonovsky 2000, s. 33-37).

I ovenstående beskrives det, at hvis man har en høj scorer på alle tre komponenter, har individet en stærk oplevelse af sammenhæng. Antonovsky argumentere for, at de tre begreber hænger uløseligt sammen, men de er dog ikke lige vigtige. Meningsfuldhed, som er det motiverende element, er helt centralt og uden dette element, vil individer ikke kontinuerligt kunne ligge højt med hensyn til de to andre komponenter, håndterbarhed og begribelighed. Begribelighed er den anden vigtigste komponent i og med at håndterbarhed afhænger af forståelse, som er et essentielt element i begribeligheden. Håndterbarhed er, trods den nederste placering, forstås som en essentiel komponent i og med, at hvis individer ikke tror, at der er ressourcer til ens rådighed, påvirker det oplevelsen af meningsfuldhed og herigennem mestringen af situationen (Antonovsky 2000, s. 40).

Nærværende teori har fokus på ressourcer, som kan fremme borgernes modstandsressourcer i form af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed og herigennem bidrage til at opnå en oplevelse af sammenhæng. I nærværende projekt er disse ressourcer elementerne som Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats bidrager med. Ved anvendelse af denne teori undersøges det derfor, hvorvidt den udgående rehabiliteringsindsats styrker borgeres, med svær og meget svær KOL, modstandsressourcer og bidrager til en forbedring i deres vurdering af eget helbred. I nærværende projekt antages det, at en øgning i de tre komponenter bidrager til, at borgerne vurderer deres helbred mere positivt i forhold til tidligere, idet borgerne bevæger sig hen imod sundhed frem for sygdom (jf. figur 2).

I ovenstående afsnit er komponenterne i *oplevelsen af sammenhæng* beskrevet. Disse komponenter vil blive anvendt til at strukturere en interviewguide, således at borgerens oplevelse af sammenhæng, på baggrund af deltagelse i rehabiliteringsforløbet undersøges. Undersøgelse af borgerens oplevelse af sammenhæng vil anvendes til, at vurdere hvorvidt deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsats har en effekt på borgerens vurdering af eget helbred efter rehabiliteringsforløbet, idet oplevelsen af

sammenhæng er en vigtig determinant for at vurdere individets bevægelse mod den sunde pol (Antonovsky 2000, s. 33).

## 5.2 Formål, mål og målhierarki

Ved gennemgang af dokumenterne til udarbejdelse af programteorien, blev projektgruppen opmærksom på, at der for den udgående rehabiliteringsindsats var opstillet flere formål og mål (jf. 6.2.2.3 *Opstille programteori*). Ud fra dokumenterne står det ikke klart, hvorledes Brønderslev Kommune har til hensigt, at måle og vurdere indsatsen ud fra de opstillede formål og mål, og hvorvidt alle disse mål kan eller skal opfyldes. For at undersøge, hvorvidt de opstillede formål og mål er brugbare til, at vurdere den udgående rehabiliteringsindsats effekt, vil dette afsnit inddrage teori omhandlende målopfyldelse. Afsnittets teoretiske kilder baseres på Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorsvik fortolkning af mål og målhierarki, samt George T. Dorans teori omhandlende S.M.A.R.T.-modellen, der anvendes til at, præcisere formål og mål således disse kan anvendes til styring og opfølgning.

Organisationer iværksættes altid med det formål, at udføre og løse opgaver, samt udfylde en funktion. Heri skal der afklares, hvilken opgaver organisationen skal fokusere på, hvilke mål samt, hvordan disse mål skal opfyldes. Organisationer fastsætter de mål, de ønsker at opfylde og strategier til, hvordan de skal opfyldes (Thorsvik 2008, s. 28).

Ifølge Jacobsen og Thorsvik er det vigtigt at beskæftige sig med mål og strategier, idet der indenfor organisationsteorier foreligger forskellige antagelser om, at mål og strategier har en effekt på, hvordan medarbejderne i en organisation tænker og handler i deres arbejde.

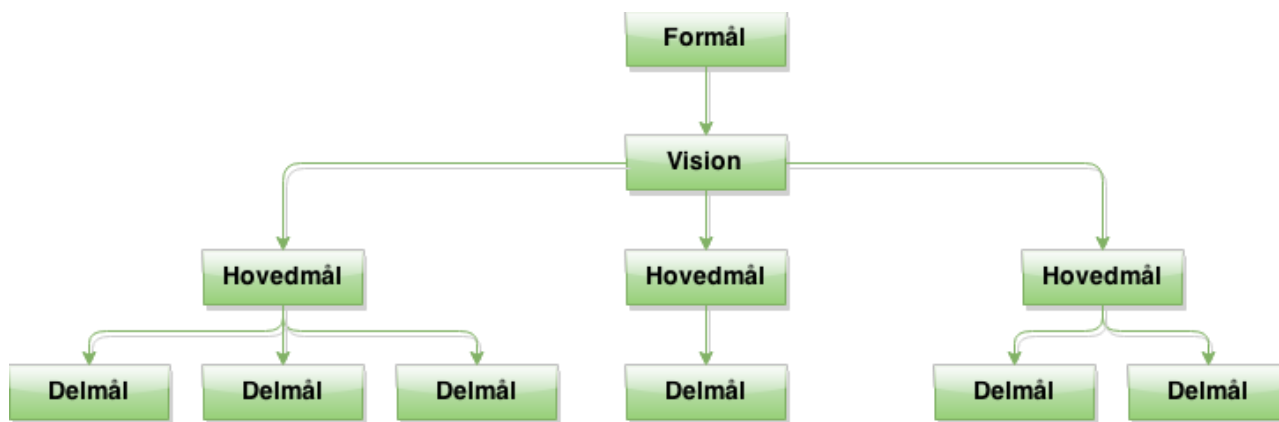
*Den første antagelse* er, at mål og strategier kan have en motiverende effekt på medarbejderne, og at uden mål er det vanskeligt at vide, hvilken retning, der arbejdes hen i mod, hvilket kan virke demotiverende.

*Den anden antagelse* er, at mål skal have en styrende funktion, idet de kan give retningslinjer for arbejdet, lægge begrænsninger på medarbejdernes adfærd, samt fungere som beslutningsgrundlag for medarbejderne. Hvis, eksempelvis, en medarbejder står i en situation, der kræver en beslutning, skal målene kunne bidrage til, hvad medarbejderen skal lægge mere vægt på i beslutningstagen.

*Den tredje antagelse* er, at mål skal fungere som evalueringskriterier for det arbejde, der udføres af organisationen og medarbejderne.

*Den fjerde og sidste antagelse* er, at mål kan fungere som legitimitetsfaktor over for omgivelserne. De fleste organisationer er afhængige af ressourcer og støtte fra omgivelserne, og når en organisation fremstår som legitim, opfattes den som havende "gode" og "rigtige" værdier, hvilket er centralt, hvis organisationen afhænger af udefra kommende ressourcer (Thorsvik 2008, s. 40-41). Mål kan udformes

forskelligt afhængig af tidsperspektiver, indholdet og sandsynligheden for at de opnås. Udformning kan illustreres i et målhierarki, som Jacobsen og Thorsvik opstiller på følgende måde:



Figur 3: Målhierarki (Thorsvik 2008, s. 30).

Som det kan ses, i figur 3, indebærer målhierarkiet; formål, vision, hovedmål og delmål. *Formålet* for organisationen er eksistensgrundlaget, altså, hvorfor er organisationen til? Dette indebærer både en organisatorisk funktion, men også en samfundsmæssig funktion. Ligeledes beskrives det, hvorfor dette formål skal udføres af denne organisation og ikke af andre. Her spiller organisationens kerneværdier, kompetencer og måde, hvorpå medarbejderne arbejder, en stor rolle. Næste led i målhierarkiet er, *Vision* og er beskrivelsen af, hvad den ideelle situation er, herunder hvad organisationen ønsker engang i fremtiden. Mål er de aktiviteter, der skal gennemføres for at realisere visionen. Der anvendes ofte flere mål til at realisere visionen, hvilket bevirker at disse opdeles i hovedmål og delmål. *Hovedmål* er konkretisering af mål. Hvad er det, der skal til for at realisere visionen? *Delmål* er en yderligere konkretisering af hovedmålet, det vil sige, hvad skal der til for at opnå hovedmålet. Tilsammen udgør målhierarkiet en sammenhæng mellem mål og midler. Et mål på ét niveau, bliver til et middel på et højere niveau. Resultatet bliver at de operationaliserede delmål giver organisationen klare retningslinjer for arbejdet. Målhierarkiet skal sikre at alle aktiviteter bidrager til at realisere organisationens formål (Thorsvik 2008, s. 30-31).

### 5.2.1 Udfordringer ved målsætning

Der er forskellige udfordringer, når en organisation skal udforme mål. Jacobsen og Thorsvik skelner mellem langsigtede- og kontinuerlige mål. Ved langsigtede mål foreligger udfordringen i at formulere klare mål, og etablere sammenhæng mellem mål og tiltag. Langsigtede mål har ofte et langt tidsperspektiv, og det har indflydelse på, at målene kan fremstå uklare. Der foreligger en antagelse om at, langsigtede mål, grundet overstående, ikke er egnet som styringsredskaber, motivationsfaktorer, og evalueringskriterier. Dog foreligger der også en antagelse om at langsigtede mål, fordi de er vage, kan fungere som rammer og give handlefrihed, der fremmer nytænkning inden for disse rammer (Thorsvik

2008, s. 32-33) Ligeledes er der udfordringer ved at udforme kontinuerlige mål, hvilket offentlige organisationer er kendetegnet ved at have. Udfordringerne ved at have kontinuerlige mål, er at disse mål er mere komplekse, og med kontinuerlige mål kan det være umuligt at afgøre, hvornår målet er realiseret (Thorsvik 2008, s. 32-33).

Uklar sammenhæng mellem mål og midler, er et problem der oftest opleves indenfor de organisationer der leverer tjenesteydelser, som er kendetegnet ved offentlige organisationer. Det skyldes, at mange af deres opgaver er karakteriseret som komplicerede former for tjenesteydelser, herunder ligger sundhedsydelser. På baggrund af dette, kan det være vanskeligt, at udforme et klart og sammenhængende målhierarki indenfor offentlige organisationer (Thorsvik 2008, s. 33).

I udarbejdelsen af et målhierarki, er det vigtigt, at skelne mellem reelle mål og symbolske mål. Reelle mål har til hensigt at definere mål, der kan påvirke adfærden hos medarbejderne. Desuden anvendes reelle mål som evalueringskriterier og de anvendes til at give omgivelserne indsigt i, hvad organisationen arbejder med. Symbolske mål kan have til hensigt, at give omgivelserne et billede af, hvad organisationen ønsker omgivelserne skal se, uden at organisationen behøver at opfylde dette. Symbolske mål er ofte de formelle og officielle mål (Thorsvik 2008, s. 34).

### 5.3 Udarbejdelse og vurdering af mål

I ovenstående afsnit er beskrevet fire antagelser for mål samt forskellige måltyper. Følgende afsnit vil beskrive et metodisk redskab til at udarbejde formål og mål, der kan anvendes til at give en organisation fokus på problemerne og retning for organisationen. Afsnittets teoretiske kilde er George T. Dorans, indlæg i tidsskriftet *Management Review* "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives" fra 1981. Baggrunden for indlægget var, at formål og mål, for mange ledere, var et område, som bar præg af manglende viden om, og færdigheder til at udforme disse mål. Doran argumenterer for, at det ud fra et praktisk synspunkt ikke er vigtigt at skelne mellem begreberne mål og formål forudsat at ledelsen er enig om indholdet af begreberne, derfor anvendes i det følgende begrebet *mål*.

Doran præsenterer redskabet S.M.A.R.T., som indeholder fem kriterier for udformningen af mål. De fem kriterier er som følgende:

- Specific (specifikke), hvor der henviser til, at der skal udpeges et specifikt område, hvor der skal ske en forandring
- Measurable (målbarhed) henviser til, at målene skal kunne kvantificeres eller, som et minimum, skal der kunne påvises en fremgang.
- Assignable (opgavefordeling), henviser til, at det skal ligge klart, hvem der skal udfører opgaven.



- Realistic (realistiske) henviser til, hvad der er realistisk at opnå i forhold til de fastlagte ressourcer.
- Time-related (tidsbegrænset) henviser til det tidspunkt, hvor det formodes at målene kan være opnået. (Doran 1981)

Ifølge Doran behøver et mål ikke at indeholde alle fem kriterier, men jo tættere S.M.A.R.T. anvendes til at udforme mål jo mere brugbart bliver målet. De udformede mål vil fremstå som en ramme for det budskab og resultat organisationen ønsker at opnå.

Det ses ud fra ovenstående, at anvendelse af S.M.A.R.T.-modellen indsnævres genstandsområdet, professioner udpeges til at varetage opgaven, det sikres at målene er realistiske og kan evalueres eller vurderes efterfølgende efter endt tidsbegrænset periode. S.M.A.R.T.-modellen er en udbredt model, der anvendes til at formulere mål med (Sundhedsstyrelsen).

I nærværende projekt vil de førnævnte antagelser, målhierarkiet og S.M.A.R.T.-modellen blive anvendt til at analysere og diskutere de formål og mål, som Brønderslev Kommune har opstillet i forbindelse med den udgående rehabiliteringsindsats. Dette vil ske i forhold til at klarlægge, hvilken sammenhæng der er imellem mål og formål og hvorvidt disse kan anvendes til at vurdere effekterne af indsatsen, samt anvendes til at udarbejde forslag til Brønderslev Kommunes udformning af formål og mål i forbindelse med den udgående rehabiliteringsindsats.

## 6.0 Metode

---

I dette kapitel beskrives projektets metode, som skal anvendes til at indsamle viden til besvarelse af projektets problemformulering. I det indledende afsnit præsenteres projektgruppens sundhedssyn, positionering og design. Efterfølgende inddeles kapitlet i to afsnit, kvalitativt og kvantitativt, som hver især beskriver metodevalg til generering af data. I starten af hvert afsnit argumenteres der for områdets relevans for projektet.

### 6.1 Sundhedssyn

Definitionen på, hvad sundhed er, er et omdiskuteret felt, hvor der ikke hersker én definition (Glasdam 2009, s. 68). To, ofte anvendte begreber, indenfor sundhed, er sundhedsrelativismen og sundhedsfundamentalismen. Sundhedsrelativisme bygger på, at sundhed er relativt og der hersker derfor ikke en bestemt sandhed om sundhed og sygdom. Sundhed kan dermed ikke defineres på én endegyldig måde. Begrebet er derved åbent og kan defineres alt efter det enkelte individs overbevisninger og præferencer (Glasdam 2009, s. 71). Sundhedsfundamentalisme er den modsatte pol til relativismen, hvor der argumenteres for, at sundhed kan defineres på en almengyldig måde (Glasdam 2009, s. 71). Indenfor dette begreb hersker den biomedicinske tankegang, hvor sundhed er fravær af sygdom og kan beskrives naturvidenskabeligt (Glasdam 2009, s. 70, 92-93).

Gruppens sundhedssyn bevæger sig i et spændingsfelt imellem sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme. Det anerkendes, at sygdom kan måles og vejes til en vis grad, men at sundhed og sygdom, i lige så stor udstrækning, omhandler det enkelte individs vurdering af eget helbred. Sundhed er derfor muligt at opnå trods svær sygdom. I nærværende projekt anvendes derfor både en kvalitativ og en kvantitativ tilgang til generering af data til besvarelse af projektets problemformulering. Dette har indvirkning på projekts positionering, som kommer til bestå af to retninger. I nedenstående afsnit præsenteres disse to retninger.

#### 6.1.2 Positionering

I dette projekt arbejdes der ud fra et fortolkningsvidenskabeligt og et empirisk-analytisk paradigme. Dette begrundes med, at projektet søger at forstå og forklare effekten af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats ved hjælp af både kvantitativ og kvalitativ data.

Det empirisk-analytiske paradigme vægter det objektive, værdineutrale og testning. Heri undersøges årsagssammenhæng igennem empiriske tests og det sigtes imod af at falsificere frem for at verificere (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 58-60).

Det fortolkningsvidenskabelige paradigme bygger på antagelsen om, at hvis der ønskes indsigt i, og viden om sociale fænomener, skal dette opnås igennem forståelse og indlevelse i de fænomener, som

undersøges. Forskningen indenfor dette paradigme bygger på teorier, metoder og data, som kan medvirke til at skabe en forståelse af disse fænomener, herunder individets oplevede begivenheder, handlinger, aktiviteter og erfaringer, samt resultater af menneskelige handlinger (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 61).

I det fortolkningsvidenskabelige paradigme anvendes hermeneutikken til opnå forståelse og vil i følgende afsnit blive beskrevet. Hermeneutikken vil blive anvendt til at genererer, forstå og fortolke de fænomener, som undersøges i nærværende projekt.

### **6.1.2.1 Hermeneutikken**

Hermeneutikkens grundidé bygger på, at individet hverken kan eller skal glemme, det der i forvejen vides om det fænomen, som undersøges. Dette kaldes forforståelse eller fordom og er, ifølge Gadamer, altid tilstede for at vi kan forstå det, som ønskes undersøgt, og for at kunne stille et forskningsspørgsmål (Vallgård, Koch 2011, s. 157-161). Gadamer argumentere for, at det er vigtigt at bevidstgøre egen forforståelse, da den spiller en gennemgribende rolle i forskningsprocessen (Vallgård, Koch 2011, s. 157-161), hvorfor gruppens forforståelse i det følgende forsøges bevidstgjort.

Projektgruppens forforståelse bygger på et fagligt perspektiv, som er gruppens erfarings-, empiriske og teoribaserede antagelser. Det faglige perspektiv er et produkt af tidligere erfaringer, erkendelsesinteresse og gruppens placering i det videnskabelige felt (Vallgård, Koch 2011, s. 157-161). Erkendelsesinteressen bygger, i nærværende projekt, på interesse for de medicinske og kroniske borgers muligheder og vilkår i det kommunale regi, herunder kommunale problematikker med hensyn til behandling og rehabilitering af denne borgergruppe. I det følgende beskrives gruppens tidligere erfaringer, empiriske og teoribaserede antagelser.

Tidligere erfaringer bygger på gruppens professionsbachelor og erfaring indenfor de sygeplejevidenskabelige- og ergoterapeutiske felter, samt erfaring fra undervisningen indenfor det folkesundhedsvidenskabelige felt. De førnævnte antagelser er viden og erfaringer, som i nærværende projekt, er opnået igennem den indledende undersøgelse af problemfeltet i problemanalysen og struktureringen af problemformuleringen, samt en grundig gennemgang af de dokumenter, som beskriver den udgående rehabiliteringsindsats. Gruppens teoretiske forforståelse bygger på de førnævnte antagelser fra problemanalysen og case-beskrivelsen, hvorfor denne fik indflydelse på valg af teori, som i ovenstående afsnit er beskrevet og præsenteret. Denne faglige forforståelse eller perspektiv vil få indflydelse på fremtidige valg af metode til generering data, samt analyse af denne.

Bevidsthed om projektets forforståelse er vanskelig at opnå grundet, at gruppen er ét med forforståelsen (Vallgård, Koch 2011, s. 157-161). Gennemgangen af gruppens forforståelse er derfor ikke komplet, men et produkt af det, som er synligt for projektgruppen.

Ønskes der en forståelse af det fænomen, som undersøges, skal man sættes sig ind i en andens forforståelse, situation og horisont (Vallgård, Koch 2011, s. 157-161). Gadamer argumentere for, at det "at sætte sig ind" betyder, ikke ens forståelse forsvinder, men at der derimod skabes mulighed for at en tredje forståelse kan opstå. Dette kaldes horisontsammensmeltning (Vallgård, Koch 2011, s. 163). I nærværende projekt ønskes der indsigt i, og viden om de fænomener, som er i spil i den udgående rehabiliteringsindsats for herigennem at vurdere, om indsatsen har en effekt på borgere med svær og meget svær KOL, som ikke kan deltage i vanlig rehabilitering. Dette vil foregå ved brug af interview og statistiske beregninger, hvor vores forforståelse sættes i spil og der opstår mulighed for at horisonten rykkes og at der kan opstå en tredje forståelse.

## 6.2 Effektevaluering

Som det fremgår af problemanalysen foreligger der, ifølge danske og britiske kliniske retningslinje, ingen evidens for rehabilitering, til borgere med svær og meget svær KOL, i eget hjem. Der er, i Brønderslev Kommune, gennemført en indsats til borgere med KOL som ikke er i stand til at deltage i vanlig rehabilitering, hvorfor der i praksis, hos medarbejdere og borgere, må eksistere viden og indsigt om, hvordan rehabilitering i hjemmet til borgere med svær og meget svær KOL virker. I case-beskrivelsen (jf. 4.0 Case-beskrivelse) af den udgående rehabiliteringsindsats er det ikke tydeligt, hvilke elementer i indsatsen, der skaber, hvilke effekter.

Projektet undersøger kausaliteten mellem den udgående rehabiliteringsindsats og effekterne. Her tilbyder effektevaluering et design med mulighed for, at vurdere, en aktuel indsats, i forhold til; *hvad virker, for hvem, hvorfor det virker, hvordan det virker, og hvilke mekanismer*, der er med til at skabe effekterne. På baggrund af overstående udarbejdes der, i nærværende projekt, en effektevaluering af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, idet projektet vil undersøge og systematisere viden, der eksisterer om rehabiliteringsindsatsen i Brønderslev Kommune og anvende dette til at teste kausaliteten mellem indsats og effekter. Effektevaluering vil i det følgende afsnit blive gennemgået.

### 6.2.1 Effektevaluering som design

Evaluering kan anvendes på forskellige måder og ud fra forskellige modeller afhængigt af, hvad der ønskes evalueret. (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 40-41) Evaluering defineres og anvendes, i projektet, på følgende måde:

*"[...] en systematisk, tilbageskuende (og fremadskuende) vurdering af processer, præsentationer og effekter i offentlig politik"* (Krogstrup 2007, s. 17)

Evaluering er, ifølge definitionen, en vurdering, som udføres i forbindelse med en indsats eller efterfølgende, som har fokus på de processer og effekter, som finder sted i en given offentlig indsats.

Indenfor effektevaluering forekommer to tilgange, der, overordnet, adskiller sig fra hinanden i forhold til videnskabsteoretisk tilgang og metode (Danmarks Evalueringsinstitut 2012). Den ene tilgang er den eksperimentelle, som er kendetegnet ved, at der skabes betingelser for et ræsonnement. Det vil sige, at der skal undersøges om indsatsen skaber et resultat, som ikke ville have fundet sted, hvis indsatsen ikke havde fundet sted. Denne metode indebærer anvendelse af kontrolgruppe (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 100, Danmarks Evalueringsinstitut 2012). Den anden tilgang til effektevaluering benævnes procesevaluering, som er den evalueringstilgang, der anvendes i nærværende projekt. Ideen bag procesevaluering er, at de processer og mekanismer, som skaber effekterne af en indsats er særdeles komplekse og under indflydelse af aktørernes handlemuligheder, ressourcer og forestilling om indsatsen (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 41). Denne processuelle tilgang, til at vurdere effekten af en indsats, er beskrevet af evalueringsforskerne Ray Pawson og Nick Tilley i *"Realistic evaluation"*. Deres tilgang til procesevaluering benævnes, i dansk kontekst, virkningsevaluering og er udviklet af evalueringsforskerne Peter-Dahler Larsen og Hanne Katrine Krogstrup (Danmarks Evalueringsinstitut 2012). I nærværende projekt anvendes Dahler-Larsen og Krogstrup som primær reference for virkningsevaluering, og hvor det vurderes relevant, henvises til Pawson og Tilley.

I nedenstående afsnit beskrives teorien bag virkningsevaluering med udgangspunkt i Dahler-Larsen og Krogstrups metodebeskrivelse for virkningsevaluering, hvorefter den sættes i relief til projekts case. Efterfølgende beskrives teorien bag de kontekstafhængige mekanismer, der benævnes CMO og tager udgangspunkt i Pawson og Tilleys udlægning af begrebet.

### **6.2.2 Virkningsevaluering**

Virkningsevaluering er en teori, der undersøger, hvorfor og hvordan en given indsats fungerer ud fra de forestillinger om årsagssammenhæng, som foreligger om indsatsen. For at kunne dokumentere, hvad der antages, at producere effekten er det nødvendigt, at kunne forstå og forklare, hvilke dele af en indsats, der giver effekterne, samt hvordan disse effekter afhænger af kontekstuelle forhold, netværk mellem personer og organisationer og brugernes kontekst. Disse antagelser udgør det, som kaldes en programteori. Igennem virkningsevaluering ønskes spørgsmålet; Kan programteorien bekræftes, afkræftes eller udvikles? besvaret. Programteorien har til formål at eksplicitere indsatsen, samt hjælpe til at vurdere, hvorvidt de opstillede forestillinger har en effekt, ved at analysere de enkelte led i programteorien. Virkningsevaluering kan anvendes på simpel såvel som på komplekse indsatser, og dataindsamlingsmetoden, er mangfoldig og kan indeholde kvalitative og kvantitative metoder. Virkningsevaluering har forskellige fordele, heriblandt at;

- Medvirke til at realitetsteste de forestillinger, som eksisterer omkring den givne indsats. Herigennem skabes der mulighed for, efter endt evaluering, at korrigerer fejlagtige ideer omkring indsatsen, samt korrigerer og forandre, hvor det findes relevant.
- Undersøge og udpege mulige afledte effekter af indsatsen.
- Fungere som et redskab til at opsamle og formidle viden imellem teori og praksis, samt fagpersoner og ledelse (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 51-52).

I ovenstående afsnit er Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats undersøgt og beskrevet (jf. 4.0 *Case-beskrivelse*). Denne case-beskrivelse vil senere ligge til grund for udarbejdelse af projektets programteori, hvori de forskellige forestillinger omkring årsagssammenhæng bliver ekspliciteret. Efterfølgende undersøges og evalueres programteorien, som en helhed, med nedslag på enkelte, udvalgte led i programteoriens årsagssammenhæng, for herigennem at undersøge om disse har en effekt.

Programteorien udarbejdes almindeligvis ved hjælp af syv trin (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 51-52). De tre sidste trin gennemgås dog ikke i nærværende gennemgang, da disse områder belyses separat senere i den resterende opgave. De syv trin er som følgende:

1. Stille evalueringsspørgsmål
2. Finde kilder til programteori
3. Opstille programteori
4. Gøre programteorien klar til evaluering
5. Vælge metoder (jf. 6.3 *Kvalitativ og kvantitativ metode*)
6. Indsamle data (jf. 6.3 *Kvalitativ og kvantitativ metode*)
7. Analysere og konkludere (jf. 7.0 *Analyse af resultater*, 8.0 *Diskussion* og 9.0 *Konklusion*)

#### **6.2.2.1 Stille evalueringsspørgsmål**

Første skridt hen imod udarbejdelse af programteorien er at afgrænse indsatsen i tid og sted. Dette gøres for at sikre, at indsatsen ikke har skiftet karakter i løbet af tidsperioden, samt sikre at der ikke er flere variationer af indsatsen afhængig af, hvilket stedet indsatsen er anvendt (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 53-54). Som beskrevet i ovenstående case-beskrivelse (jf. 4.0 *Case-beskrivelse*) ses det, at indsatsen ikke har ændret sit overordnede sit overordnet mål, om at flere borgere skal ind på vanlig rehabilitering, eller opbygningen igennem tidsperioden. Dog skal det understreges, at indsatsen beskriver forskellige formål, som varierer i de enkelte dokumenter. Ligeledes har indsatsen talrige afledte effekter. Det udgående rehabiliteringstilbud har igennem hele tidsperioden tilhørt Brønderslev kommunes (Bilag 1,2,3)

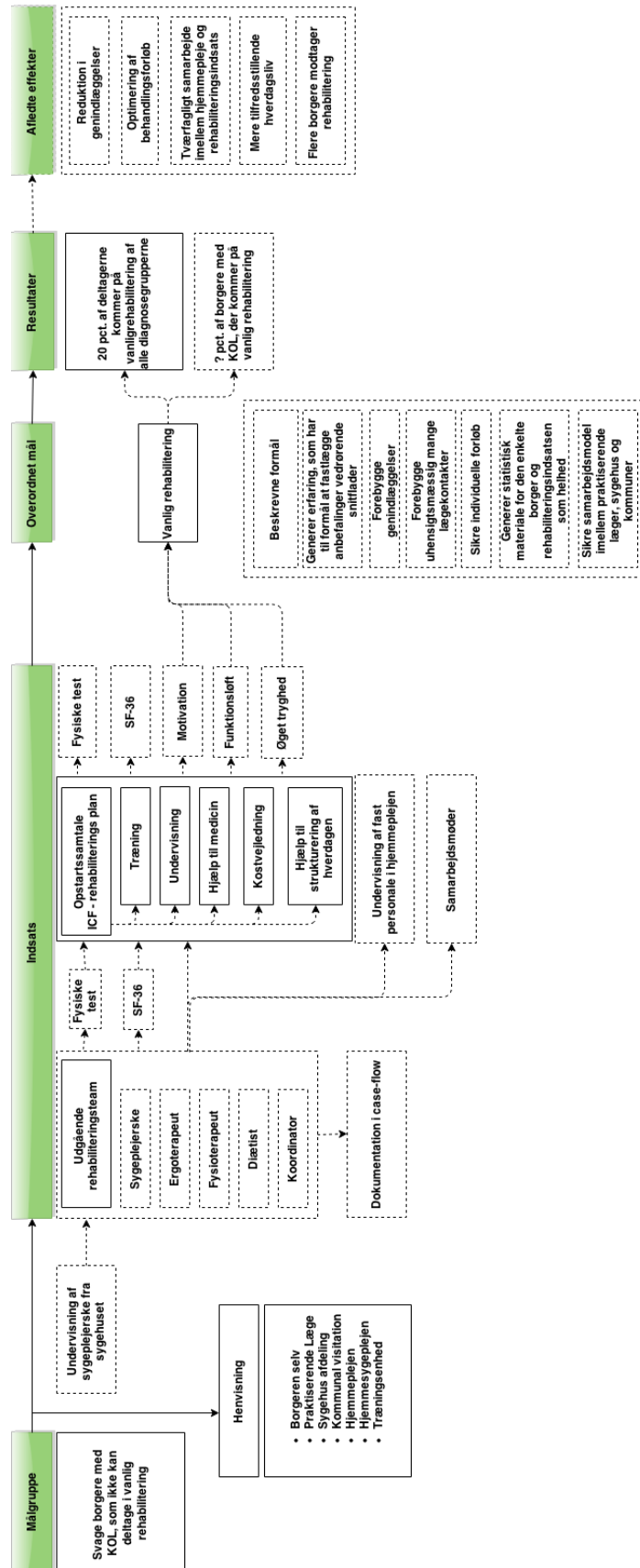
Evalueringsspørgsmålet undersøger, hvorvidt en indsats af en bestemt type eventuelt har virket, på hvilken måde, under hvilke betingelser. Formålet er at identificere hvilken eller hvilke virksomme elementer, som er i indsatsen (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 53-54). I nærværende projekt side-stilles evalueringsspørgsmålet med projektets problemformulering (jf. 3.0 *Problemformulering*), da denne, på samme vis som evalueringsspørgsmålet, har til formål at undersøge, hvordan indsatsen virker og på hvilken måde.

#### **6.2.2.2 Finde kilder til at opstille programteori**

Programteorien består af en grundig gennemgang af forskellige kilder, som kan belyse hvordan og hvorfor en indsats kan tænkes at fungere. Disse kilder kan blandt andet bestå af officielle politiske dokumenter, udsagn fra politikere, faglig teori, andre evalueringer, undersøgelser eller rapport, observationer, samt de fagprofessionelles og borgernes oplevelser og erfaringer. (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 54) Anvendelsen af officielle dokumenter kan i nogle tilfælde være påført bemærkninger, hvor af nye forestillinger kan uddrages. Dog kan officielle dokumenter ikke alene udtrække nogen klar programteori. Rapporter, tidligere evalueringer og undersøgelser anvendes til at begrunde de forskellige forestillinger om, hvad der kan have en effekt og hvad der ikke kan. (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 55-66) I nærværende projekt anvendes officielle dokumenter fra Brønderslev Kommune, herunder ansøgninger om tilskud slutrapporter, samt tematisk evaluering, som datakilder til, at identificere forskellige forestillinger og virksomme elementer og herigennem konstruere den indledende programteori.

#### **6.2.2.3 Opstille programteori**

Programteorien kan opstilles ved brug af flowchart. Ved anvendelse af flowchart udarbejdes en grafisk fremstilling af programteorien ved hjælp af kasser og pile (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 60-65). Via den opstillede programteori synliggøres vejen fra indsats til effekt og igennem indsamlet data bliver det vurderet, om det er sandsynligt at programteorien følger de opstillede led (Danmarks Evalueringsinstitut 2012). I nedenstående figur 4 præsenteres projektets programteori for Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats:



Figur 4: Programteori af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats



Projektets indledende programteori er, som illustreret på figur 4, kompleks og indeholder mange årsagssammenhænge, formål og afledte effekter, hvorfor det er nødvendigt at koncentrere sig om del-elementer i indsatsen. Grundet ressourcer, som er til rådighed, i forhold til samarbejdet med Brønderslev Kommune, projektgruppens tids- og ressourcemæssige ramme, samt gruppens sundhedssyn er det valgt at undersøge udvalgte led i programteorien, som evalueres og undersøges nærmere. Argumentation for udvalgte led, beskrives i følgende afsnit.

#### **6.2.2.4 Gøre programteorien klar til evaluering**

Der udvælges tre led i programteorien, som undersøges nærmere, som er følgende:

- Det undersøges, hvorvidt der er en kausal sammenhæng imellem deltagelse i rehabilitering i eget hjem og efterfølgende deltagelse i vanlig rehabilitering. Derudover undersøges, hvilke elementer i indsatsen, som har, hvis det forholder sig således, medført at borgere med svær og meget svær KOL er kommet på vanlig rehabilitering. Begrundelsen for dette nedslag er, at der i de danske retningslinjer beskrives, at styrketræning skal tilbydes borgere, som ikke kan deltage på vanlig rehabilitering. I britiske retningslinjer beskrives, at fysisk aktivitet ikke har en effekt til hjemmebundne borgere med en MRC på 5. Brønderslev Kommune tilbyder, ud over træning, opstartssamtaler, undervisning, kostvejledning og hjælp til at strukturere hverdagen uafhængigt af borgernes MRC og FEV<sup>1</sup>, hvilket ikke er undersøgt i de førnævnte retningslinjer. Som metode til at undersøge dette, anvendes gennemgang af borgerjournaler, samt kvalitative interviews med borgerne og lederen.
- Det undersøges, hvorvidt der er en kausal sammenhæng imellem deltagelse i rehabilitering, i eget hjem, og en bedre subjektiv vurdering af eget helbred. Begrundelse for dette nedslag er, at der er usikkerhed omkring borgerens vurdering af eget helbred på baggrund af indsatsen grundet de manglende SF-36 målinger. Fra indsatsens start, har der været en intention om, at borgernes SF-36 skulle måles før og efter endt rehabilitering. Dette blev ved intentionen, hvorfor det ikke vides, hvorvidt borgerne har opnået et bedre helbred af hjemmerehabilitering. I projektets problemanalyse (jf. 2.6 *Rehabilitering af borgere med KOL*) beskrives det, at rehabilitering generelt styrker borgerens livskvalitet, hvilket understøtter relevansen af, at beskæftige sig med dette område.

Som metode til at undersøge dette, anvendes kvalitative interviews med borgerne og efterfølgende analyse ved hjælp af Antonovskys teori "*Oplevelse af sammenhæng*". Borgerne har primært kendskab til, hvordan indsatsen påvirker deres liv og deres information kan bidrage til en forståelse af årsagssammenhæng (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 56-59).

- Ved gennemgang af dokumenterne til udarbejdelse af programteorien blev projektgruppen opmærksom på de mange formål, som er opstillet, hvilket har medført en underen med hensyn til, hvorvidt alle disse formål kan eller skal opfyldes. Igennem interview med lederen af indsatsen, undersøges, hvorvidt det er realistisk, at de opstillede formål opfyldes, samt hvad disse formål bidrager med. Interviewet vil efterfølgende blive analyseret ved hjælp af Jacobsen og Thorsvik beskrivelse af målopfyldelse, samt Dorans teori omhandlende S.M.A.R.T.- modellen.

### 6.2.3 Kontekst-Mekanismer-Outcome

Et centralt element i virkningsevaluering er, at effekterne, af en indsats, vil være afhængige af den aktuelle kontekst. Der vil, i den konkrete kontekst, eksistere mekanismer, der er afgørende for at indsatsen har effekt (Pawson, Tilley 1997, s. 72). Derfor er det væsentlig i evalueringen af den udgående rehabiliteringsindsats at undersøge, hvilke faktorer i konteksten, der har indflydelse på effekten af tilbuddet.

Indenfor den processuelle tilgang, som virkningsevaluering tilhører, er det en antagelse, at effekterne af en indsats er under indflydelse af den aktuelle kontekst, idet der i konteksten forefindes mekanismer, der udløses i nogle kontekster og ikke i andre (Danmarks Evalueringsinstitut 2012). Når man evaluerer en indsats effekter, skal det undersøges, hvad der i indsatsen virker for, hvem og under hvilke forhold de virker (Pawson, Tilley 1997, s. 72). Ifølge Pawson og Tilley vil forklaringer til dette forefindes omkring tre vigtige bestanddele; *Context*, *Mechanism* og *Outcome*, også kaldet CMO-konfigurationer, som i projektets evaluering identificeres og formuleres (Pawson, Tilley 1997, s. 77). Følgende afsnit tager udgangspunkt i Pawson og Tilleys beskrivelse af de tre bestanddele, idet de beskriver denne model fyldestgørende.

Programteorien er en forudsætning for evaluering, og programteorien vil indeholde CMO-konfigurationer. Det betyder at den realistiske evaluering (på dansk virkningsevaluering) baseres på at en indsat har positiv effekt (O / outcome), hvis der introduceres de rette muligheder og idéer (M / mekanisme) til grupper med passende sociale og kulturelle forudsætninger (C / Context) (Pawson, Tilley 1997, s. 57). Kausalitet bliver derfor også til et spørgsmål om et indre potentiale af et system, der kan blive aktiveret under de rette omstændigheder (Pawson, Tilley 1997, s. 57). Dette kan for den udgående rehabiliteringsindsats illustreres på følgende måde;



Figur 5: Kausalitet i evaluering af Udgående rehabiliteringsteam.

Outcome er effekten af indsatsen. Konteksten beskriver Pawson og Tilley som vigtig til, at forklare den kausale mekanisme. Det skyldes at en indsats altid vil blive indført i en allerede eksisterende kontekst, hvor eksisterende værdier, spilleregler og indbyrdes forhold kan have indflydelse på indsatsens mekanismer (Pawson, Tilley 1997, s. 70). Konteksten bliver derfor de ydre rammer som indsatsen skal implementeres i og den vil have betydelig indflydelse på, hvilke muligheder og begrænsninger der er, for gennemførelse af indsatsen.

Mekanismerne er ifølge Pawson og Tilley med til at forklare, hvad der får ting til at virke under det observerbare (Pawson, Tilley 1997, s. 65). Mekanismer handler om, hvorvidt personlige valg og egenskaber bliver muliggjort at anvende i den aktuelle praksis. At identificere mekanismer er et forsøg på, at undersøge hvad der i en indsats udløser en reaktion fra individet. Som eksempel her på nævner Pawson og Tilley gensidig tillid (Pawson, Tilley 1997, s. 66). Ved at inddrage mekanismer i sin evaluering vil man inddrage forskellige lag i sin forklaring på kausalitet (Pawson, Tilley 1997, s. 67).

Det er ifølge Pawson og Tilley ikke indsatsen i sig selv der afstedkommer virkning, den vil være modificeret af kontekster og mekanismer, hvilket de udtrykker med følgende; *Context + Mechanism = Outcome*. CMO benyttes dermed til at forklare *hvorfor* den forventede sammenhæng og kausalitet i den aktuelle indsats eksisterer (Pawson, Tilley 1997, s. 58).

Via projektets analyse vil det undersøges, hvorvidt og hvilke CMO-konfigurationer, der i den udgående rehabiliteringsindsats, kan have indflydelse på de udvalgte led i programteorien og dermed på effekten af indsatsen.

### 6.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

I følgende afsnit præsenteres projektets metodiske fremgangsmåde på henholdsvis det kvalitative og det kvantitative område. Opdelingen skyldes, at hver metode har sit eget sæt af kvalitetskriterier, etiske overvejelser og metoder til indsamling og bearbejdning af data. Indledningsvis præsenteres og gennemgås den kvalitative metode efterfulgt af den kvantitative metode.

### 6.3.1 Kvalitativ metode

Det kvalitative afsnit er inddelt i tre overordnede områder. Først præsenteres kvalitetskriterier og etiske overvejelser for projektet. Efterfølgende redegøres for de metodiske valg, der er truffet for interview med borgerne. Derefter redegøres for de metodiske valg, der er foretaget for interview med ledelsen. Sidst i kapitlet præsenteres metodevalg for pilottest, transskribering, samt analysestrategi. Disse metodevalg er fælles for interview med borger og ledelse.

#### 6.3.1.1 Kvalitative kvalitetskriterier

Der er, i litteraturen, ikke enighed om kvalitetskriterier for kvalitative studier (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 489). Til vurdering af kvaliteten af projektets kvalitative datagenerering tages der udgangspunkt i Brinkmann og Tanggaards syv kvalitetskriterier i kvalitativ forskning. Følgende afsnit vil belyse disse kvalitetskriterier, samt hvorledes de efterkommes i projektet (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 489-499). De syv kvalitetskriterier er samlet i nedenstående begreber;

- Et afgørende kvalitetskriterium er *transparens* som skal afføde, at projektet er gennemsigtigt i forhold til antagelser og metodologi (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 491-493). Dette søges efterkommet ved at redegøre for projektets antagelser og metode.
- *Gyldighed* er et kvalitetskriterium, der ønskes efterkommet i projektet ved at data er forankret i eksempler således analyse og konklusion bliver empirinære. Desuden bliver gennemlæsning af transskription og analysen af interviewene foretaget af alle medlemmer i projektgruppen. Derudover søges troværdigheden af undersøgelsen kontrolleret ved hjælp af systematisk litteratursøgning for derved at være opmærksom på stor diskrepans indenfor området (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 492-495).
- *Genkendelighed* tilstræbes i projektet ved undersøge og beskrive problemfeltet og dennes kontekst omhyggeligt, samt redegøre for projektets begrænsninger.

Ovenstående kvalitetsbegreber vil (jf. 8.2 *Metodediskussion*) blive anvendt til at vurdere validiteten af projektets kvalitative metode.

#### 6.3.1.2 Etik

Følgende afsnit vil belyse, de etiske refleksioner projektgruppen har forud for interviewundersøgelsen, og hvorledes disse refleksioner anvendes i forhold til at træffe specifikke etiske beslutninger i interviewundersøgelsen med borgerne og ledelse. Etiske problemstillinger, der er forbundet med interview, kan i forskningsmæssige sammenhænge, inddeles i mikroetik og makroetik. De makroetiske problemstillinger knytter sig til, hvorledes interviewproduceret viden har samfundsmæssige virkninger. De mikroetiske problemstillinger, som dette projekt vil afgrænse sig til, handler om at tage vare på de

informanter, der umiddelbart er en del af projektet (Kvale, Brinkmann 2009, s. 79, Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 439).

Fundamentet, for projektets tilgang til at anvende det kvalitative forskningsinterview, er baseret på bevidstheden om, at interviewet er en samtale mellem interviewer og informanten (Vallgård, Koch 2011, s. 62). Interviewet med borgerne vil foregå gennem menneskelige relationer, hvor interaktionen er afgørende for den viden, der generes til projektet, men i interviewsituationen ligger implicit en asymmetrisk magtrelation (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 33, Kvale, Brinkmann 2009, s. 95). Projektgruppen, er som interviewer, positioneret stærkest, idet interviewer er styrende for, hvilke emner, der skal berøres, samt ikke selv bidrager med private forhold. Projektgruppen er ansvarlig for at interviewet gennemføres etisk forsvarligt. Det stiller krav til at interviewer, i interviewsituationen, kan udøve et situeret skøn, for derigennem at erkende og reagere på det, der opleves vigtigst i interviewsituationen. Med baggrund i disse etiske overvejelser vil interviewer tage ansvar for, at gennemføre interviewet under hensyntagen til informantens helbredstilstand og eventuelle emner informanten ikke ønsker berørt (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 441-442, Kvale, Brinkmann 2009, s. 79-85). Desuden har projektgruppen valgt, grundet projektgruppen sparsomme erfaring i at udføre kvalitative interviews, deltagelse af interviewer og observatør, således at der kan skabes rum for skærpet opmærksomhed.

En etisk problematik, i projektet, er forbundet med, at projektgruppen udforsker dele af borgernes private liv og ligger beskrivelserne offentlig frem. Denne problematik efterkommes i projektet ved at sikre informanternes anonymitet i projektet og private data, der kan afsløre informanten vil ikke angives. Derudover er det tydeliggjort for informanterne, at projektgruppen har tavshedspligt og lydfilerne destrueres efter projektperioden (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 439). Via skriftlig informeret samtykke er alle involverede informanter, informeret om projektets formål, frivillig deltagelse, samt muligheden for at trække sig fra undersøgelsen. Denne information følges op i interviewsituationen i briefing (Bilag 5) (Kvale, Brinkmann 2009, s. 89).

### **6.3.2 Kvalitative interviews til borgerne**

I følgende afsnit beskrives, hvorledes det kvalitative interview, med borgerne, er planlagt gennemført. Dette, for at skabe transparens i projektets valg af metode i relation til rekruttering af informanter, valg af interviewmetode, samt udformning af interviewguide.

Med udgangspunkt i projektets problemformulering undersøges det, hvorvidt rehabilitering fra Brønderslev Kommunes udgående team påvirker borgerens vurdering af eget helbred. Dette med baggrund i, at den indledende programteori synliggør, at Brønderslev Kommune havde en oplevelse af at borgeren oplevede højere funktionsløft og øget tryk ved at modtage hjemmehabilitering. Brønderslev

Kommune havde intentioner om at evaluere effekten af rehabiliteringsindsatsen til borgere, med svær og meget svær KOL, ved hjælp af spørgeskemaet SF-36, hvilket kunne have givet informationer om borgerens selvvaluerede helbred før og efter indsatsen. Det vurderes derfor relevant, at undersøge om der er kausalitet mellem modtagelse af hjemmehabiliteringsindsats og borgerens vurdering af eget helbred. Med baggrund i dette ønskes der viden om den forandringsproces borgerne har gennemgået i forløbet gennem rehabiliteringen, samt undersøge, hvorvidt de enkelte elementer i rehabiliteringsindsatsen har indflydelse på borgerens vurdering af eget helbred. Til dette vurderes det velegnet at anvende kvalitative interviews, idet det giver mulighed for, at opnå viden om borgerens egen forståelse og oplevelse af rehabiliteringsindsatsens indflydelse på eget helbred. (Vallgård, Koch 2011, s. 61) Desuden kan viden om borgere med svær og meget svær KOL, oplevelse af hjemmehabilitering bidrage med ny viden, til at vurdere effekten af hjemmehabilitering.

### 6.3.2.1 Rekruttering og udvælgelse af informanter

Projektgruppen ønskede informanter med svær og meget svær KOL, der har deltaget i Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Den indledende kontakt, til projektets informanter, er foretaget via lederen af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringstilbud. Lederen af rehabiliteringstilbuddet uddelegerede rekruttering af informanter til medarbejder. Medarbejderne udvælger informanter, ud fra en vurdering af, hvilke borgere, der evner at skille indsatserne ad, idet de fleste borgere modtager flere indsatser. Medarbejderen har mundtligt orienteret om projektet og forespurgt om deltagelse. Efterfølgende har projektgruppen telefonisk kontaktet de udvalgte borgere og sendt informationsbrev og samtykkeerklæring til informanterne (Bilag 5, 6). (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 142) Nedslående tabel illustrerer baggrundsinformationer for informanterne.

Informant	Køn	Alder	Deltaget i vanlig Rehabilitering	FEV <sup>1</sup>
1	Mand	60 år	Nej	32 pct. (svær KOL)
2	Mand	71 år	Nej	29 pct. (meget svær KOL)
3	Kvinde	54 år	Ja	26 pct. (meget svær KOL)

Tabel 2: Baggrundsdata for informanter

Som tabellen illustrerer, er antallet af informanter fastlagt til tre. Dette skyldes en kombination af tid og ressource, der er til rådighed for projektet, samt projektets mulighed for rekruttering af informanter via samarbejde med praksis.

Tidspunkt for interview er aftalt individuelt med borgerne, således at der tages hensyn til borgerens ønsker og helbredstilstand. Interviewets varighed er fastsat til 30-45 minutter. Interviewet foregår i borgernes eget hjem, grundet eventuelt besværet helbredstilstand, samt at borgeren kan føle sig trygge.

### **6.3.2.2 Valg af interviewmetode**

Som metode, til at gennemfører interviewet, anvendes semistruktureret interview. Dette er valgt med baggrund i, at interviewet har udvalgt og fastlagt emner på forhånd, der belyses (Vallgård, Koch 2011, s. 62). De fastlagte emner er udvalgt med baggrund i udvalgte led i programteorien, som er; en vurdering af rehabiliteringsindsatsens enkelte elementer, i forhold til den enkelte borgers mulighed for, at deltage i vanlig rehabilitering, samt nedslag om vurdering af borgerens eget helbred i forbindelse med den udgående rehabiliteringsindsats. Til belysning af dette, anvendes Antonovskys teori "*Oplevelse af sammenhæng*" til at generere temaer, hvorfra der udarbejdes spørgsmål, der kan give viden om borgerens oplevelse af eget helbred. Denne tilgang, til udarbejdes af interviewguide, giver en deduktiv tilgang til generering af data, idet der anvendes "ovenfra" genererede kategorier (jf. figur 6 *operationalisering*) (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 497). Denne tilgang, til interview, er i tråd med projektets hermeneutiske positionering, idet interviewene udarbejdes og gennemføres med baggrund i viden om emnet, programteori og teorivalg. Det er med forforståelse fra disse områder at projektgruppen foretager interview (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 37).

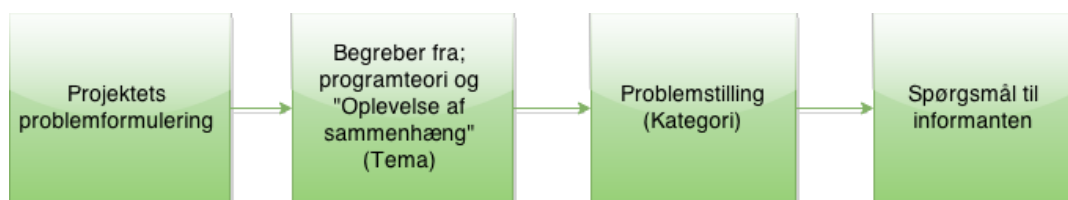
Formålet med at anvende semistruktureret interviews til borgerne, er at det er relevant, at informanten kan tale frit, indenfor afgrænsede temaer. Derved fremkommer der data om informantens egen oplevelse, vurdering og forståelse af at være modtager af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Desuden giver den semistrukturerede interviewmetode mulighed for at spørge yderligere ind til det informantens fortæller, hvilket er relevant for at få de oplysninger af informanten, der ønskes viden om. I interviewet ønskes indsigt i fastlagte emner, hvorfor det semistrukturerede interview velvalgt, da det giver interviewerens ansvaret for, at alle emner bliver belyst, under hensyntagen til det omfang det er muligt for informanten (Vallgård, Koch 2011, s. 62). De fastlagte spørgsmål er styrende for interviewet, der er dog opmærksomhed på, at afvigelse fra interviewguiden kan være vigtig. Hvis interviewsituationen kræver, at et spor forfølges vil interviewguiden skubbes i baggrunden, idet der kan ligge vigtig viden i at forfølge informantens fortælling (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 38).

Interview med borgerne gennemføres som individuelle interviews. Dette er valgt med baggrund i, at den udgående rehabiliteringsindsats til borgere KOL, som ikke kan deltage i vanlig rehabilitering, er individuelt planlagt ud fra borgernes egne behov og ønsker, og der søges viden om den enkelte borgers forløb og oplevelse af rehabiliteringstilbuddet. Der udover kan der være private emner, informanten ikke ønsker at tale om, hvis der er andre tilstede. (Vallgård, Koch 2011, s. 63)

Der er i projektet valgt, at der til hvert interview af borgerne deltager én interviewer og en observatør, således informanten ikke oplever sig "erobret" af for mange interviewere, samt at informanten har størstedelen af taletiden (Vallgård, Koch 2011, s. 64). Der er valgt deltagelse af observatør, grundet projektgruppens sparsomme erfaring i gennemførelse af interview. Observatørens primære opgaver er, at hjælpe til med opsamling indenfor hvert tema, have fokus på tid og supplere interviewer, hvis dette vurderes nødvendigt. Denne støtte til interviewer giver mulighed for at forfølge informantens fortælling.

### 6.3.2.3 Interviewguide

Interviewet gennemføres på basis af en interviewguide (Bilag 7). Interviewguiden er udarbejdet, deduktivt, med baggrund i de fastlagte temaer og kategorier, der ønskes belyst i interviewet. Interviewguiden er operationaliseret i fire dele med udgangspunkt i projektets problemformulering. Dette illustreres i nedenstående figur.



Figur 6: Operationaliseringsproces for interviewguide til borgere

Figuren illustrerer interviewguidens opbygning. Interviewguiden er udformet med baggrund i projektets problemformulering. Ud fra problemformuleringen er der via udvalgte led i programteorien og teorien "*Oplevelse af sammenhæng*" valgt centrale begreber. Ud fra begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, samt nedslag i programteorien er der lavet en begrebsmæssig oversættelse, således at begreberne anvendes til at udarbejde problematikker. Disse problematikker anvendes til at udarbejde konkrete spørgsmål, der benyttes til at indsamle empiri i forhold til borgere med svær og meget svær KOL i Brønderslev Kommune (Kvale, Brinkmann 2009, s. 127, Launsø, Rieper et al. 2011, s. 141). I interviewet indgår post- it sedler, når der spørges ind til den udgående rehabiliteringsindsats' elementer, samt afledte effekter, for herigennem at skabe overblik for informanten.



Interviewguiden er inddelt i tre faser. I den første fase, *briefing*, informeres informanten om det forestående interview, samtykkeerklæringen gennemgås og eventuelle spørgsmål besvares. *Hovedfasen* i interviewet er fokuseret på at producere viden om de konkrete temaer, der er forberedt. I den afsluttende fase følges op med *debriefing*. Der afsluttes med generelle spørgsmål i forhold til den udgående rehabiliteringsindsats, således at der inddrages informationer på informantens præmisser. Dette giver mulighed for, at informanten kan bidrage med viden som projektgruppen ikke har været opmærksomme på. Desuden spørges ind til informantens oplevelse af interview, samt afklaring om, hvorvidt der ønskes kopi af projektet (Kvale, Brinkmann 2009, s. 149, Launsø, Rieper et al. 2011, s. 143-147).

### **6.3.3 Kvalitativt interview med ledelsen**

I følgende afsnit redegøres for metodevalg i relation til interview af lederen og to bisidder. Der vil, i dette afsnit, være sammenfald med metodevalg for borgerne, hvorfor der, hvor dette er aktuelt, henføres dertil.

Med baggrund i projektets problemformulering undersøges, hvorledes de identificerede formål, mål og afledte effekter har indflydelse på rehabiliteringsindsatsen. Den indledende programteori synliggør, at den udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, som ikke kan deltage i vanlig rehabilitering, indeholder adskillige formål. Det undersøges, hvorvidt de adskillige formål har indflydelse på muligheden for, at vurdere rehabiliteringsindsatsens effekt og dermed den opstillede kausalitet i programteorien. Til undersøgelse af dette anvendes kvalitativt interview, idet det giver mulighed for at få ledelsen oplevelse og forståelse af sammenhæng i indsatsen i forhold til formål og mål, hvilke formål og/eller mål de vurderer indsatsen på, samt hvorledes de planlægger at opfylde de beskrevne formål og mål. (Vallgård, Koch 2011, s. 61)

#### **6.3.3.1 Rekruttering og valg af informant**

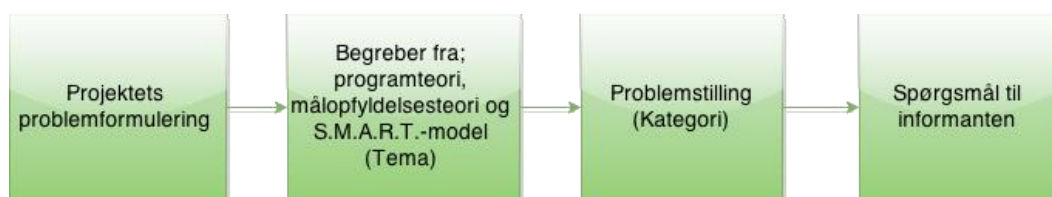
Projektgruppen har fra nærværende projekts start haft kontakt til afdelingslederen. Afdelingslederen har haft ansvar for den udgående rehabiliteringsindsats til borgere med KOL siden 2012. Afdelingslederen er udvalgt som informant, idet hun vurderes til, at være nøgleperson for rehabiliteringsindsatsen for derved at bidrage med viden om indsatsens mål og formål. Tidspunktet for interviewet er tilpasset afdelingslederens ønske, og interview er fortaget på denne arbejdsplads. Der er tilsendt informationsbrev og samtykkeerklæring forud for interview. Idet afdelingslederen ikke har været leder under projektperioden, foreslår denne, at to medarbejdere fra udgående rehabiliteringsteam deltager i interview som bisidder. En sygeplejerske og en fysioterapeut, der begge har været tilknyttet udgående rehabiliteringsteam fra projektstart. Projektgruppen vurderer dette relevant for, idet disse medarbejdere kan bidrage med relevant viden for projektet.

### 6.3.3.2 Valg af interviewmetode

Valg af interviewmetode, med lederen, er sammenfaldende med metodevalg i borgerne. Det gennemføres som semistruktureret individuelt interview (jf. 6.3.2.2 *Valg af interviewmetode*). De fastlagte temaer, i interviewet, vil adskille sig på valg af nedslag i programteori, samt teorivalg, som vil omhandle indsatsen mål og formål. I projektprocessen foretages der ændring i antal af informanter, således der indgår tre personer i ledelsesinterviewet (jf. 6.3.3.1 *Rekruttering og valg af informant*) Trods denne ændring fastholdes interviewmetoden. Dette håndteres ved, at interviewet fortsat gennemføres som enkeltinterview, der rettes mod lederen og de to medarbejdere supplerer med information.

### 6.3.3.3 Interviewguide

Interviewguiden er operationaliseret og udarbejdet ud fra samme metode som til borgerne (jf. 6.3.2.3 *Interviewguide*). Interviewguiden til lederen indeholder tema om programteori, men adskiller sig med hensyn til teorivalg (jf. figur 7) (Bilag 8). Desuden beskrives, i *briefing*, hvorledes interviewet skal foregå på baggrund af ændring i antal af informanter.



Figur 7: Operationaliseringsproces for interviewguide til lederen.

### 6.3.4 Fælles for interviews

I de følgende afsnit beskrives metoden for pilottest, transskribering af interviews og analyse heraf, som er fælles for de interviews med borgere og leder.

#### 6.3.4.1 Pilottest

Interviewguide valideres gennem pilottestning på projektgruppens medlemmer, idet det ikke har været muligt at teste på personer, der opfylder de samme udvælgelseskriterier som informanterne. Dette udføres med henblik på at efterprøve om spørgsmål og nøglebegreber forstås ens af informant og interviewer (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 142). Desuden er interviewguiden testet med henblik på, at øve sig på spørgsmål og overblik i forhold til interview. På baggrund af dette blev interviewguiden justeret.

#### 6.3.4.2 Optagelse og transskribering

Interviewet er optaget digitalt ved brug af to smartphones med lydprogrammet Smart Voice Recorder. Interviewet er optaget på to medier for at sikre lyd-mæssig rækkevidde. Lydoptagelserne er efterfølgende overført til computer og lyd-filerne blev efterfølgende transskriberet ved hjælp af programmet

Soundscriber. Ved transskription foregår den første datareduktion og fortolkningsmæssige proces af interviewet (Vallgård, Koch 2011, s. 77). For at reducere fortolkningsmæssige problemer er der foretaget fuld udskrivning af optagelserne ud fra udarbejdede retningslinjer (Vallgård, Koch 2011, s. 77) (Bilag 9).

#### **6.3.4.3 Analysemetode af kvalitative interview**

Projektets videnskabsteoretiske grundidé bygger på hermeneutikken, hvorfor projektets analyse vil afspejle dette. Dette betyder, at projektets faglige forforståelse (jf. 6.1 Sundhedssyn og 6.1.2.1 Hermeneutikken) bringes ind i analysen af interview af borgere og lederne, samt bisidderne. I følgende afsnit beskrives de fire trin i den hermeneutiske analysemetode, der anvendes for de fire kvalitative interviews. I den hermeneutiske analyseproces trin et til tre foretages der en dekontekstualisering, hvor materialet vil blive skilt af og separeret fra konteksten. I trin fire foregår der rekontekstualisering, hvor materialet igen bliver sat sammen, dog på en ny måde, hvor teori, analyse og fortolkning indgår. I det følgende gennemgås de fire trin:

- **Første trin: Helhedsindtryk**

Det første trin omhandler skabelse af et helhedsindtryk. Dette sker via gennemlæsning af alle interviewene (Vallgård, Koch 2011, s. 176). I nærværende projekt gennemlæser alle gruppens medlemmer samtlige transskriptioner.

- **Andet trin: Meningsbærende enheder identificeres**

I det andet trin sker der en meningskategorisering, hvor materialet opdeles i kategorier og temaer (Bilag 10, 11). Interviewmaterialet indeholder ofte en del udtalelser, som ikke er relevant for problemformuleringen, hvorfor reducere og strukturere ud fra temaer og kategorier er nødvendigt. Kategorierne er her tildelt koder (Vallgård, Koch 2011, s. 176).

I nærværende projekt udarbejdes meningskategoriseringen ud fra Tove Thagaards temacentrede metodiske tilgang. Den temacentrede metodiske tilgang anvender redskabet matrice, hvor ko- deord og begreber, som er knyttet til den enkelte kategori, henviser til det tema, kategorien omhandler. Datamateriale, fra de tre informanter, vil sammenlignes på tværs under hvert tema i matricen. For at opretholde sammenhæng i analysen vil tekstudsnit fra hvert enkelt informant anvendes under, det tema, det indgår i og der vil fokuseres på sammenhængen mellem de enkelte temaer (Bilag 12, 13). Interviewet med lederen og bisidderne kategoriseres og tematisere separat fra interview med borgerne, men efter samme metode (Thagaard 2004, s. 158-161).

- **Tredje trin: Operationalisering**

Dette trin består af en operationalisering af kategorierne grundet at der ofte utallige kategorier, som overlapper hinanden (Vallgård, Koch 2011, s. 176). I nærværende projekt er kategorierne

inddelt efter projektets interviewguide, hvorfor der ikke foreligger utallige kategorier omhandlende det samme tema.

- **Fjerde trin: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning**

I den hermeneutiske analyse og fortolkning foregår rekontekstualisering igennem en bred referenceramme, hvor det fænomen, som undersøges, sættes i relief, til den kontekst fænomenet befinder sig i, eller i relief til den teori, som anvendes (Vallgård, Koch 2011, s. 176). I nærværende projekt inddeles analysen i to faser, hvor den første del, matricen, er beskrivende og skaber oversigt i empirien (Bilag 12, 13). Den anden fase er den tolkende, hvor den indledende formodning af kausalitet i programteorien undersøges, samt borgeres vurdering af eget helbred ud fra Antonovskys teori "*Oplevelse af sammenhæng*" og Jacobsen og Thorsviks teori om målopfyldelse, samt Dorans teori omhandlende S.M.A.R.T. (jf. 7.0 *Analyse af resultater*). Empirien fra de tre borgere og empirien fra interview med lederen analyseres i to separate afsnit, grundet det differentierede problemfelt.

## 6.4 Kvantitativ metode

I følgende afsnit præsenteres den kvantitative metode. Først i afsnittet belyses de kvantitative kvalitetskrav. Desuden belyses de etiske overvejelser i forbindelse med anvendelse af borgerjournaler. Efterfølgende beskrives det, hvordan borgerjournalerne vil blive anvendt, samt hvilke analyser, der udføres.

### 6.4.1 Kvalitetskriterier ved kvantitativ metode

Den forklarende forskningstype stiller kernespørgsmål: Hvilke X er årsag til Y". Sagt med andre ord, at forklare årsagssammenhæng imellem indsats og effekt (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 16). Sættes det i relief til projektets kvantitative metode, undersøges det, hvilke af de forskellige elementer, som tilbydes via den udgående rehabiliteringsindsats, som kan have en indvirkning på muligheden på af komme på vanlig rehabilitering. Der anvendes, i nærværende kvantitativ analyse, derfor kvalitetskriterier for den forklarende forskningstype. Kvalitetskriterierne er, som følgende:

- *Validitet* henviser til, at der måles det, der er tilsigtede.
- *Reliabilitet*, henviser til at det, der måles, kan måles af andre forskere og få det samme resultat. Reproducerbarheden er derfor et centralt punkt indenfor den kvantitative forskning.
- *Præcision* opnås igennem sikringen af, at det der måles, måles i relevante enheder, som passer til den pågældende undersøgelse.
- *Generaliserbarhed* henviser til den statistisk generaliserbarhed, der opnås ved at udtrække en tilfældig stikprøve. Dette betyder, at alle har lige stor sandsynlighed for at deltage, og deltagerne bliver derfor repræsentative for den generelle befolkning

- *Prædiktation* henvises der til, hvorvidt årsagssammenhæng er sandsynligt, hvilket kan være en svær opgave. (Launsø, Rieper et al. 2011, s. 14-23)

De ovenstående kvalitetskrav vil blive anvendt og diskuteret til vurdering af projekts resultater fra den statistiske analyse (jf. 8.2.5.1 *Kvantitativ metode*).

#### 6.4.2 Ethiske overvejelser

I borgerjournalerne er borgernes personlige oplysninger og CPR-nummer tilgængelige. Lederen tog derfor, i forbindelse med forespørgslen af udlevering af journaler til projektgruppen, kontakt til kommunens egen juridiske afdeling. Juridisk afdelingen vurderer, at journalerne gerne må udleveres, i anonymiserede form, til gruppens medlemmer (Bilag 4). Til trods, for anonymiseringen, kan journalerne forsat indeholde personfølsomme oplysninger omkring deres person og sygdom. Der tages derfor udgangspunkt i datatilsynet "*Grundlæggende krav til databehandling*" og Persondataloven, for herigennem at sikre, at projektgruppen behandler de data, der udleveres, så korrekt som muligt (Datatilsynet 2015, Retsinformation.dk). Disse råd og vedtægter spænder bredt, hvorfor der kun tages udgangspunkt i de råd og regler, som har relevans for dette projekt. De råd og vedtægter er som følgende:

- Behandlingen af oplysninger kan, ifølge personloven § 5 stk. 7, ske når, en tredjemand, har en berettiget interesse. Nærværende projekt har berettiget interesse, da der undersøges effekt af den udgående rehabiliteringsindsats.
- Oplysninger skal behandles i overensstemmelse med god databehandlingsskik. I personloven § 5 stk. 2 beskrives det, at data skal anvendes til det formål, som er beskrevet. I nærværende projekt anvendes journaler udelukkende til at undersøge den kausale sammenhæng imellem modtagelse af de forskellige elementer i den udgående rehabiliteringsindsats og deltagelse i vanlig rehabilitering. Journalerne vil ikke blive anvendt til andre formål og de destrueres efter projektperioden.
- De oplysninger, som behandles skal være relevante og tilstrækkelige. I personloven § 5 stk. 4 beskrives det, at der ikke skal anvendes flere oplysninger, end de oplysningerne der er nødvendige. I borgerjournalerne står der mange oplysninger omkring borgernes rehabilitering, som ikke har direkte sammenhæng med formålet. Disse oplysninger vil ikke blive studeret nærmere eller anvendt.

Borgerjournalerne vil endvidere blive opbevaret utilgængeligt for andre end gruppens medlemmer.

### 6.4.3 Anvendelse af borgerjournaler

Borgerjournalerne vil enkeltvis blive gennemgået med henblik på at lokalisere, hvilke elementer i rehabiliteringen borgeren har modtaget, samt undersøge målet med den udgående rehabilitering. Herunder lokaliseres, der i borgerjournalerne, om der er anført følgende; Alder, køn, FEV<sup>1</sup>, MRC, opstartssamtale, undervisning, træning, hjælp til medicinering, kostvejledning, hjælp til strukturering af hverdagen, henvisende instans, om der er anvendt spørgeskema og fysiske test, om det vurderes at motivation, tryghed eller funktionsløft er opnået, som effekt, af rehabiliteringen, samt om borgerne er kommet på vanlig rehabilitering.

Gennemgangen af borgerjournalerne vil blive udført to gange for at sikre, hvorvidt projektgruppen har registreret data korrekt, idet journalerne er anført i prosatekst. Data vil efterfølgende blive overført til statistikprogrammet SAS.

### 6.4.4 Analyse i SAS

Til håndtering af kvantitative data fra borgerjournalerne, anvendes statistikprogrammet SAS 9.4. Ved anvendelse af SAS er det muligt at undersøge statistisk kausale sammenhæng mellem modtagelse af elementerne i rehabiliteringsindsatsen og deltagelse på vanlig rehabilitering.

#### 6.4.4.1 Kodning

Anvendelsen af SAS indebærer, at der udarbejdes kodninger fra bunden af, som er anført i SAS Syntax (Bilag 14). I denne Syntax er datasættet kodet ind, således at Syntaxen kan køres uafhængig af andre data. Ofte kodes data med (1) og (0), for at tydelig- og synliggøre analysen og fortolkningen af data. I dette tilfælde kodes data med (1), som værende tilstedeværelsen af begivenheden, det vil sige, hvis borgerne eksempelvis har modtaget elementet træning i rehabiliteringsindsatsen, så vil denne blive kodet som (1), og hvis borgeren ikke har modtaget træning, vil denne blive kodet som (0).

Datasættet er kodet som følgende:

Variable (navn)	Kodet som (1)	Kodet som (0)
<b>Kon (Køn)</b>	Mand	Kvinde
<b>Samtale (Opstartssamtale)</b>	Borger, der har modtaget en opstartssamtale	Borger, der <i>ikke</i> har modtaget en opstartssamtale
<b>Undervis (Undervisning)</b>	Borger, der har modtaget undervisning	Borger, der <i>ikke</i> har modtaget undervisning
<b>Traning (Træning)</b>	Borger, der har modtaget træning	Borger, der <i>ikke</i> har modtaget træning
<i>De resterende variabler er uddybet i Bilag14</i>		

Tabel 3: Kodning af variabler i SAS

Derudover er variabelen *henvisn* (henvisning), som er kodet:

1. hvis det er ældreområdet der har henvist borgeren til rehabiliteringen, her hører hjemmesygeplejersken, samt hjemmeplejeren under.
2. hvis henvisningen kommer fra visitationen.
3. hvis sygehuset har henvist.
4. hvis det er borgeren selv eller deres netværk.
5. hvis det er egen læge.
6. hvis det er træningsafdelingen i kommunen.

Under gennemgangen af journalerne forekommer der ligeledes også manglende værdier, *missing values*, disse er kodet med et punktum (.). Missing values tæller ikke med i analysen og bidrager derfor ikke til et biased billede af den kausale sammenhæng.

#### **6.4.4.2 Analyse**

Til at analysere datasættet, anvendes de statistiske metoder; middelværdier (Means), frekvenstabeller (Freq) og krydstabeller (Tables). Middelværdier og frekvenstabeller anvendes til at generere et overblik over den udgående rehabiliteringsindsats' borgergruppe fordelt over køn, alder, hvor borgerne er henvist fra, samt hvilke metoder, der anvendes til at måle rehabiliteringsindsatsens effekter. Krydstabel anvendes til at undersøge, hvor mange borgere der, efter modtagelse af rehabiliteringsindsatsen, er kommet på vanlig rehabilitering.

### **6.5 Litteratursøgning**

Som et led i dette projekt, udføres der to litteratursøgninger, hvoraf den første søgning er den indledende litteratursøgning, som har til formål, at afgrænse projektets problemfelt. Den anden, systematiske søgning har til formål at bidrage med viden, som kan anvendes til at besvare projektets problemformulering. I det følgende afsnit redegøres der, overordnet, for de to søgninger. For mere detaljerede gennemgang af den systematiske søgning henvises der til bilag 15.

#### **6.5.1 Indledende litteratursøgning**

Med henblik på at afdække projektets initierende problem, samt afgrænse projektets problemformulering foretages der initialt en bred litteratursøgning. Denne søgning er foretaget som en "bevidst tilfældig søgning" og kædesøgning (Rienecker, Stray Jørgensen et al. 2012, s. 148-150). Med bevidst tilfældig søgning er der, i projektets start, søgt bredt på websider såsom; Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Statens institut for Folkesundhed, Sundhed.dk og Google. Denne søgning er anvendt i projektets idéfase. Desuden er der foretaget kædesøgning ud fra centralt sekundær litteratur som eksempelvis National Klinisk Retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. Ligeledes er

der foretaget en mindre litteratursøgning i databaserne; PubMed, CINAHL, PsycInfo og Embase, med formål at finde relevante internationale referencer.

### 6.5.2 Systematisk litteratursøgning

I forbindelse med bearbejdningen af projektets problemformulering er der, sekundært, foretaget en systematisk litteratursøgning med det formål at afdække eksisterende viden indenfor projektets problemfelt (Bilag 15). Der tages, i forbindelse med denne søgning, udgangspunkt i Aalborg Universitetsbibliotekets facetskema for herigennem at finde projektrelevante søgeord, samt skabe overblik. De centrale søgeord er, i søgeprocessen, planlagt ud fra fire facetter, som ses i nedenstående tabeller. Der er foretaget to systematiske søgninger grundet projektets to udvalgte separate undersøgelsesspørgsmål, som skal hjælpe til at besvarer den overordnede problemformulering.

Følgende tabel illustrerer de søgefacetter, som er anvendt i den systematiske litteratursøgning. Disse søgeord er oversat til engelsk, samt relevante synonymer er medtaget.

Søgefacetter				
<b><i>Hvordan påvirker Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats borgerens vurdering af eget helbred?</i></b>				
AND				
OR	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
	Kronisk obstruktiv lunge lidelse	Hjemmebunden	Hjemmerehabilitering	Selvvrideret helbred
<b><i>Hvilken sammenhæng er der mellem Brønderslev Kommunes formulerede mål og formål for den udgående rehabiliteringsindsats og indsatsens effekter</i></b>				
AND				
OR	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
	Hjemmerehabilitering		Effekt	Formål / Mål

Tabel 4: Oversigt over søge facetterne i den systematiske litteratursøgning

Søgningen foretages i forskellige databaser, som er udvalgt på baggrund af problemfeltet i de to undersøgelsesspørgsmål. CINAHL, PubMed, Embase og Cochrane er valgt til belyse projektets første undersøgelsesspørgsmål, hvorimod Academic Search og ProQuest Research Library er anvendt til at belyse projektets andet undersøgelsesspørgsmål, for yderligere begrundelse af valg af databaser se bilag 15. I forbindelse med søgningen er det undersøgt, i de forskellige databaser, hvorvidt der forefindes et kontrollerede søgeterm for de udvalgte søgeord. Dette er gjort ved hjælp af de forskellige databasers Thesaurus.



I projektets søgebilag er det beskrevet nærmere, hvor i søgningen, der har været muligt at anvende kontrollerede termer (Bilag 15).

#### **6.5.2.1 Inklusion- og eksklusionskriterier**

Der er, i søgningen, anvendt inklusion- og eksklusionskriterier med henblik på at afgrænse søgningen og herigennem udvælge de artikler, som findes mest relevant for nærværende projekt. Kriterierne benyttes, hvor de findes relevante og er mulige at anvende. Kriterier er som følgende:

- Sproget er begrænset til dansk, norsk, svensk eller engelsk. Andre sprog vil ikke skabe forståelse hos projektgruppen.
- Artiklerne skal udelukkende indeholde informationer om mennesker.

#### **6.5.2.2 Vurdering af de udvalgte artikler**

Alle artikler vurderes, indledningsvis, ud fra titlen og resumé. Efterfølgende gennemlæses de artikler, som på baggrund af titel og resumé findes relevant for projektets problemformulering, i fuld længde. Denne gennemlæsning har til formål at inkludere artikler, såvel som ekskluderer de artikler, som ikke har relevans for projektets problemformulering. I forbindelse med læsningen af artiklerne frasortes de studier, som ikke er sammenlignelige med projektets målgruppe, som er borgere med svær og meget svær KOL svarende til MRC 3-5 og FEV<sup>1</sup> <50 pct. Ligeledes frasortes de artikler, som ikke har sammenlignelige elementer svarende til Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Afslutningsvis foretages der en kritisk læsning af de udvalgte artikler ved brug af tjeklister, som passer til det enkelte studies design. Systematiske reviews vil blive vurderet ud fra PRISMA tjeklisten og randomiserede kontrollerede studier vil blive vurderet ud fra CONSORT tjeklisten. I de tilfælde, hvor artiklernes metodologiske kvalitet ikke lever op til gældende standarder på området, vil disse ligeledes blive ekskluderet. I tilfælde af, at der forekommer artikler, som indgår i et lokaliserede systematisk review eller metaanalyse frasortes disse for at undgå bias i form af redundans.

#### **6.5.2.3 Vurdering af den systematiske litteratursøgning**

I forbindelse med den systematiske litteratursøgning blev der lokaliserede 132 artikler i de udvalgte databaser. Ud af disse blev 32 udvalgt, på baggrund af titel og resumé til nærmere gennemlæsning. Fem af disse var dubletter, hvorfor de blev frasorteret, hvorfor det faktiske antal blev 27 artikler, hvor af fem artikler er vurderet som relevante for nærværende projekt. Frasorteringen er hovedsagelig sket grundet manglende overensstemmelse med projektets målgruppe, fokus på telemedicin og generelt manglende overensstemmelse imellem studiet og Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Ved søgning på alle facetter opstod der problemer, i CINAHL, med få hits. Grundet dette, er søgning på de forskellige facetter justeret afhængigt af databasen. Litteratursøgningen i Aca-

demic Search og ProQuest resulterer ikke i relevante artikler for nærværende projekt. Der er på de enkelte databaser oprettet profiler, hvor søgningerne er gemt.

## 7.0 Analyse af resultater

---

I dette kapitel præsenteres projektets resultater. Først analyseres og fortolkes interviewene, dernæst de kvantitative data, der er fremkommet på baggrund af borgerjournalerne og afslutningsvis resultaterne fra den systematiske litteratursøgning. Analysen skal bidrage til udarbejdelsen af den endelige programteori for Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Analysen følger opbygningen af programteorien, dog vil der under enkelte afsnit forekomme enkelte nye kategorier.

### 7.1 Analyse af resultater fra af interview med borgerne

I nedenstående afsnit analyseres og fortolkes de informationer, som er fremkommet igennem interview med tre udvalgte borgere, som har deltaget i Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Analysen bliver, på samme vis som interviewguiden, opdelt i to afsnit;

- Projektets programteori.
- Projektets teoretiske referenceramme omhandlende A. Antonovskys teori "*Oplevelse af sammenhæng*".

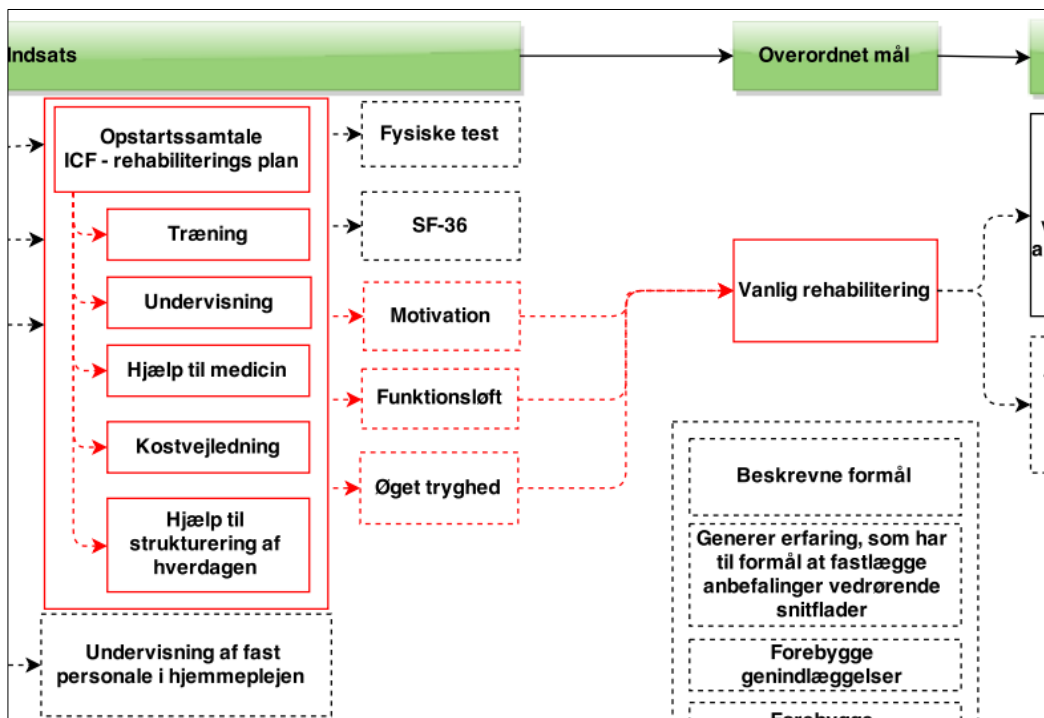
Analysen tager afsæt i projekts videnskabsteoretiske position og hermeneutikken, da projektgruppens faglige forforståelse anvendes til at analysere borgernes informationer. Analysen har til formål at skabe en forståelse af effekten af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, herunder bidrage til besvarelse projekts overordnet problemformulering.

#### 7.1.1 Programteorien

Denne analyse skal avendes til at besvare et af projektets underspørgsmål, der lyder som følgende:

*Hvordan bidrager Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, muligheden for deltagelse på vanlig rehabilitering?*

I den forbindelse undersøges det, hvorvidt der er en kausal sammenhæng imellem de forskellige led, som er opstillet i programteorien. Analysen af programteorien følger den kausale sammenhæng, som ses i nedenstående programteori. Dette betyder, kategorierne; udgående rehabiliteringsteam, elementer i indsatsen, Brønderslev Kommunes vurderede effekter; motivation, tryghed og funktionsløft belyses først. Herefter sættes programteoriens overordnet led i relief med det sidste led, vanlig rehabilitering. Afslutningsvis identificeres kontekster og mekanismer, som er fremkommet igennem interview.



Figur 8: Illustration over, hvilket led i programteorien der undersøges

### 7.1.1.1 Elementerne i rehabiliteringsindsatsen

Gennemgang af elementerne i den udgående rehabiliteringsindsats skal i følgende afsnit bidrage til at vurdere, hvorvidt disse elementer har haft indflydelse på borgernes dagligdag, samt undersøge elementernes indflydelse på borgernes deltagelse i vanlig rehabilitering.

Alle tre informanter har haft en samtale, hvor det er blevet klarlagt, hvilke elementer i, den udgående rehabiliteringsindsats, som den enkelte havde behov for, hvilket illustreres i følgende citat:

*Interviewer: "Startede I ud med en opstartssamtale"*

*Informant 1: "Ja, det gjorde vi. Om hvad man sådan kunne i hverdagen.."*

I denne samtale blev der ikke kun talt om, hvilke elementer den enkelte borger havde behov for, men ligeledes omhandlede samtalen deres hverdag og hvordan de skal forholde sig til den. Dette ses i nedenstående citat:

*Informant 2: "Ja, der [...] altså samtale, det var hende, der var her og visitere mig..... Jamen hun gik ind i mig i ret meget og også, hvordan jeg skulle forholde mig i hverdagen."*

Det ses, at samtalen allerede fra starten indeholder informationer om, hvordan borgeren kan ændre eller håndtere de ting, der sker i hverdagen. Ud fra ovenstående kan det vurderes at hver enkelt borger

modtager en opstartssamtale, med udgangspunkt i borgernes behov, forud for opstart af den udgående rehabiliteringsindsats.

Informanterne beskriver i interviewet, at de har modtaget flere af de beskrevne elementer, som den udgående rehabiliteringsindsats tilbyder. Alle tre informanter har modtaget kostvejledning, hvor borgeren er blevet undervist i, hvilke madvarer, som er vigtige at indtage, når man har KOL, samt har modtaget prøver på forskellige produkter. Dette kommer til udtryk i følgende citater:

*Informant 1: "diætisten har været her og kommet med alle mulige, ALLE mulige varer[...]"*

En anden informant giver udtryk for at have fået praktisk hjælp af diætisten i forhold til måltiderne. Informanten fokuserer på at vigtigheden af at små ændringer i forhold til spisesituationen har gjort en forskel i forhold til indtagelse af mad og mindske reduktion af vægttab:

*Informant 1: "Bare det at komme op at sidde ved vores bord og sidde og spise, så kan jeg faktisk spise og jeg bliver ikke så forpustet [...]"*

To af informanterne modtog hjælp til medicinering og træning. Medicinering omhandlede blandt andet kortlægning af, hvordan den enkelte borger tog sin medicin. Dette kommer til udtryk i følgende citater:

*Interviewer: "...var sygeplejersken inde og kigge på medicinering."*

*Informant 1: "Ja det var hun og hun ville faktisk gerne se, hvordan jeg indtog min medicin."*

Træningen har blandt andet bestået af instruktion til, hvordan den enkelte borger kan træne i eget hjem, samt undervisning i anvendelse af træningsredskaber. Ligeledes har fysioterapeuten bidraget med hjælp til, hvordan dagligdagsaktivitet, såsom at komme ud af seng, kan gøres på den mest hensigtsmæssige måde. Det kommer til udtryk i følgende citater:

*Informant 3: "(træning)den der havde jeg med (personalenavn)."*

*Informant 2: "[...]og så kom de også med sådan en, jeg har haft sådan et elastikbånd, som jeg kan sidde og lege med og lave forskellige øvelser."*

*Interviewer: "en fysioterapeut?"*

*Informant 2: "Ja lige præcis. For lige at vise mig, hvordan jeg skal komme op og i sengen og alt det der"*

Den ene informant beskriver ligeledes, at denne har modtaget undervisning af sygeplejersken. Undervisning bestod af en gennemgang af lungernes opbygning og funktion ud fra materiale, som sygeplejersken havde medbragt. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

*Informant 1: "Hun havde sådan et fint forgreningsnet med af lungerne, der var et omvendt træ og jamen det hele blev skåret dejligt ud i pap."*

Det vurderes, ud fra ovenstående, at borgerne har modtaget elementerne medicinering, fysioterapi og kostvejledning. Disse elementer modtager borgerne i forskellig grad, hvilket tyder på at elementerne tilpasses individuelt. Elementet undervisning nævnes af én informant hvilket kan indikere at undervisning ikke anvendes som et selvstændigt element, men vurderes derimod at undervisning indgår i elementerne medicinering, fysioterapi og diætist idet alle tre informanter beskriver, hvordan de instrueres til øvelser, daglige gøremål og medicinering. Elementet *hjælp til strukturering af hverdagen* nævnes ikke eksplicit af informanterne, men nævnes i forbindelse med opstartssamtalen, hvilket kan skyldes, at denne del af rehabilitering er flyttet til den del af Brønderslev Kommune, der hedder hverdagsrehabilitering.

#### **7.1.1.2 Motivation, funktionsløft og øget tryghed**

I næste led i programteorien undersøges, hvorvidt de tre effekter; motivation, tryghed og funktionsløft er et resultat af borgernes forløb i den udgående rehabiliteringsindsats. Disse effekter beskriver Brønderslev Kommune som værende et resultat af den udgående rehabiliteringsindsats (jf. 4.0 *Casebeskrivelse*). Alle tre informanterne beskriver, at de har opnået en større tryghed ved at deltage i det udgående forløb. I nedenstående citat beskriver en af informanterne, hvordan specielt samtalen har bidraget til øget tryghed:

*Interviewer: "[...] Tænker du at en af de her ting her (der peges på post it med de forskellige elementer), har bidraget mere til, at du har opnået tryghed?"*

*Informant 1: "Jamen det er sådan set samtale, fordi det at få forklaret, hvordan andre har det med KOL, og at det er normalt ved KOL og den udvikling i den ikk' [...]"*

En anden informant udtrykker at rehabiliteringsteamet kontakter borgeren med henblik på at høre hvordan de har det, hvilket kommer til udtryk i følgende citat:

*Informant 1: "[...] jeg har fået en god behandling og det har givet mig tryghed det her med, at hvis der er noget, så kunne jeg bare ringe"*

Tryghed hos det enkelte individ skabes på forskellig vis. Ud fra ovenstående citater vurderes det, at den enkelte borger har opnået tryghed via kontakt til den udgående rehabiliteringsindsats. Den udgående rehabiliteringsindsats evner dermed, at skabe tryghed ud fra den enkelte borgers behov.

Motivation er ligeledes en effekt, som informanterne kan nikke genkende til. I følgende citat beskriver en af informanterne, hvordan kostvejledningen har skabt en nysgerrighed for at undersøge kostområdet nærmere:

*Informant 2: "jamen, bare kostvejledningen, det hjalp en hel masse, at jeg blev nysgerrig efter at se, hvad er der egentlig i de ting, jeg spiser [...]"*

Dette støttes op af følgende citat, hvor en anden informant udtrykker at den udgående rehabiliteringsindsats har skabt stor motivation for fysisk træning:

*Interviewer: "ja, så hun (fysioterapeut) har været motiverende for at du faktisk kom med på det (vanlig rehabilitering)"*

*Informant 3: "ja, det har hun, altså hvis jeg bare var kommet hjem og jeg ikke havde vidst noget, så havde jeg bare tænkt, nåh jamen det må tage tid, så kommer jeg nu nok til hæfterne igen"*

Den udgående rehabiliteringsindsats har skabt en motivation, hos borgerne, for at undersøge områder, som er relevante, når man lever med en kronisk sygdom som KOL.

Funktionsløft er ét af de beskrevne effekter, der indgår i den udgående rehabiliteringsindsats. Funktionsløft beskrives af en enkelt af informanterne på følgende måde:

*Informant 3: "[...] jeg har fået det bedre kropsligt"*

Ovenstående citat vurderes til, at informanten har opnået et funktionsløft i forbindelse med modtagelse af udgående rehabiliteringsteam. De to andre informanter beskriver ikke funktionsløft som en effekt af indsatsen.

### **7.1.1.3 Deltagelse i vanlig rehabilitering**

To af informanterne beskriver, at de i forbindelse med deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsats er blevet tilbudt et forløb på vanlig rehabilitering på et sundhedscenter i kommunen. Dette tilbud har begge informanter takket nej til, hvilket kommer til udtryk i følgende citater:

*Informant 1: "Altså, jeg har fået det tilbudt at komme ind og få det (vanlig rehabilitering), ikk, men det er for omstændigt. [...] vi har en stor hund, så hvis jeg skal ud at gå, så er det nemmere at gå med hunden end det er at tage ind til Brønderslev og gå på et bånd, eller hvad de nu gør, jeg ved ikke"*

*Informant 2: "Jeg fik også tilbud nu her lige efter jul her, men der havde helbredet det ikke så godt, og det er fordi, at det er klokken [...] den ene dag er det klokken 09.00 om morgenen. Det døjer jeg med [...] altså vi skal op på 10.30 før jeg er oppe i omdrejninger."*

De to informanter har hver deres begrundelse for ikke at deltage i vanlig rehabilitering, Informant 1 ser en større nytte i at gå tur med sin hund frem for at gå på et løbebånd inde på sundhedscenteret. Informant 2 har grundet sin KOL ikke haft overskud til at deltage. Ligeledes ligger den vanlige rehabilitering om morgenen, hvor borgeren har brug for meget tid for at blive klar til dagen. Det vurderes at

den vanlige rehabilitering, på nuværende tidspunkt, ikke direkte er tilpasset den enkeltes borgers behov og interesse.

#### **7.1.1.4 Kontekst og mekanismer**

I det følgende beskrives den kontekst og de mekanismer, som er identificeret igennem interview med borgerne.

I virkningsevaluering undersøges, hvad der i indsatsen virker, for hvem, og under hvilke forhold. Derfor vil der, i analysen af borgerinterviewene, vurderes, hvorvidt der forefindes faktorer i konteksten og mekanismer i indsatsen, der har haft indflydelse på effekten af den udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL.

Konteksten for den enkelte borger er borgerens eget hjem, hvor rehabiliteringsindsatsen skal implementeres. I den enkelte borgers hjem vil der være værdier og spilleregler som rehabiliteringsteamet skal arbejde under, i samarbejde med borgeren. Disse kontekstbetingelser vil naturligt være forskellig fra borger til borger. Derudover har de enkelte borgere forskellig sværhedsgrad af KOL og dermed forskellige behov for rehabilitering. Det er under ovenstående kontekstbetingelser at mekanismerne vil komme i spil.

De enkelte informanter har fået et individuelt tilpasset tilbud, i forhold antal besøg og hvilke elementer, der har været relevant for den enkelte informant i rehabiliteringen. Denne individualitet kan vurderes som en mekanisme, der kan have indflydelse på at rehabiliteringen virker lige netop for den enkelte informant. Det kommer til udtryk i følgende citater:

*Informant 1: "Der har været sygeplejerske her to gange og der har været diætist her to gange"*

*Informant 2: "Jamen sygeplejersken hun kom 7-8 gange. Og fysioterapeuten hun var her vel et par gange [...]"*

Ud fra ovenstående citater kan det vurderes at rehabiliteringsteamet tager højde for den enkelte informants behov, da der ses en betydelig forskel i antal besøg fra de enkelte faggrupper. For at der kan forekomme gavnlig effekt af den udgående rehabiliteringsindsats, er mekanismen i denne kontekst at personalet evner at vurdere den enkelte borger fagligt, samt indgå i en tillidsfuld relation, der bevirker at borgeren har tillid til at udtrykke sine behov, således at personalet kan tilpasse indsatsen individuelt.

Informanterne beskriver, at det har været muligt at få kontakt til rehabiliteringsteamet, når der var behov derfor. Desuden kontaktede personalet fra rehabiliteringsteamet også uopfordret borgerne. Det kan beskrives med følgende citater:



*Informant 2: "Hun ringede af og til, til mig, "hvordan går det i dag" og "har du nogen problemer" og i den dur der [...]"*

*Informant 1: "De står standby bare, ikk [...] og den der villighed til, "jamen vi kan komme igen, hvis det er" og "du ringer bare" og "du skriver bare""*

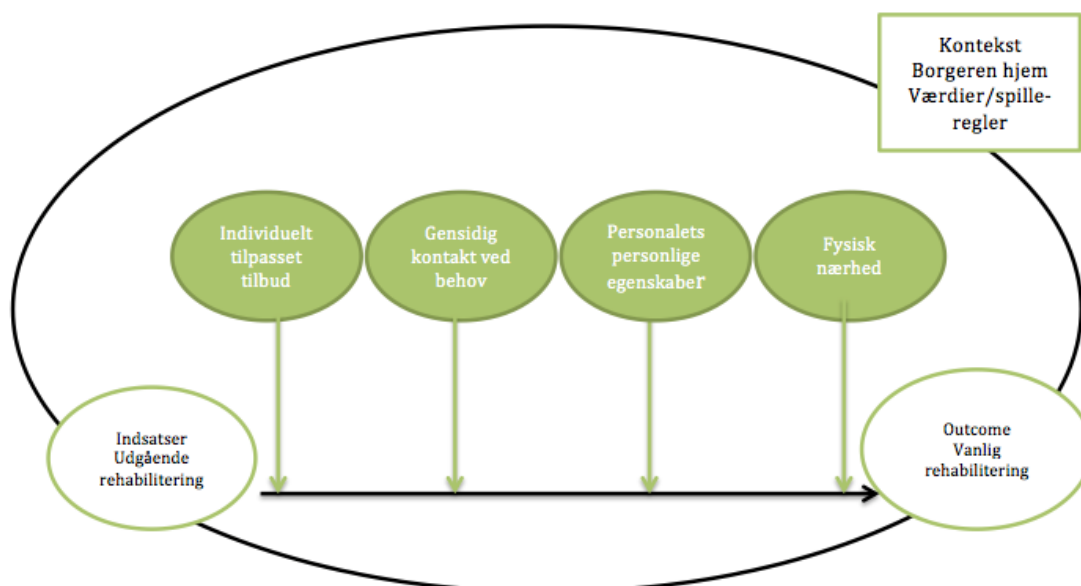
Ud fra ovenstående citater kan det vurderes, at gensidig tillid imellem borger og rehabiliteringsteam er en mekanisme, som bevirker at der tages uopfordret og gensidig kontakt. Desuden kan den "fysiske" nærhed i kraft af, at det er en lille kommune, hvor teamet og borgeren kender hinanden, være en mekanisme, der bevirker at det er nemmere gensidigt at kontakte hinanden, rehabiliteringsteamet og borger imellem. Desuden kan denne "fysiske" nærhed være medvirkende til at skabe tillid og tryghed. Alle tre informanterne ligger, igennem interviewene, vægt på, at personalet har haft en positiv og behagelig væremåde under rehabiliteringsindsatsen i borgernes hjem. Dette kommer frem i de følgende citater:

*Informant 3: "ja, de har været rigtig søde, alle sammen"*

*Informant 1: "Jamen det er både dem, der har været her ikk', og jamen de har været nogle rare personer[...] Man føler, at man bliver taget sig af, ikk'. Det synes jeg sgu at det er rart"*

De personlige egenskaber, hos personalet, er vurderet til at være en mekanisme, som gør at borgerne oplever det behageligt at være sammen med personalet fra det udgående rehabiliteringsteam. Dette kan bevirke at borgerne er mere villige til at tage imod rehabiliteringsindsatsen.

Ovenstående analyse af mekanismer og kontekst i forhold til informanter, der har modtaget Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringstilbud illustreres i nedenstående figur.



Figur 9: Illustration af mekanismer og kontekst der påvirker dele af programteorien. Modellen er udarbejdet efter inspiration fra følgende kilde; (Pedersen 2013)

Figuren illustrer at kontekstbetingelserne er rammen for den udgående rehabiliteringsindsats. Indenfor konteksten kommer de ovenfor beskrevne mekanismer i spil og dette kan have betydning for om der opstår en gavnlig effekt af indsatsen.

### 7.1.2 Analyse af borgernes vurdering af eget helbred

Denne del af analysen skal avendes til at besvare et af projektets undersøgelsesspørgsmål, som lyder som følgende:

*Hvordan påvirker Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats borgerens vurdering af eget helbred?*

Grundet projektets teoretiske referenceramme, som tager udgangspunkt i Antonovskys teori omhandlende *oplevelse af sammenhæng*, undersøges det, hvorvidt Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats påvirker borgernes oplevelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Disse tre komponenter vil i det følgende blive analyseret separat.

#### 7.1.2.1 Begribelighed

Alle tre informanter beskriver, at deres KOL giver dem flere udfordringer i deres hverdag. Besværligheder grundet dyspnø beskrives som værende den største problematik, som ikke alene er et problem i sig selv, men som ligeledes er årsagen til flere begrænsninger i hverdagen. Dette kommer til udtryk i følgende citater:

*Informant 1: "Du kan simpelthen ikke få luft, lige pludselig så bliver du ekstra forpustet af det ene efter det andet ikk', det er så hårdt at trække vejret."*

*Informant 2: "[...] jamen bare det med at skal i tøjet. [...] Så har jeg en stol, som jeg skal sidde ned på, for jeg kan ikke stå op."*

*Interviewer: "Nej. Så det er luftproblemerne, du får?"*

*Informant 2: "Ja jeg gør så. Så går jeg med min inhalator på mig hele tiden for... Den tager jeg lige inden jeg ved, at nu skal der ske noget, der lige kræver lidt luft. Bare jeg skal tømme min opvaskemaskine, jamen det sker i to omgange. Så tager jeg min rollator, så kan jeg sidde på den og så kan jeg rulle hen til skabet og sætte på plads."*

*Interviewer: "Så det er almindelige aktiviteter i hverdagen, der bliver besværliggjort af det?"*

*Informant 2: "Ja."*

Informanterne har forståelse for, at det er deres KOL, der forårsager de daglige besværligheder i form af dyspnø. Desuden giver informanterne udtryk for, at de har forståelse for, at dyspnø er et symptom på KOL man ikke behøver at være bange for.

Informanterne beskriver, at deltagelse i hjemmerehabilitering har bidraget til en større forståelse af deres sygdom på flere forskellige områder. Et af de områder, hvor der er opnået større forståelse er

omkring kosten, hvor det beskrives, at der er opnået større forståelse om, hvilken kost, som er vigtigt at spise, samt hvilke mængder der er nødvendige, når man har KOL. Ligeledes beskrives det, at den udgående rehabiliteringsindsats har skabt en forståelse af, hvorfor andre reagere anderledes grundet sygdommen, samt en forståelse af, er der ingen grund er til at være bange og ked af det. Dette ses i følgende citater fra de tre informanter:

*Informant 1: "De har bidraget til at, jeg er sgu nødt til at spise lidt mere, end det jeg vil ikk'. For ellers bliver det sgu bare endnu værre hele tiden. Så det har de da fået ind i hovedet af mig."*

*Informant 2: "Ja [...] det har fået mig til at forstå, at jeg skal ikke være ked af det, for det kan man godt blive, også når man er sammen med familien, for det er ikke altid, at familien forstår, hvordan man har."*

*Informant 3: "Det er jeg slet ikke i tvivl om, altså de (sygeplejersken og fysioterapeuten) har givet rigtig meget, altså, hvis jeg ikke har haft den viden og ikke har hørt det der, så var jeg nok blevet bange hvis jeg (hiver efter vejret) havde stået sådan her, det gør jeg ikke, jeg bliver ikke bange, når jeg står sådan her."*

Ifølge Antonovskys teori omhandlende *oplevelse af sammenhæng* beskrives det, at de stimuli, som individet oplever eller udsættes for, skal være forståeligt, ordnet, sammenhængene og struktureret for at der opleves begribelighed, modsat kan stimuli opleves som tilfældige og uforklarlige. Begribeligheden henfører derfor til, hvordan mennesker opfatter og forstår det de oplever eller udsættes for (jf. 5.1 Aaron Antonovsky). Det vurderes, at informanterne udsættes for forskellige stimuli grundet deres sygdom, herunder dyspnø, underernæring og problemer med at klare hverdagsaktiviteter. Det vurderes yderligere, at den udgående rehabiliteringsindsats har bidraget med viden om, samt en større forståelse af sygdommen og de problemer den medfører, hvilket kan henføres til Antonovskys beskrivelse af stimuli, som skal være ordnet og struktureret, for at der opleves begribelighed. Til trods for den større begribelighed af sygdommen, har rehabiliteringen hos to af informanterne, ikke ændret deres syn på fremtiden, hvilket beskrives i følgende citater:

*Informant 1: (spørges om rehabiliteringen har ændret synet på fremtiden) "Nej det har det sådan set ikke, fordi altså, jeg synes sgu godt at man kan se, hvad vej det bærer, altså når du bliver ringere og ringere over så kort en årrække"*

Dette suppleres af informant 2, der havde ønsket sig en alderdom, der ikke er præget af sygdom.

*Informant 2: "Jamen det er jeg ked af, fordi at jeg havde altså set frem til, at når man har arbejdet igennem et langt liv uden at være syg, at jeg skulle til at gå og hygge mig på mine gamle dage, men den hygge, det har været i en hospitalsseng."*

Informant 3 oplever også at sygdommen har haft indflydelse på fremtidsudsigter, i forhold til arbejdslivet.

*Informant 3: "Altså det er da træls, nu er jeg stoppet, jeg er blevet førtidspensionist... men jeg savner sådan, mine kollegaer. Jeg savner det ping pong, og det sjov vi kunne lave og lidt abekatte-streger"*

Grundet sygdommens progredierende udvikling oplever informanterne ikke at deres fremtid fremstår positiv. Det vurderes at informanterne har forståelse for sygdommen og dennes symptomer, og deres oplevelse af fremtiden er under indflydelse af deres KOL. Det vurderes at informanterne ikke oplever symptomer og fremtidsudsigter som værende tilfældige og uforklarlige. Den nye begribelighed hjælper dem med at skabe forståelse i hverdagen, men den ændre ikke grundlæggende på deres livssituation.

### **7.1.2.2 Håndterbarhed**

Informanterne beskriver, at den udgående rehabiliteringsindsats har givet dem forskellige redskaber de kan avende, således at sygdommen kan håndteres bedre i hverdagen. Disse redskaber omfatter instruktion i, hvordan den enkelte skal reagere, når de oplever dyspnø, samt hvordan medicinen skal administreres for, at der opnås det fulde udbytte af den. Ligeledes har kostvejledningen bidraget med redskaber til, hvordan måltider skal indtages for at det maksimale indtag optimeres. Dette beskrives i følgende citater fra informanter:

*(Der vises post -IT af strukturering af hverdagen, kostvejledning, samtale, træning og medicinering)*

*Informant 2: "ja, for jeg ved lige nøjagtig, jamen (pause i tale), døjer du med at få luft lige nu, jamen så ved du, at du bare skal sætte dig ned. Du skal ikke være bange, for det har de også forklaret mig mange gange, når jeg får det dårligt, så er det fordi at jeg bliver bange, og det skal jeg ikke"*

*Informant 1: "Jamen det er da den sygeplejerske, der har været herude, med hendes forklaringer (...) og så bagefter kunne man mærke med det samme, altså bare det at man stod op og tog medicinen, bare det at man sad ordentlig og spiste, det var jo to plusser. Ikk'?"*

Antonovsky beskriver, at håndterbarhed henfører til, hvorvidt individer opfatter de ressourcer, som den enkelte har til rådighed, som værende tilstrækkelige til at håndtere de stimuli, som individet udsættes for. Disse ressourcer kan komme fra den enkelte selv eller fra andre (jf. 5.1 Aaron Antonovsky). I ovenstående citater beskriver informanterne, hvordan de håndtere de udfordringer som sygdommen giver dem. En af informanterne beskriver, at vejrtrækningsproblemer håndteres ved hvile, hvorimod en anden informant beskriver, hvordan medicinering og måltiderne håndteres bedst. Det vurderes, at den udgående rehabiliteringsindsats har styrket informanternes ressourcer til at håndtere de forskellige udfordringer, som sygdommen giver dem. Disse ressourcer er redskaber, der er overført fra personalet i rehabiliteringsteamet og som informanten nu selv besidder. Disse ressourcer har bidraget til, at informanten har fået redskaber til at kontrollere symptomerne på KOL, såsom dyspnø og underer-

næring, på trods af at sygdommen, er svær at kontrollere. Dette kommer ligeledes til udtryk i følgende citat:

*Informant 2: "Jamen det er nok blevet nemmere, fordi at f.eks. når jeg skal i tøjet og jeg bliver (forpustet) Så har de sagt "tag den lidt med ro", "Sæt dig ned og så tager du dine strømper først". "Jamen kan du kun få en strømpe på, jamen så nøjes med det i første omgang". Om det tager en halv time eller en time, det betyder ikke noget, og sådan trøster de og så siger jeg, at det tager den tid det skal"*

Dette suppleres af informant 3, der oplever at fysisk træning, som rehabiliteringsteamet har startet op, er en vigtig ressource til at informanten kan håndtere dagligdagen.

*Informant 3: "Den hér (træning), jeg bliver nød til at sige... det er min favorit, den er med til at gøre nogle ting... så var der noget der havde været sværere for mig at gøre."*

Alle tre informanter oplever at have ressourcer i form af, mulighed for kontakt til pårørende og venner, når der er behov for hjælp. Disse ressourcer er, hvad Antonovsky beskriver som ressourcer, som andre har rådighed over (jf. 5.1 Aaron Antonovsky). Informanterne beskriver, at de har venner og familie de kan kontakte, og at de kommer, når de beder dem om det. Ligeledes beskrives det, hvordan hjemmehjælperen bidrager eller har bidraget med ressourcer, når kræfter har manglet. Dette kommer frem i følgende citater:

*Informant 3: "Ja hvis jeg ber om dem, hvis jeg ber om det... så jeg har venner og familier der hjælper, når jeg ber "*

*Informant 2: "Hvis jeg lige ringer og siger, hør her, jeg har lige behov for hjælp, jamen så kommer de og hjælper mig."*

*Interviewer: "Okay. Så de bor i nærheden?"*

*Informant 2: "15 km, det er ikke så (...) det er ikke længere, end det kan de hurtigt klare."*

Dertil supplerer informant 2, at hjemmehjælpen er en ressource der hjælper med rengøring.

*Interviewer: "Hvor ofte modtager du hjemmehjælp?"*

*Informant 2: "Der var engang, der fik jeg hver 14. dag, men så fik jeg lige pludselig et brev nu her, jamen jeg tror at det startede her til nytår og nu får jeg kun hver 3. Uge (rengøring)."*

Ovenstående analyse af begrebet håndterbarhed giver indblik i, at den udgående rehabiliteringsindsats har bidraget til, at give borgerne ressourcer til at håndtere de udfordringer sygdommen giver dem, i hverdagen. Alle informanterne har ligeledes ydre ressourcer, i form af familie, venner og hjemmehjælp de kan trække på i de situationer, som de ikke selv har ressourcer til at håndtere. Denne kombination bidrager til at informanterne oplever håndterbarhed.

### 7.1.2.3 Meningsfuldhed

Informanterne har delte meninger med hensyn til, hvorvidt deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsats har bidraget til at de kan deltage i flere aktiviteter, der er vigtige for dem. En af informanterne beskriver, at det at komme ud er vigtigt, men det har ikke været en mulighed i år. Dette kommer til udtryk i følgende:

*Informant 2: "Jeg ved ikke, om der er noget, der er vigtigt for mig. Det vigtigste for mig er, at jeg kan komme ud. (...) men det er ligesom, det har jeg ikke rigtig haft energi til i år."*

Informant 3 beskriver modsat, at den udgående rehabiliteringsindsats har bidraget med, at informanten kan deltage i de samme aktiviteter som tidligere.

*Informant 3: "Igen må jeg sige, ja, men jeg kan bare ikke forklare, hvad jeg tror, hvis ikk jeg havde det (træning), så havde jeg siddet der mere, og siddet og kigget mere ud af vinduet, og havde nok ikke engang have lyst til at tage strikkesøj"*

Afslutningsvis oplever den sidste informant, at intet har ændret sig fra før denne fik den udgående rehabilitering. Dette kommer til udtryk i følgende citater:

*Interviewer: "Du deltager i de samme ting?"*

*Informant 1: "Ja. Næsten."*

Antonovsky beskriver, at meningsfuldhed opstår, når det enkelte individ kan deltage i processer, som former individets daglige erfaringer. Meningsfuldheden kommer til udtryk, når et individ deltager i områder i deres liv, som har stor betydning for den, giver mening og som de kan engagerer sig i (jf. 5.1 Aaron Antonovsky). Det vurderes, at informanternes differentierede oplevelser af meningsfuldhed kan skyldes deres forskellige stadier i sygdommen, samt comorbiditet. Det vurderes, at rehabiliteringen har en minimal indflydelse på muligheden for at opnå meningsfuldhed, grundet sygdommens progredierende udvikling.

## 7.2 Analyse af resultater for interview med lederen

I følgende afsnit analyseres og fortolkes de informationer, som er fremkommet igennem interview med lederen for den udgående rehabiliteringsindsats i Brønderslev Kommune. Analysen er opdelt på samme vis som interviewguiden i to underafsnit:

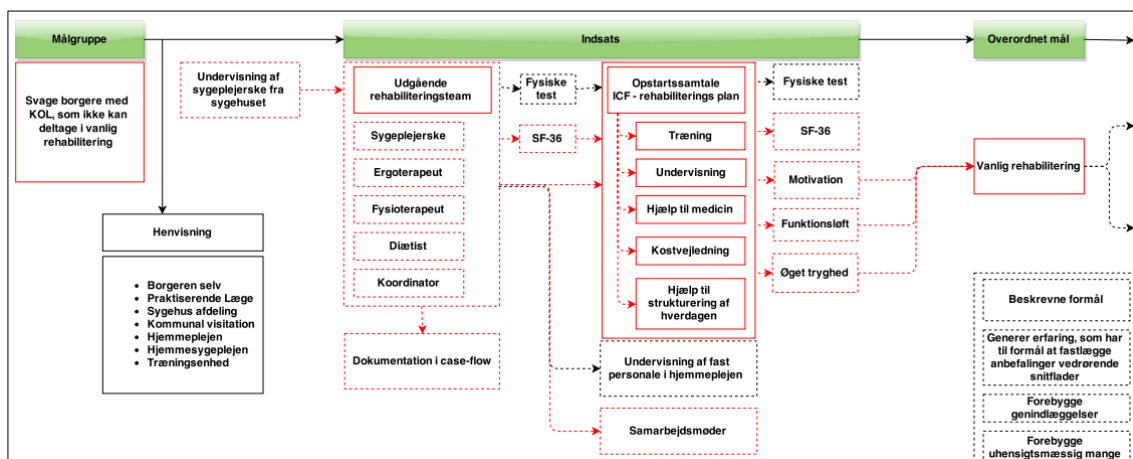
- Programteori, udarbejdet på baggrund af de dokumenter der er udleveret fra Brønderslev Kommune.
- Teori omhandlende målhierarki, herunder mål og formål, udarbejdet af Jacobsen og Thorsvik suppleret af Dorans S.M.A.R.T.-model.

Analysen har til formål at undersøge og skabe forståelse for, hvorledes de mange formål og mål kan have indflydelse på den udgående rehabiliteringsindsats effekter og dermed den opstillede kausalitet i programteorien. Dette gøres ved at besvare problemformuleringens underspørgsmål:

*Hvilken sammenhæng er der mellem Brønderslev Kommunes formulerede mål og formål for den udgående rehabiliteringsindsats og indsatsens effekter?*

## 7.2.1 Programteorien

I forbindelse med udarbejdelsen af programteorien fandt projektgruppen frem til, at den udgående rehabiliteringsindsats, havde adskillige formål, hvilket medførte en underen om, hvorvidt disse formål kunne opfyldes af indsatsen, og hvorvidt indsatsen stadig har til hensigt at opfylde disse. I følgende afsnit analyseres programteoriens overordnet led; Målgruppen, ændringer i indsatsen, case-flow, fag-grupper og elementer der er repræsenteret i indsatsen, undervisning af personale, SF-36 og andre måleredskaber, samt effekterne; motivation, funktionsløft og øget tryghed. Ligeledes analyseres kontekst og mekanismer i den udgående rehabiliteringsindsats.



Figur 10: Illustration over, hvilket led i programteorien, der undersøges.

### 7.2.1.1 Målgruppen

I interviewet beskriver lederen, at det udgående rehabiliteringsteam har en bred målgruppe med KOL, idet borgerne varierer i alder og sværhedsgrad af KOL. Rehabiliteringen skal derfor tilpasses, hvorvidt der er tale om borgere, der skal have et aktivt liv eller om det er borgere, der er terminale. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

*Leder: "Den borger gruppe vi har med at gøre er meget meget bred selvom det er KOL med sygdom, så er det både for de der 50, 55, 60 årige som [...] skal blive ved med at have helst et aktivt liv i mange år endnu med KOL, og så er der de, folk som er nærmest terminale, hvor vi prøver at lette hverdagen, og gør det tåleligt for det at være der, i den tid de har til-*

*bage. Så der er jo rigtigt rigtigt stor spænd der [...] begge grupper får faktisk, kan faktisk være målgruppen for den udgående"*

Det vurderes, ud fra overstående, at målgruppen for den udgående rehabiliteringsindsats, spænder bredt, idet der ingen begrænsninger er med hensyn til borgernes sværhedsgrad af KOL i forhold til deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsats.

### **7.2.1.2 Undervisning af personale fra sygehuset**

Ud fra den indledende programteori, ses det, at der var planlagt, at sygeplejersker fra sygehuset skulle undervise personalet i rehabiliteringsteamet. Hertil beskriver lederen, at dette ikke var tilfældet, idet der blev ansat sygeplejersker fra sygehusene, med flere års erfaring. Kommunen havde ikke kompetencerne indenfor rehabiliteringsområdet inden kommunalreformen 2007. Ligeledes beskriver lederen at rehabiliteringsteamet, på nuværende tidspunkt, har fået opbygget kompetencerne, således at de kan varetage rehabilitering af KOL i hjemmet. Det kommer til udtryk i følgende citat:

*Leder: "... de nyansatte sygeplejersker vi har ansat, er nogen med rigtig mange års erfaring fra sygehusverdenen, [...] der har man, den nyeste viden og opdateringer [...] så derfor var det vigtigt for os i starten også at få nogle kompetencer ud, fordi dem havde vi jo ikke, i kommunen. Så situationen er lidt en anden i dag, nu har vi jo opbygget... det er nogle kompetencer, vi har sat i system, og blive opgraderet så det er en lidt anden situation i dag"*

Det vurderes, i forhold til den indledende programteori, at samarbejdet med sygehuset ikke længere er relevant.

### **7.2.1.3 Caseflow - Dokumentationssystem**

I interviewet spørges indtil hvorvidt, caseflow anvendes som dokumentationssystem for rehabiliteringsindsatsen, idet at der, i de udleverede dokumenter kan ses, at det er et mål at anvende caseflow, men der kan, ud fra dokumenterne ikke læses om dette anvendes. Lederen bekræfter at dette system fra starten er blevet implementeret og anvendes fortsat, hvilket udtrykkes i følgende citat:

*Leder: "... men det bruger vi fuldt ud som dokumentationssystem nu, det gør vi stadigvæk"*

Uddybende tilføjer en af de bisiddende medarbejder, at der har været problematikker med at anvende caseflow, idet systemet ikke har været kompatibel med omsorgssystemet som ældreområdet anvender, men at der er blevet fundet en løsning efterfølgende. Der beskrives ligeledes at systemet har været fint at anvende og at det benyttes. Dette udtrykkes i følgende citat:

*Bisidder 2: "... udfordringen har været at, ældreområdet og hjemmeplejen har brugt et andet omsorgssystem end vi har, så der var en periode hvor vi kunne læse, hvad hjemmeplejen lavede, men de havde sværere ved at se, hvad vi lavede, [...] men som systemer, har caseflow været fint og brugt"*



Det vurderes, at indførelsen af nye systemer, i forbindelse med gennemførelse af projekter, kan skabe problemer i journalsystemer, og påvirke kontinuiteten blandt borgerne i kommunen. Caseflow skulle have været anvendt til at generere statistisk materiale på baggrund af data indsamlet i rehabiliteringsindsatsen. Lederen udtrykker senere, i interviewet, at dette ikke er foregået. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

*Leder: "[...] Det er ikke, længere et formål [...] at generere statistisk materiale for den enkelte borgere og rehabiliteringsindsatsen som helhed"*

#### **7.2.1.4 Faggrupper i rehabiliteringsindsatsen**

Som beskrevet, i de udleverede dokumenter, har antallet af faggrupper løbende ændret sig. I interviewet beskriver lederen, hvilke faggrupper, som er repræsenteret, i rehabiliteringsindsatsen, på nuværende tidspunkt; én sygeplejerske, én fysioterapeut, samt én diætist ved behov. Desuden var der på et tidligere tidspunkt en ergoterapeut tilknyttet, som følgende citat giver udtryk for:

*Leder: "Det er sygeplejerske, fysioterapeut og diætist... på et tidspunkt der eksperimenterede teamet lidt med at inddrage ergoterapeut timer som man købte sig til i vores træning afdeling, det er vi gået bort fra igen"*

Hun beskriver, at hos de borgere, som den udgående rehabilitering kommer ud til, hvor der er et behov for ergoterapi, så kommer ergoterapeuten stadig derud, men at det er i forbindelse med hverdagsrehabilitering:

*Leder: "... I kommunens hverdagsrehabiliteringsteam er ergoterapeuterne en stærk spiller [...] de borgere vi er ude hos, som har behov for det, de får simpelthen noget ergoterapi, andet sted i kommunen, og den behøver ikke at være diagnosespecifik"*

I den udgående rehabiliteringsindsats er elementet strukturering af hverdagen et tilbud til borgeren. Det vurderes at dette element udføres primært af en ergoterapeut, hvilket kan betyde at elementet ikke er dækket ind af fagspecifik viden i den udgående rehabiliteringsindsats.

#### **7.2.1.5 Elementer i rehabiliteringsindsatsen**

Som tidligere nævnt er den udgående rehabiliteringsindsats karakteriseret ved, at alle elementer, der indgår i vanlig rehabilitering, er flyttet ud i borgernes hjem. I forbindelse hermed er der, i interviewet, spurgt ind til om dette stadig er tilfældet. Her til beskriver lederen, at det stadig er de samme elementer, der indgår i rehabiliteringsindsatsen, men at det er på baggrund af opstartssamtalen, der vurderes, hvilke elementer, der er relevant for borgeren, således at det er individuelle forløb borgerne modtager:

*Leder: "... som udgangspunkt er det jo de samme tilbud (som beskrevet i dokumenterne), men vi strikker det jo sammen ud fra opstartssamtale i forhold til, hvad borgeren har mest brug"*

Ifølge lederen består indsatsen af de samme elementer, som ved opstart og har derfor ikke ændret sig.

#### **7.2.1.6 SF-36 – Evalueringsredskaber**

Ud fra udleverede dokumenter beskrives, at det var intentionen, at SF-36 spørgeskemaet skulle udfyldes før og efter endt rehabilitering for herigennem at dokumentere effekten af den udgående rehabiliteringsindsats. I en mail, forinden interviewet, skrev lederen at dette forblev ved intentionen. Der blev derfor, i interviewet, spurgt ind til, hvorvidt der anvendes andre metoder til evaluering af indsatsen. Dette beskrives i følgende citat:

*Leder: "ja, der var to grunde, den ene er at det er ret omfangsrigt, og det det, var vi sån, det var vi sådan stadigvæk, er det indsatsen værd, hvis man kan sige det sådan, og bruge alt den tid på det, det var den ene ting, og anden ting var det, nej det var faktiske tre ting, men den anden ting var også at vi i kommunen simpelthen, det der statistik program, som er ret dyrt, og der sku også være nogle folk der havde forstand på at bearbejde det, dem har vi heller ikke, så vi der stod, så den blev lav-praktisk ting, men den blev, den fik jo også en rolle at spille her, og det tredje er at vi kom med i KOALA databasen, som er en database over KOL på landplan og de brugte en andet skema, så det der sket, det var at vi vælge det der 15-D skema, fordi så skulle vi kan bruge et"*

Lederen beskriver videre, at de er opmærksomme på ulemperne ved ikke at anvende SF-36. Hun beskriver at rehabiliteringsindsatsen ikke kan sammenligne sig med de andre kommuners indsats, hvori de anvender SF-36 som et evalueringsredskab.

*Leder: "Vi ikke så godt kan sammenligne med de kommuner som bruger SF-36 [...] der har været nogen ting der har spændt ben for det"*

Det vurderes ud fra ovenstående citat, at sammenligning med andre kommuner ikke er den største udfordring, grundet at så få kommuner har en lignende indsats. Derimod er det en udfordring at dokumentere egen effekt.

En bisidder, tilføjer til interviewet at 15-D spørgeskemaet er brugt meget sparsomt i den udgående rehabilitering, idet de, som er ude ved borgerne skal prioritere, hvilke redskaber de præsenterer for borgerne for at hjælpe dem mest muligt, og mener ikke, at det er dér ressourcerne skal anvendes, idet rehabiliteringsindsatsen er tiltænkt de svage borgere med KOL.

*Bisidder 1: "Det er brugt meget sparsomt (15-D) i den udgående funktion, fordi vi skal prioriter, hvad vi vil med dem, derude, og hvis jeg kommer første gang og de i forvejen har barriererne lidt oppe, hvad er det nu lige hun skal, og jeg kommer med spørgeskemaet og ting og sager, så kan jeg lige så godt lade være med at komme mere, så det har også meget været et prioriteringsspørgsmål, hvad er det vi skal ude ved de her borgere, så, meget sparsomt er det blevet brugt, derude, fordi krudtet på at bruge den, var for lidt værd"*

Lederen beskriver, at det er rehabiliteringshold på sundhedscentre der, hovedsageligt, evalueres. Efter deres deltagelse på et rehabiliteringshold spørger de borgerne om, hvorvidt rehabiliteringsindsatsen

har været medvirkende til, at de har flyttet sig. Hertil anvender de et hjemmelavet spørgeskema, dette kommer til udtryk i følgende udsagn:

*Leder: "[...] det er mere ved dem vi har inde på hold, og der laver, har vi jo også, vi har lavet noget hjemmelavet noget der, altså vi, hvor vi spørger dem til sidst sådan en vurdering af, altså hvor vi be'r dem og at vurdere om de har flyttet sig i det her forløbe her, i forskellige parameter"*

Ud fra overstående kan det udledes, at den udgående rehabilitering ikke anvender SF-36 som et evalueringsskema. I stedet anvendes 15D spørgeskemaet sparsomt. Det begrundes med, at de svage borgere, de møder ude i hjemmene, ikke har overskud til at svare på spørgsmålene. I forhold til evaluering af rehabiliteringsindsatserne, ses at der er forskel, imellem rehabilitering på hold og rehabilitering i hjemmet. Rehabilitering på hold evalueres kontinuerligt, hvorimod at rehabilitering i hjemmet ikke systematisk evalueres.

#### **7.2.1.7 Motivation, funktionsløft og øget tryghed**

I forbindelse med slutrapporten, udarbejdet i 2012, blev der beskrevet at motivation, funktionsløft og øget tryghed er en effekt af deltagelse i den udgående rehabilitering, der er medvirkende til at borgerne kommer på vanlig rehabilitering. Under interviewet er der spurgt ind til, hvordan disse effekter blev evalueret. Lederen beskriver, at det er en faglig fornemmelse og vurdering, som kommer til udtryk i følgende:

*Leder: "Man kan ikke sige vi har målt på det, men vi, det dét vi kan se, det er jo det vi oplever at det er det der flytter, men vi har ikke været ude og spørge borgerne [...] det er vores fornemmelse at det er de har ting, vi lykkes med [...] ja, ja det er en professionel vurdering at det er de her tre ting, der gør at, at de kommer ind (på vanlig rehabilitering) "*

Det vurderes, at personalet anvender faglige vurdering og intuition til vurdering af effekten af indsatsen. Til måling af effekten af rehabiliteringsindsatsen kan faglig vurdering og intuition ikke stå alene og det vurderes, at der ikke anvendes valide måleredskaber til at evaluere indsatsen.

#### **7.2.1.8 Kontekst og mekanismer**

I det følgende beskrives den kontekst og de mekanismer, som er identificeret igennem interview med lederen.

De kontekstuelle forhold, hvori den udgående rehabiliteringsindsats skal fungere, er under indflydelse af de politiske rammer for rehabilitering. De politiske spilleregler har ændret sig løbende igennem den tid indsatsen har fungeret og kan have indflydelse på indsatsen. Den udgående rehabiliteringsindsats er etableret i en kontekst, der er præget af forandring grundet kommunalreformen 2007, hvor rehabilitering blev en kommunal opgave. Dette kommer til udtryk i nedenstående citater;

*Leder: "Altså at der er sket så meget I de her år [...] hvor det her (indsatsen) har været undervejs og derfor har det, funktionen for vores udgående funktion ændret sig [...]"*

*Leder: "[...] men der er bare sket så meget ... det har så været noget der ligesom har kørt, sådan hele tiden (rehabiliteringsindsatsen), men rammerne har jo ændret sig voldsomt."*

Lederen uddyber, at der løbende i perioden, også fra andre sider af kommunen er kommet andre tilbud til, som ligeledes varetager de svage borgeres interesse angående bedre at kunne klare hverdagen, og som det ser ud nu, er den udgående KOL rehabilitering blevet et supplement til hverdagsrehabiliteringen.

*Leder: "... fra vi startede det her (indsatsen) op i kommunen [...] så har kommunen startet hverdagsrehabilitering op, så vores udgående funktion har nu en anden status. [...] Den tjener et andet formål nu, og supplere hjemmetræning, med nogle hverdagsrehabilitering terapeuter også. Så den indgår egentligt i et andet setting nu, end den gjorde dengang"*

En bisidder til interviewet tilføjer, at den udgående funktion har udviklet sig til at være diagnose specifik, og at rollerne er ændret således, at det er den udgående funktion, der er specialiseret indenfor KOL rehabilitering.

*Bisidder 2: "Det er meget mere diagnosespecifik det vi laver nu, i vores udgående teams [...]"*

Ud fra ovenstående vurderes det, at konteksten har ændret sig siden opstarten af indsatsen, primært grundet de ændringer kommunalreformen har medført. Dette har bevirket at rehabiliteringsindsatsens funktion løbende er tilpasset den nye kontekst. Rehabiliteringsindsatsen har udviklet sig til at blive mere diagnosespecifik, hvilket supplerer hverdagsrehabilitering.

Lederen beskriver, at hver enkelte borger, i den udgående rehabiliteringsindsats, modtager en opstartssamtale, der skal være med til at sikre at indsatsen tilpasses individuelt. Det er muligt for personalet i rehabiliteringsteamet at vurdere antallet af besøg, og handle på dette indenfor rammerne i indsatsen.

*Leder: "[...] vi strikker det jo sammen ud fra opstartssamtale i forhold til, hvad borgeren har mest brug"*

Det vurderes at personalet, i samarbejdet med borgeren, identificere den enkeltes behov og herigenem strukturerer et individuelt tilrettelagt forløb. Denne individualitet i indsatsen vurderes som en mekanisme, der har betydning for at borgerne deltager i rehabiliteringsindsatsen.

Det beskrives af lederen, at der foregår et nært tværfagligt samarbejde mellem rehabiliteringsteamet, hjemmepleje, egen læge og Telecare Nord. Dette udtrykkes i følgende citater.

*Bisidder 2: " jeg er enorm afhængig af borgeren selv arbejder videre eller at hjemmeplejen støtter op omkring det arbejde vi har [...] det er ikke nemt, det samarbejde [...] og når det spiller så spiller det bare helt fantastisk, men kan godt være svært at få til at lykkes  
Bisidder 1: "Så der bruger vi vores udgående, at vi kan få lov til det, ud fra det vi ser i Tele-Care Nord og så kan man fange det lidt hurtigere, og indsatsen kan være lidt lavere fordi den kan følges op, eller, følges op på telefonen"*

Det vurderes, at en mekanisme, der har indflydelse på effekten af rehabilitering, er det tætte kendskab til den enkelte borger og det nære tværfaglige samarbejde. Det vurderes at denne mekanisme har indflydelse på borgerens fastholdelse af rehabilitering, samt opfølgning på borgerne i den daglige kontakt. En yderligere mekanisme, der kan gøre sig gældende er den udgående rehabiliterings fysiske nærhed. Dette kommer til udtryk i følgende:

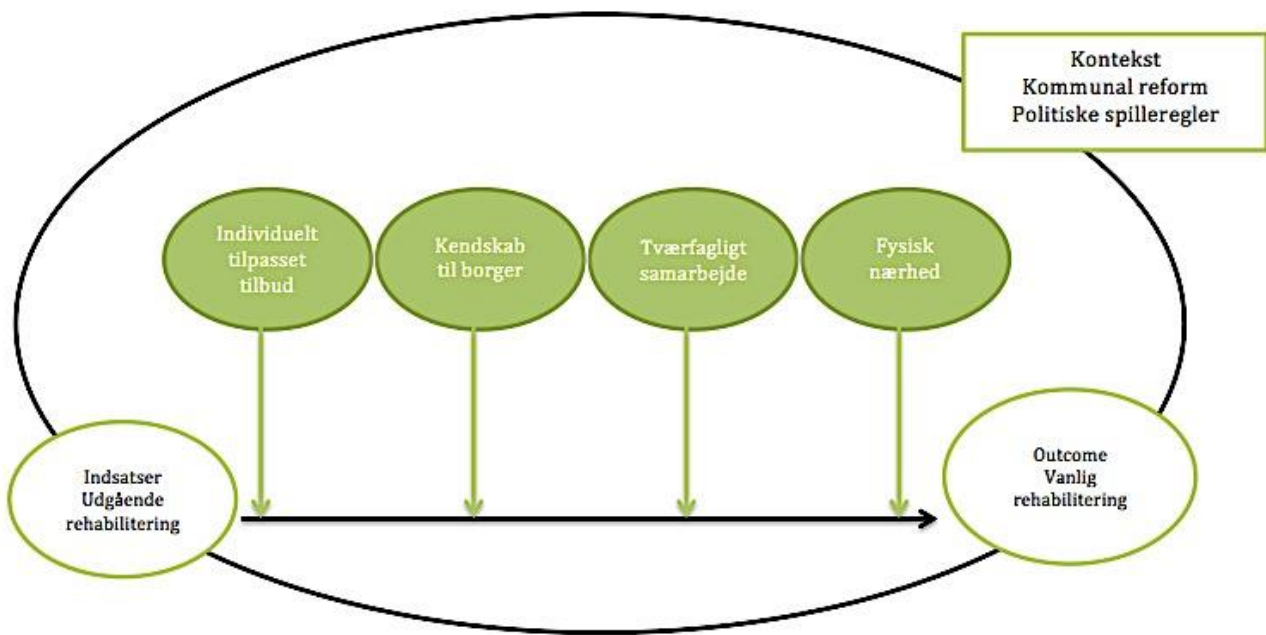
*Leder: "Jeg tænker nærhed, fysisk nærhed [...] det at vi også kommer hjem til dem og der hvor vi lykkes at få dem ind (vanlig rehabilitering), [...] fordi det er, i deres nærmiljø"*

En bisidder tilføjer, at de svageste borgere, oprindeligt skulle til Hjørring for at modtage rehabilitering, men at de er så svage, at de rent fysisk ikke kan klare turen dertil. Ved rehabilitering i hjemmet sikres det, at de modtager hjælp til at blive bedre. Dette kommer til udtryk i det følgende:

*Bisidder 2: "Det er jo egentlig meningen at de aller dårligste at de skal til Hjørring herfra, og det kommer de ikke, det er for en lang tur, altså, til dem, det kan de simpelthen ikke klare rent fysisk, så, nærheden er da helt klart"*

Ud fra ovenstående vurderes det, at mekanismen her ses som fysisk nærhed, hvor indsatsen er tæt på borgeren, som har indflydelse på at de svage borgere kan deltage i rehabilitering.

Ovenstående analyse af mekanismer og kontekst i forhold til ledelsen, illustreres i nedenstående figur.

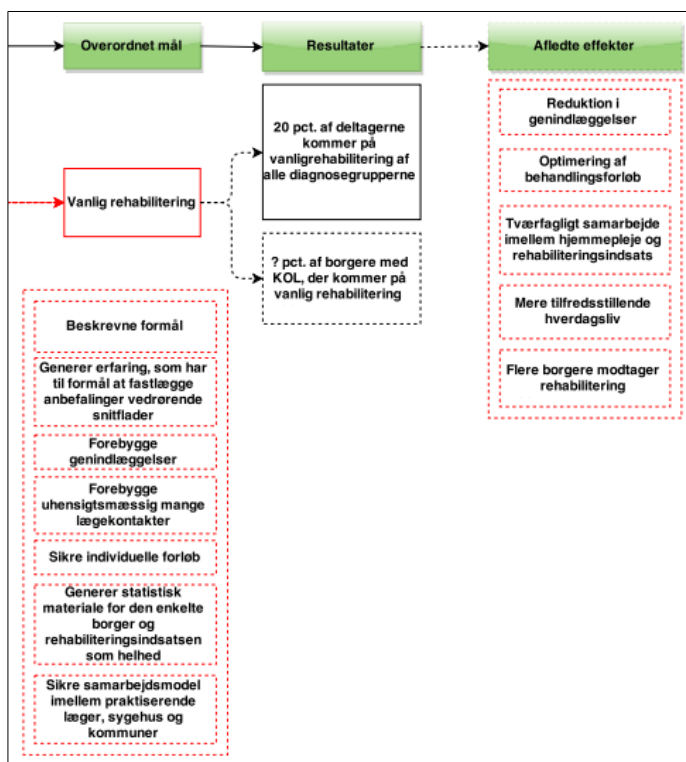


Figur 11: illustration af kontekst og mekanismer der påvirker dele af programteorien. Modellen er udarbejdet efter inspiration fra følgende kilde; (Pedersen 2013).

Ovenstående figur illustrerer kontekstbetingelserne, som rammen for den udgående rehabiliteringsindsats, hvorunder de ovenfor beskrevne mekanismer vil virke og dermed kan have betydning for, om der opstår en gavnlig effekt af indsatsen. Modellen illustrerer yderligere den kompleksitet, der er til stede i den udgående rehabiliteringsindsats.

### 7.2.2 Formål, mål og afledte effekter

I nedenstående afsnit analyseres mål og formål i relation til Jacobsen og Thorsviks teori om formål og mål, samt Dorans teori om udarbejdelse af mål, ud fra S.M.A.R.T.-modellen. Dette anvendes til at opnå indsigt i, hvorvidt Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats formål og mål har indflydelse på effekten af indsatsen. Afslutningsvis analyseres den udgående rehabiliteringsindsats afledte effekter.



Figur 12: Illustration over, hvilket led i programteorien der undersøges

### 7.2.2.1 Overordnet mål for rehabiliteringsindsatsen

Lederen for rehabiliteringsindsatsen beskriver, i interviewet, at det overordnede mål med indsatsen, ikke var det mål, som var beskrevet i dokumenterne, som er, at flere borgere skal deltage på vanlig rehabilitering. Målet er, derimod, at have et tilbud til de svageste borgere med KOL og andre kroniske sygdomme. Dette beskrives, i de officielle dokumenter, som værende hensigten med indsatsen (jf. 4.0 *Case-beskrivelse*). Dette kommer til udtryk i følgende citat:

*Leder: "... jeg ser ikke sådan på det, at det var det eneste primære formål, at få dem ind på vanlig rehabilitering, heller ikke den gang (ved projektstart)... det (målet) var at have et tilbud til de svage borgere... det kunne være en mulighed også, det ville jo være det bedste, hvis vi kunne få dem ind (på vanlig rehabilitering) "*

Ligeledes uddyber lederen at, målet har været at tilbyde en rehabiliteringsindsats til de borgere, der af en eller anden grund ikke har mulighed for at deltage på hold, inde på sundhedscentret, idet hun anser det som en ret, at kunne modtage rehabilitering.

*Leder: " ... målet var først og fremmest at have et tilbud til dem som ikke havde mulighed for at komme ind på hold... som de svagere borgere med kroniske sygdomme og kunne få et tilbud, [...]vi tænkte, at alle borgere, har ligesom ret til at få et rehabiliteringstilbud også dem som ikke er i stand til at fragte sig ind på et trænings centre... "*

Det vurderes, at der ikke er overensstemmelse imellem i officielle dokumenter og lederens vurdering af målet for den udgående rehabiliteringsindsats. Det overordnede mål om at have et tilbud til de svage og kroniske borgere beskrives både som formål, mål og hensigten. Doran beskriver, i hans definition af S.M.A.R.T, at et mål skal være specifikt, målbart, henviser til opgavefordelingen, realistisk og tidsbegrænset. Målet om at have et tilbud til de svage borgere, som ikke er i stand til at komme ind på et sundhedscenter kan vurderes til, at imødekomme kravet om at være specifikt og henviser til opgavefordelingen. Målet er rettet imod de svage og kroniske borgere, hvilket gør det specifikt. Ligeledes ligger der, ifølge de udleverede dokumenter klart, hvilke faggrupper, som skal varetage dette tilbud, hvilket henviser til opgavefordelingen. Det vurderes, at de resterende tre S.M.A.R.T.-krav ikke imødekommes, da "at have et tilbud" ikke direkte er målbart, ikke indikere, hvad der er realistisk i forhold til ressourcer og ikke kan tidsbegrænses med hensyn til, hvornår målet er nået. Jacobsen og Thorsvik beskriver, at et formål er organisationens eksistensgrundlag, hvilket, at give svage borgere et tilbud kan tolkes som. Hvis disse borgere kunne komme på vanlig rehabilitering, vil der ikke være en grund til at den udgående rehabiliteringsindsats eksisterede. Dette gør netop denne indsats unik. Det unikke kan, ifølge Jacobsen og Thorsvik også være personalets kompetencer. Den udgående rehabiliteringsindsats besidder ligeledes nogle kompetencer inden for feltet, samt en særlig måde at arbejde på (jf. 7.2.1.8 *Kontekst og mekanismer*). Det vurderes, at der er uoverensstemmelse mellem det mål, som er beskrevet i dokumenterne og det mål, lederen tilkendegiver under interviewet. Målet om, at have et tilbud til svage borgere, ligger sig dog mere op af kriterierne for et formål.

### **7.2.2.2 Beskrevne formål**

I Brønderslev Kommunes dokumenter beskrives en lang række formål, som den udgående rehabiliteringsindsats har, udover at få borgerne ind på vanlig rehabilitering. Disse formål var som følgende; Generer erfaringer, der har til formål, at fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader, forebygge genindlæggelser, forebygge u hensigtsmæssige mange indlæggelser, sikre individuelle forløb, generere statistisk materiale for den enkelte borger og rehabiliteringsindsatsen, som helhed og sikre samarbejdsmodel imellem praktiserende læge, sygehus og kommuner. Under interviewet bliver de forskellige formål præsenteret for lederen, hvorefter det beskrives, hvilke formål, som forsat er gældende og hvordan der arbejdes med disse. Lederen af interviewet rangerer de forskellige formål, alt efter hvor vigtige de er. I det følgende præsenteres citater omhandlende de vigtigste formål, samt de formål, som ikke længere er gældende:

#### Sikre individuelle forløb:

*Leder: "så det er sikre et forløb også til borgere som ellers ikke ville få, det er jo det vi gør her, ikk os, det der med at sikre individuelle forløb det skal nok være, hvor der er behov, altså fordi vi vil ikke sikre individuelle forløb til alle, det handler det ikke om [...]"*



#### Forebygge (gen)indlæggelser:

*Leder: "[...] forebygge indlæggelsen [...] jeg vil sige den her den er så lidt mere tricky efterhånden [...]"*

#### Forebygge uhensigtsmæssige mange lægekontakter:

*Bisidder 1: "[...] jeg er ikke sikker på at vi har færre lægekontakter, men vi får nogle relevante lægekontakter, på den måde at vores KOL borgere de tit venter med at ringe til egen læge indtil de er så dårlige at de rent faktisk skal indlægges, så på den måde har vi måske faktisk flere lægekontakter, men vi forebygger måske nogle indlæggelser"*

#### Genere statistisk materiale:

*Leder: "Hvis vi har fokus på det udgående, så er det ikke, længere et formål vi sådan har for øje, at generere statistisk materiale for den enkelte borger og rehabiliteringsindsatsen som helhed"*

Jacobsen og Thorsvik beskriver, at formålet er det øverste led i målhierarkiet (jf. 5.2 *Formål, mål og målhierarki*). Formålet er organisationens eksistensgrundlag, hvori det defineres, hvorfor organisationen er nødvendig. Formålet omhandler ligeledes, hvilken funktion organisationen har på samfundsplan, samt hvad der gør netop denne organisation unik. Denne unikhed kan knytte sig til organisationens kerneværdier, kompetencer eller en særlig måde at arbejde på (jf. 5.2 *Formål, mål og målhierarki*). I ovenstående citater ses det, at de tre vigtigste formål er; at sikre individuelle forløb, forebygge genindlæggelser og forebygge uhensigtsmæssig mange lægekontakter. Sikre det individuelle forløb beskrives, til at være et formål omhandlende at sikre et forløb for borgere, som ellers ikke ville få tilbudt et forløb. Dette formål er beskrevet tidligere i denne analyse (jf. 7.2.2.1 *Overordnet mål for rehabiliteringen*).

Forebyggelse af genindlæggelser er ligeledes et vigtigt formål for den udgående rehabiliteringsindsats. Dette kan være den udgående rehabiliteringsindsats eksistensgrundlag, dog er dette formål ikke unikt for organisationen. Dette formål kan varetages af andre instanser, som eksempelvis de praktiserende læger, som har til opgave at være *gatekeeper* til resterende sundhedsvæsen (Danske Regioner 2007, s. 12). Dog har den udgående rehabiliteringsindsats, grundet personalets uddannelse, kompetencerne til at forebygge genindlæggelser.

Derudover beskrives det, at forebygge uhensigtsmæssige mange lægekontakter er et formål. Dette formål bliver, under interviewet, omformet til, at den udgående rehabiliteringsindsats formål er, at sikre flere relevante lægekontakter. Dette formål er unikt for netop denne organisation, da de, ud fra de ansattes kompetencer kan være i stand til at påvirke dette formål, dog formodes det ikke, at dette formål er organisationens eksistensgrundlag. Afslutningsvis ses det, i det sidste citat, at formålet om at genere statistisk materiale om borgeren og indsatsen som en helhed ikke længere er gældende. Dette formål, ville, hvis det forsat var et formål, ikke være organisationens eksistensgrundlag, idet statistisk materiale ikke er grunden til at denne organisation er nødvendig.

I forbindelse med interviewet, beskriver lederen, hvordan de resterende to formål; at fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader og sikre samarbejdsmodel imellem praktiserende læge, sygehus og kommuner. I følgende to citater beskrives formålene:

Sikre samarbejdsmodel imellem praktiserende læge, sygehus og kommuner:

*Leder: "Det jo en ON GOING proces, ja det er det, og det flytter sig jo hele tiden, nogle læger, har vi fået etableret et rigtig god samarbejde med, som henviser deres borgere og der er stadigvæk nogen læger vi får meget få henvisninger fra, så det er stadigvæk en bevidstgørelsesproces og en kommunikationsproces, informationsproces, som er løbende vil jeg sige."*

I dette citat ses det, at organisationen er afhængig af, at lægerne har kendskab til, og henviser borgerne til indsatsen. Ud fra Jacobsen og Thorsviks teori om formål, kan det tolkes, at samarbejdet ikke er grunden til at organisationen eksisterer. Organisationens eksisterer grundet, at der intet tilbud var til borgere med svær og meget svær KOL, i hjemmet. Jacobsen og Thorsvik beskriver, endvidere, at langsigtede mål, hvilket dette kan tolkes som, er vanskelige at evaluere på og derfor ikke kan anvendes som et styringsredskab. Dog er langsigtede mål gode til at sætte rammen for organisationen, som kan fremme nytænkning i organisationen. Det vurderes, at dette formål, kan tolkes som et langsigtede mål, hvor der kontinuerligt arbejdes på at sikre, at de forskellige instanser omkring den enkelte borgere samarbejder.

Det sidste formål omhandler fastlæggelse af anbefalinger vedrørende snitflader. I dette citat beskriver ledelsen, at sundhedsaftalerne kontinuerligt udvikles og justeres. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

Fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader:

*Leder: "[...] de sundhedsaftaler, dem udvikler vi jo også stadigvæk på, nu, den på KOL den skal vi til at kigge på igen, der er kommet nogle nye nationale kliniske retningslinjer, som vi skal sikre, er den nu opdateret på det, og så hele Telecare Nord område jo med at og sætte fokus snitfladerne, fordi vi kommer til at snakke om, hvem er det der har hvilke borgere, og vi har, ja, et tættere samarbejde omkring dem som er med i projektet her"*

Det formål, kan vurderes til, på lige fod med de foregående, til ikke at være eksistensgrundlaget for organisationen, hvorfor det ikke direkte er et formål. Jacobsen og Thorsvik beskriver, som det ses i ovenstående, at langsigtede mål, hvilket dette kan tolkes som, er vanskelige at evaluere på og derfor ikke kan anvendes som et styringsredskab. Det vurderes, at dette mål ikke kan evalueres, men kan være medvirkende til at skabe rammer omkring den udgående rehabilitering i relationen med de andre forebyggende indsatser, samt bidrager til nytænkning. Denne nytænkning ses her i form af TeleCare Nord.

### 7.2.2.3 Afledte effekter

I dokumenterne, fra Brønderslev Kommune, beskrives en række afledte effekter af den udgående rehabiliteringsindsats. Disse afledte effekter er; reduktion i genindlæggelser, flere borgere modtager et tilbud, optimering af behandlingsforløb, tværfagligt samarbejde mellem hjemmeplejen og rehabiliteringsteamet og mere tilfredsstillende hverdagsliv. I interviewet beskrives det, hvordan de forskellige effekter, er blevet et resultat af behandling. Dette illustreres i følgende citater:

#### Optimering af behandlingsforløb:

*Leder: "Vi prøver og opdrage dem til og tage kontakt til lægen noget før, prøve at overbevise folk om at de skal have en selvbehandlingsplan, men det er der jo mange der har modstand af"*

#### Optimering af behandlingsforløb/ tværfagligt samarbejde imellem rehabiliteringsindsatsen og hjemmeplejen:

*Bisidder 2: "Optimering af behandlingsforløb, ja nogen gange så skabes jo i hvert fald nogle rammer der også gør, at man kan optimere[...]"*

*Leder: "Det har vi jo nogen møder med hjemmeplejen om også (behandlingsforløb), med mellemrum, hvor vi drøfter, hvor, hvordan går det her, det ku godt være lidt oftere."*

#### Flere borgere modtager rehabilitering:

*Leder: "altså hele ideen med og gi til dem, der stadig var hjemme og ikke fik noget, det gør vi at vi er ret sikre på at der er nogen der får noget, som de ellers ikke ville have fået (...) de borgere vi har været ude ved, ville ikke have fået noget hvis ikke vi var der, altså, så, det er vi ret sikre på"*

#### Mere tilfredsstillende hverdagsliv:

*Leder: "[...]vi hjælper dem simpelthen med at få hverdagen til at hænge sammen"*

#### Reduktion i genindlæggelser

*Leder: "... og reduktion i genindlæggelser, altså vi kan ikke lave den der, vi må ikke bare be om CPR nummer og følge dem ind i statistikkerne [...]"*

I ovenstående citater beskrives det, at den udgående rehabiliteringsindsats er medvirkende til, at borgerne får optimeret deres behandlingsforløb ved at motivere dem til, at tage større del i deres rehabiliteringsforløb. Det vurderes, at behandlingsforløbet optimeres, hvis der er et godt samarbejde imellem den udgående rehabiliteringsindsats og hjemmeplejen. Hjemmeplejen og rehabiliteringsindsatsen har indgået samarbejdsaftaler, som skal være medvirkende til at styrke samarbejdet, hvilket kan vurderes til at have en gavnlig effekt på borgernes forløb.

Flere borgere har fået et tilbud om rehabilitering, da der tidligere intet tilbud var til de, som ikke kunne komme ind på rehabilitering. Ud over de effekter, som er fundet ved hjælp af gennemgang af doku-

menter fra indsatsen nævnte lederen yderligere effekter, som er et resultat af den udgående rehabiliteringsindsats. Disse effekter ses i følgende citater:

*Bisidder 1: "(reduktion i) hjemmepleje timer, at man er selvhjulpen i længere tid [...] eller måske ikke man reducere dem ude ved den enkelte, men i forhold til, hvad det ku have blevet til. [...] Jeg ikke et sekund i tvivl om at vores indsats har gjort dem mere selvhjulpen og dermed også, givet livskvalitet for dem, indtil det sidste altså at, af de sengeliggende dage er blevet færre og så bliver de jo mere plejkrævende."*

Efterfølgende blev der spurgt indtil, hvordan ledelsen og personalet vurderer, at effekterne er opnået. Med hensyn til den afledte effekt omhandlende *flere borgere på rehabilitering* beskrives det, at dette kan tælles ved hjælp af journaler. Det ses i følgende citat:

*Leder: "[...] det tænker jeg godt vi kan se, vi kan jo tælle hvor mange vi har været ude ved."*

I forhold til at måle effekten af ændringer i hverdagslivet beskrives det, at dette gøres igennem borgernes journaler. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

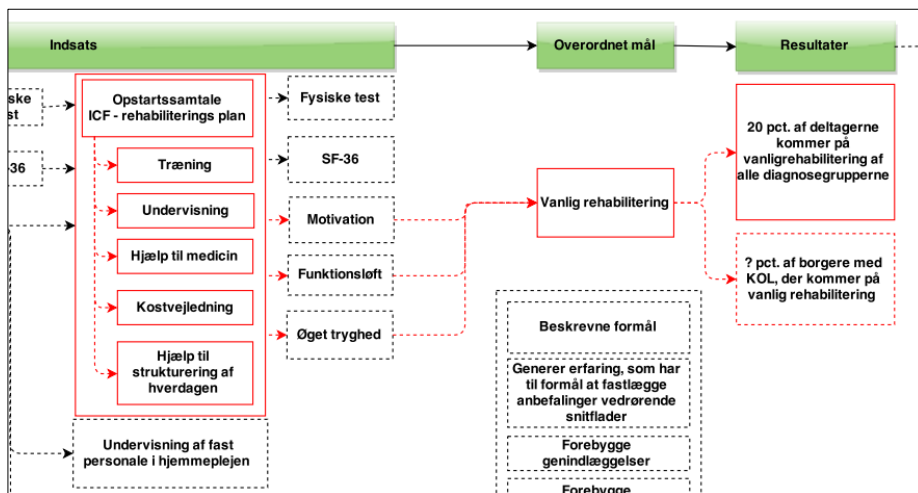
*Leder: "[...] vi dokumenterer alt hvad vi gøre, og hvad vi oplever hvad effekterne er på den enkelte borger."*

Jacobsen og Thorsvik beskriver at mål blandt andet har til hensigt, at fungere som evalueringskriterier for det arbejde, der udføres af organisationen, samt at mål skal anvendes som legitimitetsfaktor over for omgivelserne. Doran beskriver endvidere, at mål skal være; specifikke, målbare, opgavefordelt, realistiske og tidsbegrænset.

De afledte effekter, som i ovenstående er beskrevet, er ikke mål, som organisationen har opstillet på forhånd, men der kan argumenteres for, at der er mål de har vurderet, at de har opnået efterfølgende. Ses disse afledte effekter i forhold til Jacobsen og Thorsvik er det vigtigt, at disse kan evalueres. Det samme gør sig gældende, når der ses på Dorans kriterier, som beskriver at disse skal kunne måles. Den afledte effekt omkring, at flere har fået et tilbud om rehabilitering kan, som informanterne beskriver, måles ved at tælle det antal borgere som har modtaget indsatsen. Ses der på den afledte effekt omhandlende borgernes hverdagsliv henvises der til personalets dokumentation. Denne dokumentation er personalets faglige vurdering og ikke borgernes egen vurdering af effekterne af den udgående rehabilitering. Reduktion i genindlæggelser er, på samme vis, en faglig vurdering. Som tidligere beskrevet i analysen (jf. 7.2.1.7 *Motivation, funktionsløft og øget tryghed*) er faglig vurdering ikke et validt måle-redskab til måling af den udgående rehabiliteringsindsats effekter.

## 7.3 Analyse af kvantitativt data

I denne del af resultatafsnittet præsenteres projektets kvantitative data, fremkommet på baggrund af data fra borgerjournaler. Herunder præsenteres målgruppen, hvilke elementer borgerne modtager hyppigst, samt hvor mange af borgerne, der efterfølgende har deltaget på vanlig rehabilitering.



Figur 13: Illustration over, hvilket led i programteorien der undersøges

I det følgende analyseres og fortolkes data, som er fremkommet på baggrund af gennemlæsningen af de anonymiserede borgerjournalerne for den udgående rehabiliteringsindsats i Brønderslev Kommune. Dette er udarbejdet i statistikprogrammet SAS (Bilag 14). Analysen har til formål at undersøge, hvorvidt der er kausal sammenhæng imellem de elementer, der modtages i den udgående rehabilitering, og deltagelse på vanlig rehabilitering.

### 7.3.1 Præsentation af målgruppen

Ved gennemgang af journalerne blev 39 rehabiliteringsforløb identificeret ud fra 31 borgere. Dette vil sige, at flere borgere har modtaget mere end ét rehabiliteringsforløb i deres eget hjem. Borgerne har en gennemsnitsalder på 75 år. Nedenstående Tabel 5 illustrere fordelingen af køn, samt hvorfra borgerne er blevet henvist.

Variabel	Procent
<b>Køn (køn): N=39</b>	
Kvinder	69 pct.
Mænd	31 pct.
<b>Henvisn (henvisning): N=24</b>	
Ældreområdet	29 pct.
Visitationen	21 pct.
Sygehus	25 pct.
Borgeren selv	4 pct.
Egen læge	17 pct.
Træningsafdeling	4 pct.

Tabel 5: Fordelingen af køn og henvisning

I ovenstående tabel, ses det, at der i 24 journaler er dokumenteret henvisende instans. Borgerne er hovedsageligt henvist igennem ældreområdet, sygehus og visitationen med henholdsvis, 29 pct., 25 pct., og 21 pct. Henvisning fra egen læge foregår hos 17 pct. af borgerne. Dette kan vurderes, at ældreområdet og sygehuset er mere opmærksomme på henvisning til den udgående rehabiliteringsindsats, end de øvrige henvisnings instanser.

Ligeledes kommer det til udtryk, i tabellen, at der er overvægt af kvinder, der deltager i den udgående rehabiliteringsindsats, med 69 pct. og 31 pct. af borgerne er mænd.

### 7.3.2 Deltagelse på vanlig rehabilitering

Nedenstående tabel illustrerer de elementerne, som borgerne, i den udgående rehabilitering, modtager. Heri kan der aflæses, hvor stor en andel, der modtager de enkelte elementer.

N=39	Antal, der har modtaget elementet i rehabiliteringen (procent)	Antal, der ikke har modtaget elementet i rehabiliteringen (procent)
<b>Opstartssamtale</b>	33 (85)	6 (15)
<b>Træning</b>	23 (59)	16 (41)
<b>Undervisning</b>	4 (10)	35 (90)
<b>Hjælp til medicinering</b>	19 (49)	20 (51)
<b>Kostvejledning</b>	9 (23)	30 (77)
<b>Hjælp til strukturering af hverdagen</b>	2 (5)	37 (95)

Tabel 6: Deskriptiv statistik over elementerne i rehabiliteringsindsatsen

Af ovenstående tabel fremgår det, at størstedelen af borgerne modtager opstartssamtalen, 85 pct., herefter kommer *træning* og *hjælp til medicinering* med henholdsvis 59 pct., og 49 pct.

Tabel 7 illustrerer, hvor mange borgere, der er kommet på vanlig rehabilitering.

	Antal borgere, der er kommet på vanlig rehabilitering (procent)	Antal borgere, der ikke er kommet på vanlig rehabilitering (procent)
<b>Vanlig rehabilitering</b>	7 (18)	32 (82)

Tabel 7: Antal borgere, der er kommet på vanlig rehabilitering

I tabellen ses det, at 18 pct. af borgerne, efter deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsatsen, er kommet på vanlig rehabilitering. I dette tilfælde er det 7 borgere, der er tale om.

For at afdække om modtagelse af elementerne i den udgående rehabiliteringsindsats har betydning for, at borgerne kommer på vanlig rehabilitering, er en bivariat analyse anvendt. Dette skyldes, at der undersøges sammenhængen mellem to variabler. Dette gøres ved hjælp af krydstabeller. Resultaterne af analysen i SAS, er fremstillet i nedenstående tabel.

	Har ikke modtaget elementet og er kommet på vanlig rehabilitering (procent)	Har modtaget elementet og er kommet på vanlig rehabilitering (procent)
<b>Opstartssamtale</b>	0	7 (100)
<b>Træning</b>	2 (29)	5 (71)
<b>Undervisning</b>	7 (100)	0
<b>Hjælp til medicinering</b>	4 (57)	3 (43)
<b>Kostvejledning</b>	7 (100)	0
<b>Hjælp strukturering af hverdagen</b>	7 (100)	0

Tabel 8: Andel af borgere der enten har modtaget elementet, eller ikke har, som efterfølgende er kommet på vanlig rehabilitering

Som det fremgår, af overstående tabel, er ingen borgere, der har modtaget *undervisning*, *kostvejledning* og *hjælp til strukturering af hverdagen*, kommet ind på vanlig rehabilitering efter den udgående rehabiliteringsindsats. Dog har de borgere, der har modtaget *opstartssamtale*, *træning* og *hjælp til medicinering*, haft større succes med at komme ind på vanlig rehabilitering. Alle borgere, der er kommet ind på vanlig rehabilitering, har fået en opstartssamtale, hvoraf 71 pct. af disse har ligeledes modtaget træning, samt 43 pct. har modtaget hjælp til medicinering. Ud fra ovenstående vurderes det, at modtagelse af opstartssamtale, samt træning, er de to elementer i den udgående rehabiliteringsindsats, der er mest indflydelsesrige, i forhold til at komme ind og deltage på vanlig rehabilitering. Ligeledes er hjælp til medicinering også et element, der har indflydelse på at komme ind på vanlig rehabilitering. Idet at 57 pct. ikke kommer ind på vanlig rehabilitering, kan det også indikere, at hjælp til medicineringen, ikke er det element, der har størst indflydelse.

### 7.3.3 Anvendelse af måleredskaber

Ydermere undersøges, i hvor stor udstrækning måleredskaber, bliver anvendt i Brønderslev Kommunes udgående rehabilitering. I nedenstående tabel, illustreres, i hvor mange rehabiliteringsforløb, i de udleverede borgerjournaler, der er anvendt fysiske test eller 15D spørgeskemaet, for at kunne måle på indsatsens effekter.

	Antal forløb, hvori et måleredskab er benyttet (procent)	Antal forløb, hvori et måleredskab ikke er benyttet (procent)
<b>Fysisk test</b>	5 (13)	34 (87)
<b>15D spørgeskemaet</b>	0 (0)	39 (100)

Tabel 9: Anvendelse af fysiske test og 15D i rehabiliteringsindsatsen

Tabellen illustrerer, at der i fem rehabiliteringsforløb, er anvendt fysisk test til at måle borgernes funktionsniveau. Derudover illustrerer tabellen, at 15D spørgeskemaet ikke er anvendt i rehabiliterings-

indsatsen. Ud fra disse tal, vurderes det, at det er meget få gange måleredskaber anvendes i den udgående rehabilitering, hvorfor indsatsens effekter ikke kan evalueres på baggrund af dette.

#### **7.4 Resultater fra den systematiske litteratursøgning**

I følgende afsnit præsenteres de fem relevante artikler, som vurderes relevante for nærværende projekt. Disse udvalgte artikler vil blive anvendt i diskussionen og derved medvirke til besvarelse af projektets problemformulering. For yderlig information omkring artiklerne se bilag 15.

##### **Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnoea scale**

Studie af Wedzicha, J. A. et al er et RCT-studie og har evidensgrad lb i evidenshierarkiet (Juil 2012, s. 189). Studiet er gennemført i Texas i 1998 og formålet med studiet er, at teste hvorvidt effekten af fysisk træning afhænger af sværhedsgraden af det initiale niveau af dyspnø. I undersøgelsen indgår en stikprøve på 126 patienter med KOL, hvoraf 109 gennemfører. Deltagerne blev stratificeret efter niveau af dyspnø ved hjælp af MRC. De blev inddelt i følgende grupper:

- MRC 3-4 (Moderat dyspnø), (n = 66). Randomiseres til interventions- eller kontrolgruppe, der modtager træning ambulant
- MRC 5 (Svær dyspnø), (n= 60). Disse er hjemmebundne og randomiseres til interventions- eller kontrolgruppe, begge modtager træning i hjemmet.

Rehabiliteringsprogrammet bestod af undervisning og øvelser ved fysioterapi. Kontrolgruppen modtager kun undervisning. Resultatet af undersøgelsen viser, at deltagerne med MRC 3-4, der modtog træning opnåede signifikant øgning af deres i øvelses-tolerance ( $p < 0.001$ ). Der var ingen forbedring i ydeevne i forhold til øvelses-tolerance i gruppen med svær KOL. I forhold til livskvalitet ses den største forbedring i ændring af sundhedsstatus målt hos deltagere med MRC 3-4 ( $p < 0.0001$ ). Hos deltagere med MRC 5 ses en mindre, men statistisk forbedring af sundhedsstatus ( $p < 0.05$ ). Ifølge studiet kan forbedringer i øvelses-tolerance og livskvalitet efter et rehabiliteringsforløb afhænge af det initiale niveau af dyspnø (Wedzicha, Bestall et al. 1998). Denne artikel er anvendt i de britiske retningslinjer til udarbejdelse af anbefalinger for borgere med MRC 5, som er hjemmebundne. Denne artikel anvendes i diskussionen af differentiering af målgruppe for den udgående rehabiliteringsindsats.

##### **A randomized trail comparing 2 types of In-house Rehabilitation for chronic Obstructive pulmonary disease: A pilot study**

Følgende studie af McFarland et al. er et RCT-pilotstudie og befinder sig på trin lb i evidenshierarkiet (Juil 2012, s. 189). Studiets formål er, at vurdere effektiviteten af hjemmerehabilitering til personer med KOL, der er hjemmebundne og sammenligne effekten af to forskellige former for rehabiliteringsstrategier. I studiet deltager 41 personer over 40 år, med diagnosticeret KOL og FEV<sup>1</sup> under 70. Alle



deltagere har et dyspnøniveau, der forhindrer dem i at forlade hjemmet uden assistance. Deltagerne randomiseres til to grupper med følgende interventioner:

- Aerobic træning
- Styrketræning

Alle deltagere modtager undervisning i selvhjælp. Begge interventioner foregår over otte uger med 24 besøg. 24 deltagere gennemfører studiet. Primære outcome mål er livskvalitet og 2 min. gangtest. Resultatet af dette pilotstudie viser, at der for begge gruppers vedkommende sker en stigning i livskvalitet (statistisk signifikant med p-værdi <0.05). Resultatet af gangtest viser stigning i begge grupper, men resultatet er ikke signifikant. Ifølge dette studie kan begge interventioner forbedre sygdomsspecifik livskvalitet og fysisk funktionsniveau for hjemmebundne personer med KOL. Resultaterne skal dog fortolkes med forsigtighed grundet lille studiepopulation og kort follow-up på 16 uger (McFarland, Willson et al. 2012). Denne artikel skal anvendes til diskussion af borgernes vurdering af eget helbred.

### **Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients**

Dette studie er udarbejdet af Vieira D. et al. Det er et systematisk review, der befinder sig på trin 1a i evidenshierarkiet (Juul 2012, s. 189). Studie har til formål, at undersøge KOL rehabilitering i borgernes eget hjem på baggrund af randomiserede kontrollerede studier.

Vieira D. et al. identificerede 12 studier, som var i overensstemmelse med studiets inklusionskriterier. Disse studier undersøgte fysisk kapacitet og helbredsrelaterede livskvalitet. Ud af de 12 studier sammenlignede tre af studierne hjemmerehabilitering med hospitalsbaseret rehabilitering og otte sammenlignede med *standard care*, hvori der henvises til ingen behandling ud over undervisning og råd om livsstilsændringer. I et af studierne indgik både *standard care* og hospitalsbaseret rehabilitering. Hjemmerehabiliteringen havde, i de fleste tilfælde en varighed på 8 uger med minimum tre session om ugen, som varede 30 minutter. I størstedelen af studierne, som sammenligner hjemmerehabilitering og *standard care*, ses der en signifikant stigning i deltagernes fysiske kapacitet og helbredsrelaterede livskvalitet. I studierne, som sammenligner hjemmerehabilitering og hospitalsbaserede rehabiliteringen ses der ingen signifikant forskel i fysisk formåen og helbredsrelaterede livskvalitet. I vurderingen af signifikans indgår p-værdier. Rehabiliteringen bestod af fysiske aktiviteter og undervisning i varierende grad, som er beskrevet ved den enkelte studie. Deltagerne i de forskellige studier havde overordnet KOL i svær eller meget svær grad svarende til stadie 3-4 på GOLD skalaen (Vieira, Maltais et al. 2010). Dette studie skal anvendes til diskussion af borgernes vurdering af eget helbred, samt diskussion af indsatsens varighed.

### **The impact of home-based physiotherapy interventions on breathlessness during activities of daily living in severe COPD: A systematic review**

Dette studie er udarbejdet af Thomas M. et al. Dette studie er et systematisk review og har evidensgrad 1a (Juil 2012, s. 181). Studiet har til formål at undersøge, hvorvidt hjemmebaseret fysioterapi har en indvirkning på åndenød under hverdagsaktiviteter, ved borgere med svær KOL, på baggrund af randomiserede kontrollerede studier. Thomas et al. identificerede syv studier, som var i overensstemmelse med inklusionskriterierne. Fem studier undersøgte respiratorisk muskeltræning i forhold til en kontrolgruppe. Tre af disse undersøgte inspiratorisk muskeltræning i forhold til en kontrolgruppe, som enten kun fik undervisning, ingen belastning (ingen modstand) eller minimal belastning (lav belastning). Et studie undersøgte ekspiratorisk muskeltræning med en kontrolgruppe, hvor belastningen var minimal. Det sidste studie undersøgte inspiratorisk muskeltræning, ekspiratorisk muskeltræning, samt en kombination af inspiratorisk- og ekspiratorisk muskeltræning op imod en kontrolgruppe, som fik lav belastning. Studierne havde en varierende varighed, men størstedelen varede i seks måneder eller derunder. To studier undersøgte KOL rehabilitering, hvori fysisk træning indgik. Interventionsgruppen skulle, i det første studie, gangtræne i én time, fire gange om uge, hvorimod interventionsgruppen, i det andet studie, skulle træne i 30 min. to gange om ugen. Kontrolgruppen bestod af træning på løbebånd i det første studie. I det andet studie fik kontrolgruppen ingen træning. Gangtræning i hjemmet og løbebåndstræning gave begge signifikant forbedring i åndenød ved hverdagsaktiviteter ( $p = 0.01$ ). De 30 minutters aktivitet resulterede i en signifikant forbedring i åndenød i forhold til kontrolgruppen, som ingen behandling fik ( $p = 0.001$ ). Begge disse havde en varighed på to måneder. Ligeledes ses der en signifikant forbedring ved inspiratorisk muskeltræning, dog ikke ved ekspiratorisk muskeltræning. OR er ved inspiratorisk muskeltræning 2,36 (CI: 0,76-3,96). Grundet det brede konfidensinterval kan det ikke sikres, at alle interventioner har lige høj effekt (Thomas, Simpson et al. 2010). Dette studie anvendes i diskussionen af elementerne i den udgående rehabiliteringsindsats.

### **The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in turkey**

Studiet af Akinci et al. er et randomiserede kontrollerede studie, som har evidensgrad på 1b (Juil 2012, s. 181). Dette studie har til formål, at undersøge effekten af et sygeplejerske-vejledt hjemmerehabiliteringstilbud til borgere med KOL stadie 3 og 4 på GOLD-skalaen, svarende til svær og meget svær KOL. Rehabiliteringen, i interventionsgruppen, bestod af undervisning, samt træning, som var tilrettelagt ud fra den enkeltes kapacitet. Undervisningen bestod af 2-3 lektioner af 2-3 timers varighed. Undervisningen bestod af anatomi og fysiologi omhandlende lungerne, luftvejsændringer grundet KOL, årsager til sygdommen, medicinering, inhalationsteknikker, vejrtrækningsøvelser, vejrtrækningskontrol, af-

slapningsøvelser, strukturering af hverdagen, træning, metoder til rygeophør og træningsøvelser. I de tre indledende besøg undersøgte personalet udførelsen af træningen. Træningen bestod af gang, armtræning, samt vejrtrækningstræning selvstændigt imellem besøgende. Efter undervisningen fik deltagerne udleveret materiale, hvori information og øvelser var beskrevet. Efter de tre lektioner kom personalet på besøg hver 15 dag i den første måned og efterfølgende telefonisk kontakt en gang i de to sidste måneder. Kontrolgruppen modtog ingen rehabilitering.

Studiets effekter blev målt ved hjælp af lungefunktionstests, blodprøver, livskvalitetsmålinger, dyspnømålinger, samt funktionsmålinger ved brug af 6 minutters gangtest. Disse tests blev udført på en klinik før studiets start og efter den tre måneders studieperiode. I henhold til FEV<sup>1</sup>, livskvalitet og fysisk formåen ses der en signifikant bedring hos interventionsgruppen, hvorimod blodgas<sup>9</sup> og dyspnø var signifikant dårligere. Hos kontrolgruppen var der ingen signifikant ændring i forhold til FEV<sup>1</sup>, blodgas, livskvalitet, dyspnø og fysisk formåen. Resultaterne er præsenteret ved hjælp af gennemsnitsværdier, standard afvigelse og p-værdi ved de enkelte målinger (Akinci, Olgun 2011). Dette studie skal anvendes til diskussion af elementerne.

---

<sup>9</sup> Ilt og kuldioxid (Sundhed.dk 2014).

## 8.0 Diskussion

---

Dette kapitel har til formål at diskutere projektets resultater fra henholdsvis den indsamlede empiri, samt litteraturstudiet. Kapitlet er inddelt i to afsnit. Indledningsvis diskuteres projektets resultater op imod den indledende programteori. Dette, med henblik på at undersøge kausaliteten i projektets indledende programteori. Afslutningsvis diskuteres projektets metodik med henblik på at vurdere projektets kvalitet.

### 8.1 Diskussion af resultater

I følgende afsnit diskuteres de resultater, der er fremkommet på baggrund af interview, litteratursøgning, samt analyse af borgerjournalerne. Følgende diskussion skal anvendes til at besvare projektets tre undersøgelsesspørgsmål, og efterfølgende, projektets problemformulering. Derudover vil afsnittet fremdiskutere mulige forandringstiltag til Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats.

#### 8.1.1 Målgruppen

I forhold til den udgående rehabiliteringsindsats i Brønderslev Kommune, er der tidligere analyseret frem (jf. 7.2.1.1 *Målgruppen*) at målgruppen for den udgående rehabiliteringsindsats varierer afhængigt af borgernes sværhedsgrad af KOL. Målgruppen kan derfor spænde fra borgere der, efter exacerbation, har brug for rehabilitering, til borgere, der befinder sig i den terminale fase. Her er det vigtigt at have for øje, at disse borgere ikke har samme mål for deres rehabilitering, grundet deres forskellige stadier i sygdommen. Her skal rehabiliteringen differentieres, således at borgerne modtager den hjælp, de individuelt har behov for. Denne variation kan have indflydelse på effekten af rehabiliteringen.

Resultaterne fra studiet af Wedzicha et al. (1998), som indgår i de britiske retningslinjer, indikerer, at borgere med MRC 5, ikke opnår forbedringer i fysisk formåen i forhold borgere med MRC 3-4, hvor der ses forbedringer i fysisk formåen og livskvalitet. Studiet konkluderer endvidere, at borgerne med MRC 5 har en mindre signifikant forbedring i deres livskvalitet. Ud fra studiet af Wedzicha et al. (1998) vurderes det, at det er vigtigt at differentiere rehabilitering efter borgernes sværhedsgrad af KOL. Den udgående rehabilitering i Brønderslev Kommune skal have eksplicit fokus på differentieringen af målgruppen. Det betyder, at træningen skal differentieres, efter målet med rehabiliteringen, hvori der skal tages højde for sværhedsgraden af KOL. Det vil have indflydelse på, hvorvidt borgeren opnår succes med rehabiliteringen og deres mål, men ligeledes at rehabiliteringsindsatsen kan påvise effekt af indsatsen. Dokumentationens af rehabiliteringsindsatsens effekt, bliver diskuteret jf. 8.1.3 *Måleredskaber til brug ved evaluering*.

Det anbefales at udgående rehabiliteringsindsatser, til borgere med svær og meget svær KOL, differentieres ud fra borgernes FEV<sup>1</sup> eller MRC, således at mål og aktiviteter justeres efter dette.

### 8.1.2 Elementerne i rehabiliteringsindsatsen

I foregående kapitel jf. afsnit 7.1.1.1 *Elementerne i rehabiliteringsindsatsen* og 7.2.1.4 *Elementer i rehabiliteringsindsatsen* er det vis, at alle borgere modtager en *opstartssamtale*, og på baggrund af denne, udarbejdes et individuelt rehabiliteringsforløb til borgeren. Ligeledes har borgerne modtaget *træning*, *hjælp til medicinering*, samt *kostvejledning*, hvilket har bidraget til at borgerne opnår deres individuelle mål med rehabilitering. I analysen er det fremkommet at elementet *undervisning* er implicit under de andre elementer i rehabiliteringsindsatsen, og *hjælp til strukturering af hverdagen*, ikke er et anvendt element.

Lederen beskriver, at elementerne i den udgående rehabilitering ikke har ændret sig siden opstarten af indsatsen. Det kan diskuteres, i hvilken udstrækning elementerne stadig er de samme, som ved opstarten, idet *undervisning* ikke anses som et element for sig, men ligger implicit i *træning*, *hjælp til medicinering*, samt *kostvejledning*. Ligeledes kan det diskuteres, hvorvidt *strukturering af hverdagen* forsat foreligger, som et element i rehabiliteringen, idet rehabiliteringens funktion har ændret sig løbende i takt med rammerne og konteksten i kommunen. Dette kan skyldes at hverdagsrehabilitering (FRI) er implementeret i Brønderslev Kommunes, hvori ergoterapeuter er inkluderet, og hvor *strukturering af hverdagen* foreligger som et naturligt element heri.

Ud fra ovenstående vurderes det, at ikke alle elementer, som er ekspliciteret i den indledende programteori, indgår i den udgående rehabiliteringsindsats på nuværende tidspunkt. De elementer indsatsen tilbyder i nuværende rammer er; *Opstartssamtale*, *træning*, *hjælp til medicinering*, samt *kostvejledning*, og under disse elementer forekommer *undervisning*.

Elementerne, *undervisning* og *hjælp til strukturering af hverdagen* er ikke direkte omfattet af den udgående rehabilitering, hvilket er medvirkende til, at de kvantitative resultater er misvisende. Det resulterer i, at de kvantitative resultater ikke bidrager med viden om, hvorvidt de forskellige elementer bidrager til at borgerne kommer på vanlig rehabilitering.

Ud fra ovenstående diskussion anbefales det, fremadrettet, at Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats tydeliggør, at nedenstående elementer er, hvad der tilbydes borgerne, ved rehabilitering i eget hjem. Disse elementer er som følgende:

- Opstartssamtale
- Træning
- Hjælp til medicinering

- Kostvejledning

Undervisning er implicit i de enkelte elementer. Denne klare definering bidrager til større klarhed over indsatsens indhold overfor henvisende instans, borgere og personalet.

Akinci et al. (2007) har undersøgt, hvilken effekt rehabilitering i hjemmet har på borgere med KOL i GOLD stadie 3-4. Denne rehabilitering indeholder de samme elementer som Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Som det fremgår af studiet Akinci et al. (2007) har denne form for hjemmehabilitering en dokumenteret effekt i form af, en signifikant forbedring af fysisk formåen, livskvalitet og lungefunktion, ved tre måneders opfølgning. Idet ovenstående studie er sammenlignelig med Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, vurderes det, at der kan forekomme gavnlige effekter, af de elementer indsatsen tilbyder. Dog kan det diskuteres, i hvilken grad disse effekter vil forekomme, grundet, at tidsperspektivet i det udgående rehabiliteringsforløb er meget varierende (3-10 besøg).

Thomas et al. (2010) har undersøgt, hvorvidt træning af inspiratoriske- og ekspiratoriske muskler, samt fysisk aktivitet, i eget hjem, har en positiv indvirkning på deltagernes dyspnø under udførelsen af hverdagsaktiviteter. Her konkluderes det, at 30 minutters fysisk aktivitet to gange om ugen, samt træning af inspiratoriske muskler, i hjemmet, over en otte ugers periode, har en signifikant forbedring på dyspnø under udførelsen af hverdagsaktiviteter, i forhold til ingen træning.

Ud fra ovenstående artikler anbefales, at der til borgere med svær KOL, tilbydes et rehabiliteringsforløb i form af fysisk aktivitet og inspiratorisk muskeltræning i en periode på 8 uger. Ligeledes anbefales det, at borgere med svær og meget svær KOL tilbydes kontinuerlig telefonisk opfølgning på tre måneder. For at sikre at den udgående rehabiliteringsindsats har en gavnlig effekt på borgerne, bør overstående anbefalinger følges.

### **8.1.3 Måleredskaber til brug ved evaluering**

I forhold til, at måle og evaluere på den udgående rehabiliteringsindsatsens effekter, er det, ifølge analysen, sket ud fra personalets faglige vurdering og intuition, hvorfor der ikke forefindes konkrete og målbare resultater fra indsatsen. Den faglige vurdering er nødvendig i den daglige kliniske praksis i henhold til at vurdere borgernes sundhedstilstand. Dog kan den faglige vurdering ikke stå alene, hvis effekterne af den udgående rehabiliteringsindsats skal dokumenteres. Grundet dette, er det vigtigt at den udgående rehabiliteringsindsats anvender valide evalueringsredskaber.

Ligeledes ses det, i den kvantitative analyse, at 15D spørgeskemaet ikke er anvendt i de udleverede borgerjournaler, samt at 6 minutters gangtest kun ganske få gange er anvendt (jf. 7.3 *Analyse af kvantitativ data*). Disse redskaber er valide måleredskaber. Dog er disse enten ikke anvendt, eller anvendt

kontinuerlige, hvorfor der ikke kan dokumenteres en effekt ud fra disse. Det diskuteres, hvorvidt de ovenstående redskaber, er de mest anvendelige redskaber til at dokumentere effekterne af den udgående rehabiliteringsindsats, grundet, at der, i interviewet med lederen, blev angivet, at det var for omstændigt at anvende, eksempelvis 15D. Det ses, i studierne af McFarland et al. (2012), Vieira et al. (2010), og Akinçi et al. (2007), at de anvender gangtest, sygdomsspecifikke eller generiske måleredskaber til dokumentation af helbredsrelateret livskvalitet, samt spirometri, som anvendes, hos borgere med svær og meget svær KOL, i rehabilitering i eget hjem. I nærværende projekt er kvalitative interviews anvendt til vurdering af borgernes eget helbred.

Det kan, på baggrund af ovenstående, anbefales at den udgående rehabiliteringsindsats skal gøre sig bevidste om, hvilken effekt de ønsker at måle. Ved brug af kvantitativt måling skal validerede måleredskaber anvendes. Alternativt kan kvalitative redskaber anvendes. Hertil kan det tilføjes at uafhængig af, hvilken metode som vælges, skal metoden anvendes konsekvent, eksempelvis før- og eftermålinger, fastholde differentieringen efter sværhedsgrad af KOL i forhold til målgruppen, samt kontinuerlige målinger på alle borgerne.

#### 8.1.4 Kontekst og mekanismer

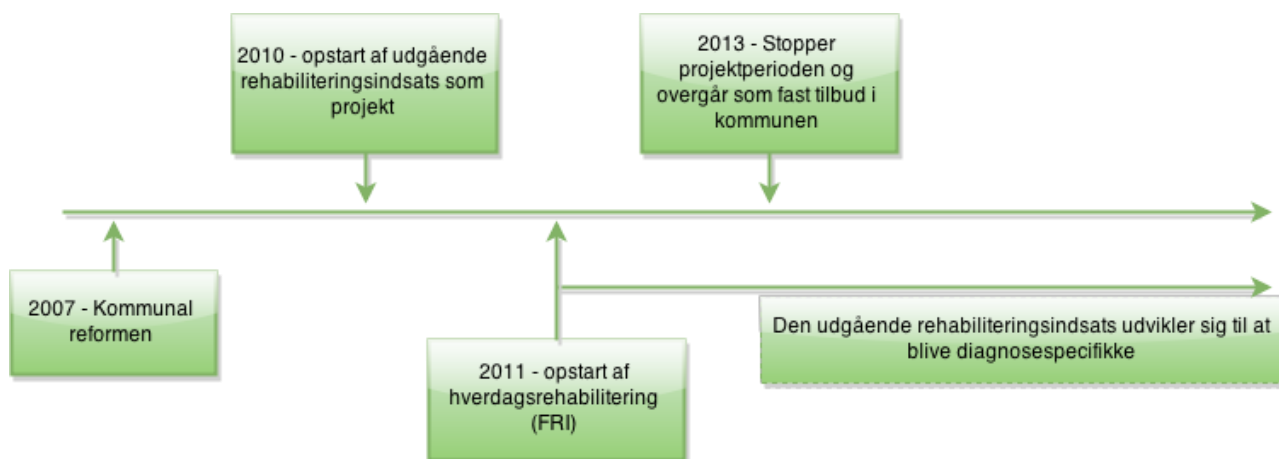
I analysen, af interviewene med borgerne og lederen, blev der beskrevet, i hvilke kontekstbetingelser den udgående rehabiliteringsindsats fungerer i (jf. 7.1.1.4 *Kontekst og mekanismer* og 7.2.1.8 *Kontekst og mekanismer*). Både borgere og lederen beskriver mekanismer, der vurderes til, at være medvirkende til, at der forekommer effekter af den udgående rehabiliteringsindsats. I følgende afsnit diskuteres, hvorvidt disse kontekstbetingelser og mekanismer har en positiv indflydelse på effekten af indsatsen. Nedenstående tabel illustreres konteksten og de nævnte mekanismer, der er fremkommet i analysen.

	Borgere	Lederen
<b>Kontekst</b>	Værdier og spilleregler i borgerens eget hjem. Sværhedsgrad af sygdom	Kommunal reform Politiske spilleregler Diagnosespecifik Hverdagsrehabilitering (FRI)
<b>Mekanismer</b>	Individualitet i tilbuddet	Individualitet (ud fra opstartssamtale)
	Gensidig tillid (kontakt ved behov)	Tæt kendskab til den enkelte borger Tværfagligt samarbejde
	Fysisk nærhed i form af lille kommune og derved gensidigt kendskab til borgere og personale	Fysisk nærhed – rehabiliteringen kommer fysisk ud i hjemmet
	Personalet personlige egenskaber	

Tabel 10: Kontekst og mekanismer for den udgående rehabiliteringsindsats

Ud fra ovenstående tabel ses det, at den udgående rehabiliteringsindsats fungerer under forskellige kontekstbetingelser. Kontekstbetingelserne, på borgersiden, vurderes til at være konstant igennem

den femårige evalueringsperiode (2010-2015). De enkelte borgere er naturligt forskellige i forhold til normer, værdier, spilleregler og sværhedsgrad af sygdom, men indsatsen er gennem hele evalueringsperioden gennemført i hjemmet hos den enkelte borger. Derimod har kontekstbetingelserne for rehabiliteringsindsatsen varieret i samme periode. Denne udvikling illustreres i nedenstående figur:



Figur 14: Tidslinje for kontekstændringer for den udgående rehabiliteringsindsats

Som det ses, i figuren, har kontekstbetingelserne for den udgående rehabiliteringsindsats ændret sig siden etableringen i 2010. Der har, grundet kommunalreformen i 2007, været en løbende tilpasning i forhold til samarbejdsaftalerne med Region Nordjylland. Yderligere er hverdagsrehabilitering FRI indført i Brønderslev Kommune, hvilket har bevirket at den udgående rehabiliteringsindsats er blevet mere diagnosespecifik. Det kan diskuteres, hvorvidt disse forandrende kontekstbetingelser har haft indflydelse på den udgående rehabiliteringsindsats evner at have sit mål for øje – at få borgerne på vanlig rehabilitering. Derved kan disse ydre rammer, som kontekstbetingelserne er, have indflydelse på kausaliteten i den indledende programteori.

Indenfor disse kontekstbetingelser er der, i projektets analyse, identificeret mekanismer hos borgerne og lederen, der kan bidrage til forklaring på den kausalitet, der er illustreret i den indledende programteori. En mekanisme, der er identificeret hos både borgerne og lederen er *individualitet*. Borgeren oplever at personalet tilbyder et individuelt tilpasset forløb ud fra deres behov. Samtidig giver lederen udtryk for at rehabiliteringsteamet oplever, at det er muligt at give et individuelt tilpasset forløb. Mekanismen *individualitet* er, under de givne kontekstbetingelser samstemmende mellem borgerne og kan have indflydelse på, hvorvidt der forekommer kausalitet i indsatsen.

Derudover er der identificeret en mekanisme, hos borgerne, der benævnes *gensidig tillid*. Denne mekanisme har baggrund i, at såvel borgere og personale i den udgående rehabiliteringsindsats, kontakter hinanden ved behov. Ydermere beskriver borgerne at personalet besidder personlige egenskaber i



form af venlighed og imødekommenhed. Disse egenskaber vurderes at være nødvendig for at skabe mekanismen, *gensidig tillid*.

Hos lederen identificeres en mekanismen, der benævnes *fysisk nærhed*, som udtryk for at rehabiliteringen kommer helt ud i hjemmet til den enkelte borger. Denne fysiske nærhed er ligeledes lokaliseret som en mekanisme hos borgerne, hvor fysisk nærhed kommer til udtryk ved, at borgeren oplever kendskab til personalet. Afslutningsvis identificeres, hos lederen, det tætte tværfaglige samarbejde som en mekanisme. Denne mekanisme vurderes til at være under indflydelse af den fysiske nærhed, der eksisterer i en mindre kommune, hvor der beskrives stort kendskab til samarbejdspartnere. Ovenstående vil samlet betegnes som mekanismen *fysisk nærhed*.

Ud fra ovenstående diskussion identificeres tre relevante CMO konfigurationer, hvilket er:

- Individualitet
- Gensidig tillid
- Fysisk nærhed

Disse tre mekanismer *kan* fungere under den givne kontekst, som eksisterer for den udgående rehabiliteringsindsats i Brønderslev Kommune. Disse mekanismer er ikke umiddelbart observerbare, men vurderes til at være nødvendige for, at der kan skabes effekt af den udgående rehabiliteringsindsats og derved give en forklaring på, *hvorfor* der opstår kausalitet i indsatsen. Det kan anbefales, ved fremtidig forandring af indsatsen, at der stræbes imod at bibeholde de tre ovennævnte mekanismer, idet disse vurderes til at have en positiv indflydelse på indsatsens effekter.

### **8.1.5 Borgernes vurdering af eget helbred**

I henhold til at måle og vurdere Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats effekt på borgernes vurdering af eget helbred er Antonovskys teori omhandlende oplevelse af sammenhæng afvendt. Det vurderes (jf. 7.1.2 *Analyse af borgernes vurdering af eget helbred*), at der er en differentieret oplevelse af, hvorvidt deltagelse i den udgående rehabilitering har indvirkning på begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Den udgående rehabiliteringsindsats skaber begribelighed hos borgerne i form af forståelse af sygdommen og dennes symptomer, men indsatsen har ikke ændret deres syn på fremtiden. Antonovskys teori har sine rødder i at undersøge, hvorfor en andel tidligere KZ- fangere havde et godt psykisk helbred trods deres tidligere oplevelser i koncentrationslejrerne (Antonovsky 2000, s. 40). De tidligere fangers dårlige oplevelser ligger derfor bag dem. Borgere med KOL er i en modsat proces, hvor deres sygdom og forværringer heraf er til stede nu og vil i fremtiden tiltage (jf. 2.1 *Sygdomsbeskrivelse af KOL*). Det kan derfor diskuteres, hvorvidt begribeligheden har sin begrænsning, når den undersøges i

forbindelse med progredierende sygdomme. Den udgående rehabiliteringsindsats kan ændre borger-nes forståelse, men det kan være svært at ændre fremsynet grundet sygdommens udvikling.

Den udgående rehabiliteringsindsats har givet borgerne redskaber og har tilført ressourcer til at håndtere deres sygdom og de udfordringer den giver, hvilket har påvirket håndterbarheden. På samme vis bidrager informanternes netværk med ydre ressourcer til håndtering af sygdommen. Den udgående rehabiliteringsindsats står derfor ikke alene med hensyn til, at hjælpe borgerne til at håndtere deres sygdom bedre. Dette kan være en bias i forbindelse med vurdering af borgernes håndterbarhed, på baggrund af den udgående rehabiliteringsindsats. Dog tilbyder den udgående rehabiliteringsindsats redskaber, som tager afsæt i en professionel viden, som det ikke formodes at borgernes netværk besidder. Afslutningsvis, blev det vurderet (jf. 7.1.2.3 *Meningsfuldhed*), at oplevelsen af meningsfuld, som et resultat af rehabilitering med det udgående rehabiliteringsteam, afhænger af, hvilket sygdomsstadie borgerne befinder sig i. Dette indikerer, at rehabiliteringsindsatsen får minimal indflydelse på meningsfuldheden jo mere påvirket borgeren er af sin sygdom.

Antonovsky beskriver, at alle tre komponenter er lige vigtige i forbindelse med oplevelsen af sammenhæng. Dog fremhæves meningsfuldheden, som er det motiverende element, som helt centralt og uden dette element, er det besværligt at ligge højt på de andre parametre (jf. 5.1 *Aaron Antonovsky*). Dette kan betyde at borgerne, ved deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsatsen, ikke opnår en oplevelse af sammenhæng grundet problematikkerne omhandlende meningsfuldheden. Det skal dog understeges at borgerne oplever en forbedring i forståelsen og håndteringen af sygdommen, hvilke har indvirkning på deres vurdering af eget helbred.

At rehabilitering i borgerens eget hjem har en indflydelse på borgernes egen vurdering af helbred understøttes af studierne, af McFarland et al. (2012), Vieira et al. (2010), og Akinci et al (1998), hvori det beskrives, at rehabilitering i hjemmet har en signifikant positiv indvirkning på deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet. Nærværende projekt og de udvalgte studier anvender, som bekendt, ikke det samme måleredskab til at vurdere hjemmehabiliteringens indvirkning på deres helbred. Størstedelen af de udvalgte artikler anvender måleredskaberne SF-36, Chronic Respiratory Questionnaire eller St. George Respiratory Questionnaire. Oplevelse af sammenhæng eller en af de nævnte redskaber til målingen af borgernes helbredsrelaterede livskvalitet kortlægger, på forskellig vis, effekten af rehabiliteringen i hjemmet. De ovennævnte studiers opbygning af indsatsen og de elementer som indgår, variere i forhold til uden udgående rehabiliteringsindsats, men elementerne; fysisk træning og undervisning går igen, hvorfor det vurderes at artiklerne kan anvendes til at understøtte nærværende projekts resultater.

Ud fra ovenstående diskussion, ses en kausalitet imellem, det at modtage den udgående rehabiliteringsindsats og opnå en større forståelse og håndtering af deres sygdom. Det kan derved anbefales, at

den udgående rehabiliteringsindsats fortsætter udviklingen af borgernes forståelse og håndtering af sygdommen.

#### **8.1.6 Formål, mål og afledte effekter**

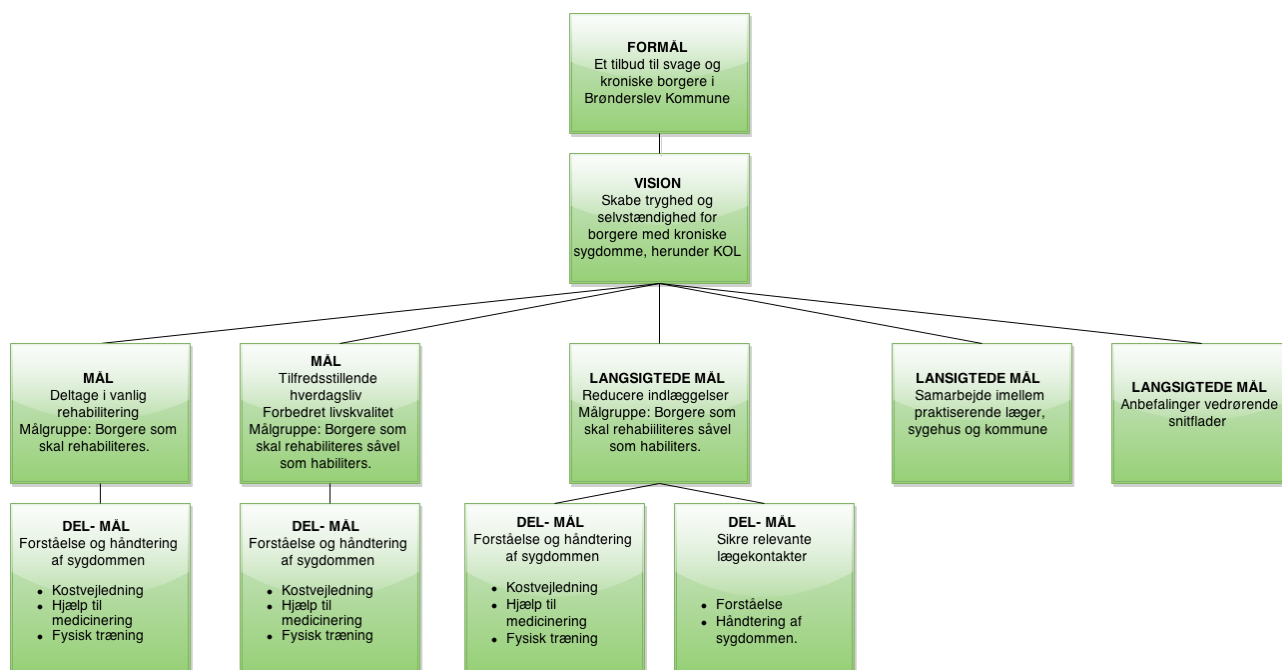
Der er, i forrige kapitel, foretaget en analyse af Brønderslev kommunes mål, formål og afledte effekter (jf. 7.2.2 *Formål og mål*). Det konstateres her, at der arbejdes ud fra et andet overordnet mål end det, der i projektperioden var ansøgt om midler til og, hvad der er beskrevet i de anvendte dokumenter (jf. 4.0 *Case-beskrivelse*). Det kan, ifølge Jacobsen og Thorsvik skabe forvirring internt i en organisation, blandt personalet, da mål, ifølge deres første og anden antagelse, skal have en motiverende effekt og skabe retningslinjer for personalet. Uden konkrete mål er det derfor svært at vide, i hvilken retning, der skal arbejdes hen imod (jf. 5.2 *Mål og målhierarki*). Ses der på samarbejdet imellem to instanser i samme enhed; FRI og den udgående rehabiliteringsindsats, beskrives det, i rapporten "*Fri til livet – en hjælpende hånd til at klare sig selv*" (Brønderslev Kommune) at det er vigtigt, at den udgående rehabilitering og FRI kender hinandens mål og plan for den enkelte borger. Den manglende overensstemmelse imellem det, som dokumenteres i offentlige dokumenter og det, som indsatsen vurderer er deres overordnede mål, formodes, at skabe forvirring internt i enheden og derved vanskeliggøre at arbejde hen imod samme mål. Dette understøttes af en bisidders udtalelse om, at samarbejdet imellem hjemmeplejen og den udgående rehabiliteringsindsats kan være svært (jf. 7.2.1.8 *Kontekst og mekanismer*). De mange formål, som beskrives i projektets analyse, vurderes til ikke at være decideret formål for indsatsen, hvorfor det kan diskuteres om dette, ligeledes, kan skabe forvirring omhandlende indsatsens eksistensgrundlag.

Udover, at de mange mål og formål kan skabe forvirring internt i organisationen, formodes det ligeledes at kunne skabe forvirring eksternt for de instanser, som henviser borgerne til den udgående rehabiliteringsindsats, såsom borgeren selv, de pårørende, praktiserende læger og sygehus. Det overordnede mål, vanlig rehabilitering, kan muligvis tilbageholde fagpersoner og borgeren selv, i at henvise, hvis de vurderer, at dette ikke er muligt. Modsat kan det tænkes, at hvis det står klart, at indsatsen har som formål, at hjælpe de svage og kroniske borgere uafhængig af sygdomsstadie, kan det motivere til flere henvisninger til indsatsen.

De afledte effekter er vurderet ud fra personalets professionelle vurdering. Ifølge rapporten "*Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet*", udarbejdet af KORA, beskrives det, at manglende dokumentation af effekter indenfor forebyggelsesområdet i kommunerne generelt er mangelfuld, og det vides derfor ikke, hvorvidt de forskellige indsatser har effekt hos den enkelte borger (Højgaard, Sørensen et al. 2006, s. 8). Den manglende dokumentation ses ligeledes i Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. Den manglende dokumentation af

effekterne skyldes til dels, manglende anvendelse af dokumentationsredskab til generering af statistisk materiale, samt manglende brug af måleredskaber. Ligeledes modtager de kroniske borgere med KOL ofte adskillige indsatser, såsom FRI, hjemmepleje, TeleCare Nord og rehabilitering, hvilket besværliggør adskillelsen af effekterne fra de enkelte indsatser.

Fremadrettet kan det anbefales, at den udgående rehabiliteringsindsats tydeliggøre indsatsens formål og mål. Det anbefales, at indsatsen opstiller målbare mål, således at de kan dokumentere effekterne af indsatsen. Ud fra ovenstående diskussion, af den udgående rehabiliteringsindsats formål og mål, har projektgruppen udarbejdet forslag til et målhierarki, som indsatsen kan anvendes som inspiration.



Figur 15: Målhierarki for den udgående rehabiliteringsindsats

I ovenstående målhierarki er det illustreret, hvordan Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats kan opstille deres formål, vision, hovedmål og delmål.

Øverst i målhierarkiet er *formålet*, som er, som tidligere beskrevet, organisationens eksistensgrundlag (jf. 5.2 *Mål og målhierarki*). Eksistensgrundlaget for den udgående rehabiliteringsindsats er, at de har et unikt tilbud til svage og kroniske borgere, som af differentieret årsager ikke kan komme ind på vanlig rehabilitering. Ligeledes er det essentielt at klarlægge, hvorfor netop denne organisation skal i varetagelse af denne funktion (jf. 5.2 *Mål og målhierarki*). Det formål skal udføres af denne organisation, da de er en del af den generelle rehabilitering til kroniske borgere og derigennem besidder kompetencer, som de andre indsatser ikke har.

Efter *formålet* kommer *visionen*, som er en beskrivelse af, hvad den ideelle situation er, samt hvad der gerne vil opnås i fremtiden (jf. 5.2 *Mål og målhierarki*). Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats har ikke beskrevet, i deres dokumenter, hvad deres vision er, hvorfor gruppens medlem-

mer har forsøgt at udforme en vision ud fra det kendskab, som er opnået igennem nærværende projektperiode.

Efter *visionen* kommer målene, som opdeles i *hovedmål* og *delmål*. Hovedmålene er konkretiserede mål, som beskriver det, som skal til for at visionen kan realiseres. Delmål derimod, er konkretiserede mål, som skal anvendes til at realisere hovedmålet. I målhierarkiet er fem mål beskrevet med delmål, hvor det fandtes relevant. De tre mål omhandlende; reduktion i indlæggelser, at sikre samarbejdsmodel imellem praktiserende læger, sygehus og kommune, samt fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader er begge langsigtede og kontinuerlige mål, som ikke sigter imod evaluering. De to hovedmål skal, ifølge S.M.A.R.T. være specifikke, målbare, henvise til opgavefordelingen, realistiske og tidsbegrænset. De tre mål, med delmål, vil i det følgende blive gennemgået ved hjælp af S.M.A.R.T.

- Reducere indlæggelser er specifikt med hensyn til, hvad der ønskes opnået, samt målgruppen er defineret. Reduktion i indlæggelser kan måles ved at undersøge, hvorvidt der er sket et fald indlæggelser blandt de borgere, som har deltaget i den udgående rehabilitering. Dog er det en kompliceret proces, hvorfor reduktion i indlæggelser ikke direkte er målbart. Opgaven skal varetages af personalet i den udgående rehabiliteringsindsats idet de besidder kompetencer, som kan bidrage til at øge forståelse og håndteringen af sygdommen, som formodes at have indvirkning på antallet af indlæggelser. Det er vigtigt her, at vurderer, hvorvidt målet er realistisk, når målgruppen er borgere med en progredierende sygdom.  
Ud fra ovenstående, kategoriseres dette mål, som et langsigtede mål, grundet problematikkerne omhandlende problemer med måling af antal af indlæggelser, samt målgruppens progredierende sygdom.
- Deltagelse i vanlig rehabilitering er specifikke med hensyn til, at de er afgrænset med hensyn til, hvad der ønskes opnået, samt målgruppen er defineret. Dette mål kan måles ved at notere, hvor mange af de, som deltager i den udgående rehabilitering, som kommer ind på vanlig rehabilitering på et sundhedscenter. Opgaven skal varetages af personalet i den udgående rehabiliteringsindsats, idet de besidder kompetencer, som kan bidrage til at øge håndteringen af sygdommen og herigennem motivere borgerne til at deltage. Det er ikke for projektgruppen muligt, at vurdere en realistisk tidsramme.
- Sikre et tilfredsstillende hverdagsliv eller forbedret livskvalitet er specifikke idet de er afgrænset med hensyn til, hvad der ønskes opnået, og målgruppen er defineret. Dette mål kan måles ved hjælp af enten kvalitative eller kvantitative metoder. Opgaven skal varetages af

personalet i den udgående rehabiliteringsindsats, idet de besidder kompetencer, som kan bidrage til at øge borgers tilfredshed og livskvalitet. Det er ikke for projektgruppen muligt, at vurdere en realistisk tidsramme.

Ovenstående målhierarki er, som tidligere beskrevet, et forslag til, hvordan Brønderslev Kommune kan opstille deres formål, vision og mål. Målhierarkiet bygger på teori, dokumenter fra Brønderslev Kommune og projektets resultater.

## **8.2 Metodediskussion**

Følgende afsnit vil diskutere projektet metodiske valg, samt projektets metodologiske kvalitet. Ydermere bliver det diskuteret, hvorvidt projektets resultater er mulige at overføre til anden kontekst.

### **8.2.1 Projektets hermeneutiske positionering**

Projektets positionering er hermeneutisk og det har været projektgruppens hensigt at sætte egen forforståelse i spil, idet projektgruppen er bevist om at vores forforståelse kan bidrage, såvel, som at sætte begrænsninger for projektet. Den hermeneutiske tilgang har haft betydning for projektet på flere områder. Dels har vi søgt at udfordre vores forforståelse og haft parathed for at ændre denne. Konkret er forforståelsen blevet sat i spil i mødet med andre studerende og i vejledningssituationer, hvor projektets antagelser, teori og erkendelsesinteresse er sat i spil. Dels har mødet med praksisfeltet, i form af interview med borgere og ledelse, påvirket projektets forståelse for rehabiliteringsområdet og har sat projektets forståelseshorisont i bevægelse for derved at opnået ny viden (Vallgård, Koch 2011, s. 167). Projektgruppen blev bevidst om, at bevidstgørelsen af egen forforståelse er en udfordring, hvilket kom til udtryk igennem forudindtaget holdninger som ikke stemte overens med informanternes udtalelser. Denne uoverensstemmelse bidrog til en ny forståelse. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt projektgruppen har været i stand til at sætte sin forforståelse i spil, og hvorvidt dette har haft indflydelse på at generere data.

Desuden fik den hermeneutiske tilgang betydning for interview med lederen. Lederen ønskede deltagelse af to medarbejdere, idet lederen ikke har været tilknyttet den udgående rehabiliteringsindsats fra projektets start. Dette ønske blev fra projektgruppen efterkommet. Denne ændring af forforståelse fik konsekvenser for projektets tilrettelæggelse af det kvalitative interview med lederen. Dette valg skabte i projektgruppen en bevidstgørelse af, at valg af hermeneutisk tilgang bevirker, at projektet gennem hele projektperioden er i bevægelse (Vallgård, Koch 2011, s. 174).

### **8.2.2 Projektets design**

Ved brug af virkningsevaluering, som design, har det været muligt, at undersøge en kompleks indsats, Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, ud fra flere metoder. Disse metoder har bi-

draget til viden om, hvorfor og hvordan den udgående rehabiliteringsindsats skaber, hvilke effekter. Dette med baggrund i, at såvel kvalitativ som kvantitativ metode er relevant for, at efterprøve kausalitet i programteorien. På baggrund af ovenstående vurderes det, at designet er hensigtsmæssigt til besvarelse af projektets problemformulering. Den viden projektet har genereret om den udgående rehabiliterings effekter er kontekstafhængig viden. Dog kan det diskuteres, hvorvidt anvendelse af den eksperimentelle tilgang til effektevaluering ville give et mere klart billede af effekterne, grundet sammenligning med en kontrolgruppe. Denne tilgang genererer viden, der er kontekstafhængig.

De to ovenstående tilgange, tilbyder to tilgange til at generere med viden om effekt, der er henholdsvis kontekstafhængig og kontekstafhængig, derfor kan disse to tilgange betragtes som to metodologiske yderpunkter (Krogstrup 2011, s. 106). Anvendelsen af det randomiserede kontrollerede forsøg, der ligger øverst i evidenshierarkiet har ikke været mulig for nærværende projekt. Hvorvidt viden, der er fremkommet ved anvendelse af virkningsevaluering, som design, kan karakteriseres som evident, er en pågående diskussion, idet evidensbegrebet, til stadighed står til diskussion videnskaberne imellem (Krogstrup 2011, s. 109).

Virksomhedsevaluering afgrænses, i evalueringsperioden, i tid. Projektet har valgt en tidsperiode fra 2010 til 2015, idet dokumenter vedrørende projektet ikke beskriver ændringer af den udgående rehabiliteringsindsats i denne periode. Under nærværende projekts periode opnås viden om, at der er foretaget justeringer i tilbuddet, på baggrund af kommunens nye og ændrede rehabiliteringsopgaver grundet kommunalreformen i 2007. Havde projektgruppen valgt en kortere tidsperiode kan det have haft indflydelse på udarbejdelse af den indledende programteori, der ville have været mere tidsaktuel. Dette er efterfølgende forsøgt håndteret ved at inddrage konteksten og ændringer i udgående rehabiliteringsindsats aktivt i analysen, således at disse ændringer afspejles i den endelige programteori (jf. 9.0 *Konklusion*). Det kan diskuteres, hvorvidt der har udviklet sig en variation af den udgående rehabiliteringsindsats i dennes tidsperiode (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 53-54).

### **8.2.3 Diskussion af kvalitativ metode**

#### **8.2.3.1 Rekruttering af informanter**

Rekrutteringsprocessen af informanterne kan have betydning for den generede empiri. De tre informanter er udvalgt af personalet i det udgående rehabiliteringsteam på baggrund af projektets målgruppe. Dette betyder, at projektgruppen ikke direkte har haft indflydelse på strategisk udvælgelse af informanter (Vallgård, Koch 2011, s. 71). Dog vurderes det, at der hos de deltagende informanter var den ønskede variation, idet de tre borgere havde forskellige sværhedsgrad af deres KOL og en borger havde deltaget i vanlig rehabilitering. Dette afspejler forskellighed i informanterne, således de udvalgte led i programteorien kunne undersøges. Hvorvidt valget af informanterne kan have indflydelse på

den positive fremstilling af det udgående rehabiliteringsteam, er ikke muligt for projektgruppen fuldt ud at vurdere. Alle tre informanter har været særdeles positive i forhold til deltagelse i den udgående rehabiliteringsindsats. Der kan, i projektet, savnes kritiske perspektiver på indsatsen, hvilket, desværre for dette projekt, ikke har været muligt. Alle tre informanter har modtaget den udgående rehabiliteringsindsats for mere end halvandet år siden. Dette kan have betydning for kvaliteten af den generede data, idet der kan være risiko for recall bias, idet informanterne kan have svært ved at huske indsatsen i detaljer.

Det kan diskuteres, hvorvidt der er selektionsbias forbundet ved valg af leder som informant, idet denne er praktisk involveret i den udgående rehabiliteringsindsats og derfor muligvis ikke direkte kan kritisk vurdere indsatsens kausalitet (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 100). Der er risiko for, at dette kan komme til udtryk i form af overestimering af indsatsens effekter og derved resultere i informationsbias. Gyldigheden af projektets data kunne have været mere fyldestgørende ved gennemførelse af fokusgruppeinterview med personalet fra rehabiliteringsteamet, idet det kunne bidrage med flere perspektiver på indsatsens kausalitet.

Som beskrevet, tidligere i dette afsnit, ønskede lederen deltagelse af to personaler. Det vurderes, at deltagelse af personalet ikke har ændret på interviewets oprindelige design. Forud for interviewet blev leder og personalet informeret om, at deltagelse af tre informanter var en metodemæssig udfordring. Interviewet blev håndteret som et enkelt interview, hvor de to deltagende personaler supplerede med viden, når dette var nødvendigt. Det vurderes, at deltagelse af tre informanter ikke har ændret interviewets oprindelige design, men har derimod givet mulighed for data, der ellers ikke ville være fremkommet.

### **8.2.3.2 Valg af interviewmetode**

Til generering af kvalitativt data er der valgt, at interviewe informanterne enkeltvis. I stedet for dette kunne projektgruppen have valgt at afholde fokusgruppeinterview og derved givet informanter mulighed for at diskutere den udgående rehabiliteringsindsats. Dette kunne have bidraget med flere nuancer af det, at modtage rehabilitering i eget hjem, grundet mulighed for fælles refleksion og diskussion, der kan skabes i et fokusgruppeinterview (Vallgård, Koch 2011, s. 63). Modsat ville fokusgruppeinterview ikke egne sig til at give viden om individualiteten i rehabiliteringsforløbet.

Alle medlemmerne af projektgruppen har gennemført interview. Dette kan have betydning for generering af data, idet hver interviewer har forskellige forudsætninger for at gennemføre interview og kan have forskellig tilgang til interviewsituationen. Denne risiko valgte projektgruppen at løbe med baggrund i, at alle i gruppen skulle have mulighed for, at skabe erfaring med at gennemføre kvalitative



interviews. For at reducere forskellighed i interviewene er alle interview gennemført med observatør, der havde til opgave at supplere og støtte interviewerens ved behov derfor.

Interviewguiden er udformet med baggrund i programteori og teori. Dette har givet anledning til anvendelse af *for* fagspecifikke termer i interviewsituation med borgerne. Begreberne *funktionsløft* og *vanlig rehabilitering* var ikke kendt af de interviewede borgere. Dette betød at der i interviewsituationen opstod tvivl og misforståelse som skulle håndteres i interviewsituationen. Det vurderes, af projektgruppen, at det, i alle tre interview, blev håndteret således den generede data kan anvendes. I tillæg til dette havde de interviewede borgere svært ved at adskille hjemmerehabilitering fra de øvrige tilbud de modtog. Denne tvivl forsøges afklaret under interviewet, men risiko for informationsbias kan ikke udelukkes. At projektgruppen forud for interviewene ikke havde fuldt kendskab rehabiliteringsområdet i Brønderslev Kommune inden udarbejdelse af interviewguide, vurderes som et aspekt, der kan have indflydelse på tvivl og misforståelser opstået under interviewene med borgerne.

### **8.2.3.3 Diskussion af valg af teori**

I nærværende projekt blev to overordnede teorier valgt til at belyse to af projektets undersøgelses-spørgsmål, hvoraf den ene indeholdte teori fra to forskellige vinkler, omhandlende samme tema. Antonovskys teori, omhandlende oplevelse af sammenhæng, blev valgt til at belyse borgernes vurdering af eget helbred efter at have modtaget rehabilitering af det udgående tema, hvorimod Jacobsen og Thorsvik, samt Dorans teori, omhandlende formål og mål, blev udvalgt til at belyse Brønderslev Kommunes adskillige formål og mål.

Teorien omhandlende "*oplevelsen af sammenhæng*" blev valgt på baggrund af de tre begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed idet projektgruppen havde en forforståelse om, at Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats har en effekt på disse, samt at denne teori, kvalitativt, anvendes til at måle borgernes vurdering af eget helbred. I diskussion af vurdering af eget helbred (jf. 8.1.5 *Borgerens vurdering af eget helbred*), ses det, at borgerne ikke opnår en oplevelse af sammenhæng, men derimod har den udgående rehabilitering indvirkning på borgernes forståelse og håndtering af sygdommen. Antonovsky blev, som tidligere nævnt, udviklet til at undersøge personers psykiske tilstand efter traume og ikke progredierende sygdomme, hvilket KOL er. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt denne vinkel på teorien, kan have haft indflydelse på projektets resultater.

De tre førømtalte begreber indgår i et valideret spørgeskema (Eriksson, Lindström 2005), som ikke, i nærværende projekt er anvendt. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt de tre enkeltstående begreber, som projektets medlemmer har udarbejdet kvalitative interviews spørgsmål efter, er i stand til at måle borgernes oplevelser af sammenhæng, når der er taget ud af deres valideret kontekst.

Dog skal det understreges, at det, ved brug af de tre enkeltstående begreber, har været muligt at få et kvalitativt perspektiv, hvilket har bidraget til at kortlægge og forstå effekterne af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats på borgernes vurdering af eget helbred. Det vurderes, på baggrund af ovenstående, at teorien har været relevant for nærværende projekt.

Jacobsen og Thorsviks teori omhandlende mål og formål er valgt grundet dens målhierarki, samt deres beskrives af formål og mål i relation med offentlige organisationer, hvilket den udgående rehabiliteringsindsats indgår i. Jacobsen og Thorsvik er dog en tolkning af andre forfatters teorier om formål og mål, hvorfor denne teori er sekundær litteratur. Ved anvendelse af sekundær teori i en opgave er det vigtigt, at have et eksplicit formål med dette (Rienecker, Stray Jørgensen et al. 2012, 181) Jacobsen og Thorsvik tjent det formål, at den har været medvirkende til at analysere projektets empiri, samt opstille forslag til et mål hierarki, hvorfor det kan forsvares at denne sekundære litteratur er anvendt. Dorans teori omhandlende S.M.A.R.T.- modellen er, på samme vis, som Jacobsen og Thorsvik, anvendt til at analysere den indsamlede empiri omhandlende formål og mål. Det kan diskuteres, hvorvidt anvendelse af S.M.A.R.T.- modellen bidrager med yderligere viden end Jacobsens og Thorsviks teori. Dog er S.M.A.R.T. – modellen et redskab, som er let anvendeligt, i praksis, til udformning og vurdering af formål og mål. Dette, og det faktum, at Dorans teori er primær litteratur, er begrundelsen for at teorien er medtaget.

#### **8.2.4 Den systematiske litteratursøgning**

Det kan diskuteres, hvorvidt den aktuelle systematiske litteratursøgning har været fyldest gørende for at udforske projektets problemformulering. Nærværende projekts problemformulering tager udgangspunkt i specifik intervention gennemført i Brønderslev Kommune. Dette har bevirket, at der ikke er fremfundet litteratur der nøjagtig dækker projektets problemstilling.

##### **8.2.4.1 Kvaliteten af den identificerede litteratur**

De fem anvendte artikler to systematiske reviews og tre RCT-studier, der henholdsvis har evidensgrad Ia og Ib. Det kan dog diskuteres, hvorvidt kvaliteten af det systematiske review er tilstrækkeligt, idet studierne deri, er af lav til moderat kvalitet. Det har grundet tidsbegrænsninger i nærværende projekt, ikke været muligt at gå yderligere i dybden med dette.

Derudover har den systematiske litteratursøgning primært indeholdt udenlandsk litteratur, hvorfor disse studier skal overføres til dansk kontekst med forbehold. Dog er flere af studierne fra lande, som er sammenlignelig med det danske samfund og kultur, hvilket muliggør overførbarheden af studierne. Dette er lande så som Canada og England. Desuden har enkelte studier et lavt antal deltagere, hvilket har indflydelse på studiet validitet, dog vurderes disse anvendelige, idet målgruppen har været sammenlignelig med projektets målgruppe.

#### **8.2.4.2 Søgetermer, boolske operatører og publikationsbias**

I forbindelse med søgningen i de anvendte databaser, er projektgruppen støt på udfordringer. En af udfordringerne har været at finde litteratur, der kunne diskuteres i forhold til formål og mål. Herunder kan det diskuteres, hvorvidt der, i denne del af søgningen, har været relevante søgetermer, for at finde organisatoriske sammenhæng mellem mål og dennes påvirkning på udførelsen af rehabiliteringen. Ligeledes kan det diskuteres, hvorvidt der er søgt i de relevante databaser, for at afdække denne del af problemformuleringen, idet dette emne sandsynligvis relatere sig mere til fag- og teoribøger.

Ligeledes kan det diskuteres, hvorvidt den boolske operatører *NOT* kunne have været anvendt til at ekskludere specifikke patientcentret målsætningsredskaber, for at tydeliggøre at søgningen omhandler organisatoriske mål og ikke rehabiliterings- og patientrettede mål. Det kan ligeledes diskuteres, hvorvidt der skulle have været anvendt *OR* i mellem "*COPD*" og "*homebound patients*", idet dette ville have udvidet søgningen for projektets målgruppe.

Publikationsbias er et generelt og veldokumenteret problem i den videnskabelige verden, hvor studier, som har en positiv effekt, har større sandsynlighed for at blive publiceret end studier med et negativt resultat. Dette skaber en overvurdering af effekten indenfor det, der undersøges. Der foreligger derfor, i nærværende projekt, en mulighed for, at der er studier, indenfor projektets aktuelle områder, som ikke er publiceret grundet negativt resultat. Publikationen af studier med negative resultater afhænger af, hvor mange ressourcer, som er anvendt på studier, hvorfor små studier har større sandsynlighed for ikke at blive publiceret end studier, hvor der er anvendt adskillige ressourcer. (Juul 2012, s. 189)

#### **8.2.5 Projektets metodiske kvalitet**

Til vurdering af projektet intern validitet tages udgangspunkt i kvalitetskriterier for henholdsvis den kvalitative og den kvantitative metode som er beskrevet i de respektive afsnit. Derudover vil projektets vurderes ud fra hvorvidt, det anvendte design for projektet giver mulighed for, at overføre resultater til andre kontekster.

Til vurdering af projektets kvalitative (jf. 6.3.1.1 *Kvalitative kvalitetskriterier*) metode vurderes at projektet har høj transparens, idet læseren i projektet kan følge processen i den kvalitative datagenerering igennem design- og gennemførelsesfasen. Dette er søgt tilgodeset ved, at beskrive disse faser så nøjagtigt som muligt. Derudover er der søgt, at beskrive projektgruppens perspektiv og antagelser og derved tydeliggøre for læseren med, hvilken baggrund, der er foretaget metodiske valg og nedslag i programteorien (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 492). Det vurderes ydermere kvalitetskriteriet gyldighed er efterkommet i projektet idet der i projektets analyseproces anvendes empiri fra samtlige

informanter og disse er forankret i analyseprocessen med eksempler (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 492).

### **8.2.5.1 Kvantitativ metode**

Til vurdering af projektets kvantitative resultater anvendes de førnævnte kvalitetskriterier; validitet, reliabilitet, præcision, generaliserbarhed samt prædiktions (jf. 6.4.1 *Kvalitetskriterier ved kvantitativ metode*).

Validiteten henviser til, hvorvidt det tilsigtede måles. I nærværende projekt måles der ikke det tilsigtede, idet borgerjournalerne er for overordnet, i forhold til at generere kvantitativt data. Dette, grundet at journalerne ikke systematisk dokumenterer, hvilke elementer i indsatsen borgeren modtager, samt hvorvidt borgeren kommer på vanlig rehabilitering. Det understøttes af de kvalitative data, som viser, en uoverensstemmelse i, idet at lederen beskriver at alle borgere modtager en opstartssamtale. Der er således diskrepans mellem kvantitative og kvalitative data. Ligeledes er det fremkommet, i analysen (jf. 7.1.1.1 *Elementerne i rehabiliteringsindsatsen* og 7.2.1.4 *Elementerne i rehabiliteringsindsatsen*), at undervisningen er implicit i *træning og hjælp til medicinering*, hvorfor denne, i de kvantitative data, ikke viser at have en effekt. Til gennemgang af journalerne blev projektgruppen derudover, informeret om, at det ikke var alle borgerne, der havde en journal vedrørende kostvejledning fra diætisten. Dette skyldes at diætisten ikke dokumenter i samme journalsystem som sygeplejersken og fysioterapeuten, hvorfor dette element ikke kan vise en effekt, for at komme på vanlig rehabilitering. Ud fra ovenstående vurderes det at projektets kvantitative data har lav validitet. Den lave validitet påvirker projektets reliabilitet, idet der foregår tolkning i gennemgangen af borgerjournalerne. Derved bliver det vanskeligt for andre forskere at opnå samme resultat, hvorfor reliabiliteten i dette projekt er lav.

Det vurderes ydermere at præcisionen er høj, idet der måles i relevante enheder for projektets kvantitative metode. Det vurderes, at generaliserbarheden er lav på grund af lav validitet i de kvantitative målinger, til trods for en repræsentativ målgruppe.

Ud fra ovenstående, vurderes det, at de udleverede borgerjournaler ikke er egnet til data bearbejdning af kvantitative data, idet de hverken er valide eller reliable. Grundet dette, er disse data ikke tilstrækkelige til at klarlægge, hvorvidt der forekommer kausalitet imellem dét at modtage de enkelte elementer i rehabiliteringsindsatsen, og deltagelse på vanlig rehabilitering. På baggrund af dette, vurderes det at prædiktions for de kvantitative data er lav.

### **8.2.5.2 Vurdering af projektets overførbarehed**

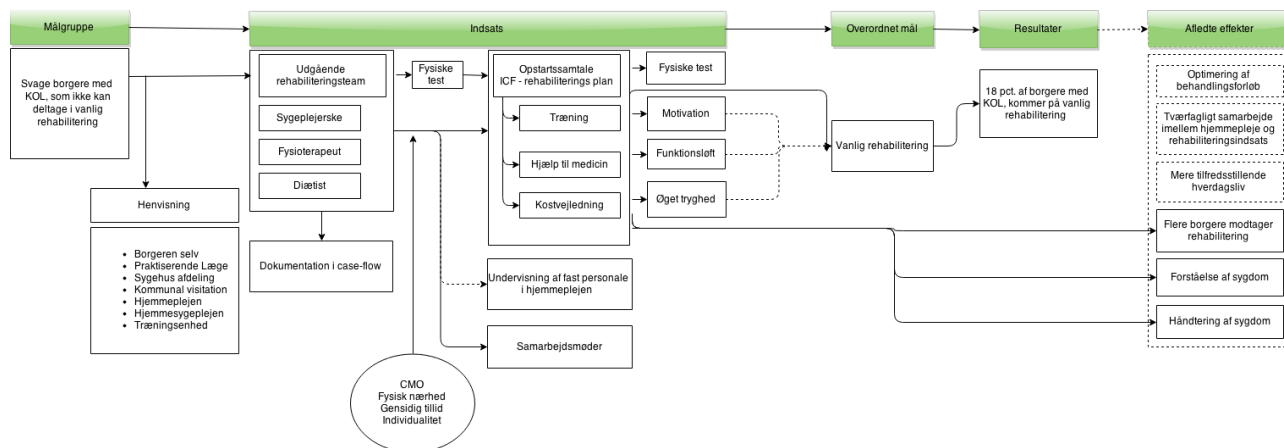
Ved vurdering af projekts overførbarehed til andre kontekster, kan der ved anvendelse af virkningsevaluering som design, stilles spørgsmål ved, om nærværende projekt, udover at undersøge en den udgående rehabiliteringsindsats, er muligt at overføre og derved have bredere værdi i forskningsøjemed.

Ved anvendelse af virkningsevaluering, som design, testes projektets indledende programteori under hensyn til den specifikke kontekst, som er Brønderslev Kommune. Desuden er der, i analysen, synliggjort, hvilke specifikke mekanismer, der forbinder indsatsen med effekten. På baggrund af dette, kan projektets resultater have sine begrænsninger i forhold til overførbare til andre kontekster. Der kan dog, modsat, argumenteres for at, virkningsevaluering generaliseres med baggrund i CMO-konfigurationer. Det betyder, at overførbare af projektets resultater kan anbefales til andre kontekster, hvor det er muligt, at de fremfundne mekanismer; *individualitet, gensidig tillid og fysisk nærhed* er eksisterende eller sandsynlige at skabe (Dahler-Larsen, Krogstrup 2003, s. 108). Ved overførbare til andre kontekster er det afgørende, at der er skabt forståelse for, hvorfor noget virker for nogen (Bredgaard, Jørgensen et al. 2011, s. 5). I tillæg til dette, skal der, i forhold til udbredelse af indsatsen, derfor være kendskab til og ekspliciteret, hvilke kontekstbetingelser indsatsen virker i. Disse kontekstbetingelser har betydning for, hvorvidt indsatsen kan virke i andre kontekster end Brønderslev Kommune (Dahler-Larsen 2013, s. 149-150). Nærværende projekt, og virkningsevaluering af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, er udarbejdet under kontekstbetingelser som beskrevet jf. *8.1.4 Kontekst og mekanismer*. Kommunalreformen er en kontekstbetingelse, som er ens for alle landets kommuner. Hvorvidt de regionale- og kommunale politiske beslutninger er ens, ligger udenfor dette projekts mulighed for at vurdere. Dertil er det ikke klarlagt, i nærværende projekt, i hvilket omfang alle kommuner har indført hverdagsrehabilitering.

Det vurderes derfor, at overføre projektets resultater til anden kontekst er muligt. Dog kræver det en afdækning af de gældende kontekstbetingelser, samt vurdering af, hvorvidt de identificerede mekanismer er til stede eller mulige at skabe.

## 9.0 Konklusion

Indledningsvis præsenteres og forklares den færdige programteori. Efterfølgende besvares projektets tre undersøgelsesspørgsmål, samt den overordnede problemformulering. Konklusionerne er baseret på den viden, som er fremkommet igennem analyse og diskussion af projektets empiri.



Figur 16: Den færdige programteori for Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats. De fuldoptegnede streger bekræfter kausaliteten, hvorimod de stiplede linjer viser områder, som kræver yderlig undersøgelse.

Ovenstående, figur 16, illustrerer indsatsens indhold og den kausale sammenhæng. Figuren illustrerer, at antagelserne, fra den indledende programteori, til dels er bekræftet og afkræftet, som ovenstående programteori viser. Ydermere er der, i nærværende projekt, udviklet anbefalinger, til forandring til forbedring af den udgående rehabiliteringsindsats.

I det følgende besvares undersøgelsesspørgsmål 1.

*Hvordan bidrager Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats muligheden for, at borgere med svær og meget svær KOL, kan deltage i vanlig rehabilitering?*

Det har ikke været muligt, grundet at borgerjournalernes kvalitet, at vurdere, hvilke elementer, som bidrager til, at borgerne kommer på vanlig rehabilitering. Det kan dog konkluderes, at 18 pct. af de borgere, som deltog i den udgående rehabiliteringsindsats, i perioden 2011-2014, er kommet på vanlig rehabilitering efterfølgende. I den kvalitative analyse ses det, at det lave antal deltagere kan skyldes, at borgerne ikke er interesset i at deltage i vanlig rehabilitering, grundet andre interesser eller mulighed for at bruge hverdagsaktiviteter som fysisk træning derhjemme. Det ses ligeledes, at den manglende deltagelse i vanlig rehabilitering kan skyldes at tidspunktet ikke passer ind med de vanskeligheder sygdommen giver. Nærværende projekt har ikke undersøgt indsatsen, *vanlig rehabilitering*, hvorfor det kræver yderligere undersøgelser at afdække, hvorledes dette tilbud kan tilpasses borgeres individuelle behov.

I det følgende besvares undersøgelsesspørgsmål 2.

*Hvordan påvirker Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats borgerens vurdering af eget helbred?*

Det konkluderes, at Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats bidrager til en større forståelse og håndtering af sygdommen, hvilket har positiv indvirkning på deres vurdering af eget helbred. Dog oplever borgerne ikke en *oplevelse af sammenhæng* efter deltagelse, i den udgående rehabiliteringsindsats. Dette kan skyldes den manglende oplevelse af meningsfuldhed.

I det følgende besvares undersøgelsesspørgsmål 3.

*Hvilken sammenhæng er der mellem Brønderslev Kommunes formulerede formål og mål for den udgående rehabiliteringsindsats og indsatsens effekter?*

Det konkluderes, at Brønderslev Kommune ikke direkte har evalueret på deres formål og mål, udover hvor mange borgere, der er kommet ind på vanlig rehabilitering. Der ses ikke en sammenhæng mellem de opstillede mål og indsatsens effekter. Det kan skyldes at formål og mål ikke har været struktureret tilstrækkeligt til at skabe målbare mål, samt retning for indsatsen.

I det følgende besvares projektets overordnede problemformulering.

*Hvilke tilsigtede og utilsigtede effekter har Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, der ikke kan komme på vanlig rehabilitering, samt hvilke forandringer kan anbefales således, at indsatsen kan forbedres?*

Det konkluderes, at Brønderslev Kommunes tilsigtede effekt, at borgerne kommer ind på vanlig rehabilitering, sker for omkring hver 5. deltager i den udgående rehabilitering. Ligeledes kan det konkluderes, at *forståelse og håndtering* af sygdommen KOL er utilsigtede effekter, som den udgående rehabiliteringsindsats er i stand til at udvikle, samt at *individualitet, gensidig tillid og fysisk nærhed* er medvirkende til at skabe tilsigtede og utilsigtede effekter.

I nedenstående tabel opsummeres de anbefalingerne, som fremkommet i diskussionen, til henholdsvis den udgående rehabiliteringsindsats, samt til rehabilitering af borgere med svær og svær meget KOL, i eget hjem.

TEMA	ANBEFALINGER
<b>Målgruppen</b>	Det anbefales, at udgående rehabiliteringsindsatser, til borgere med svær og meget svær KOL, differentieres ud fra borgernes FEV <sup>1</sup> eller MRC, således at mål og aktiviteter justeres efter dette.
<b>Elementer</b>	Det anbefales, at Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats tydeliggør, at nedenstående elementer er, hvad der tilbydes borgerne, ved rehabilitering i eget hjem. Disse elementer er som følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opstartssamtale</li> <li>• Træning</li> <li>• Hjælp til medicinering</li> <li>• Kostvejledning</li> </ul>
<b>Varighed af indsatsen</b>	Det anbefales, at der til borgere med svær KOL, tilbydes et rehabiliteringsforløb i form af fysisk aktivitet og inspiratorisk muskeltræning i en periode på 8 uger. Ligeledes anbefales det, at borgere med svær og meget svær KOL tilbydes kontinuerlig telefonisk opfølgning på tre måneder. For at sikre at den udgående rehabiliteringsindsats har en gavnlig effekt på borgerne, bør overstående anbefalinger følges.
<b>Måleredskaber</b>	Det anbefales, at den udgående rehabiliteringsindsats gør sig bevidste om, hvilken effekt de ønsker at måle. Ved brug af kvantitativt måling skal validerede måleredskaber anvendes. Alternativt kan kvalitative redskaber anvendes. Hertil kan det tilføjes, at uafhængig af, hvilken metode som vælges, skal metoden anvendes konsekvent, eksempelvis før- og eftermålinger, fastholde differentieringen efter sværhedsgrad af KOL i forhold til målgruppen, samt kontinuerlige målinger på alle borgerne.
<b>Kontekst og mekanismer</b>	Det kan anbefales, ved fremtidig forandring af indsatsen, at der stræbes mod at bibeholde de tre ovennævnte mekanismer, idet disse vurderes til at have en positiv indflydelse på indsatsens effekter.
<b>Vurdering af eget helbred</b>	Der ses en kausalitet imellem, dét at modtage den udgående rehabiliteringsindsats, og opnåelse af større forståelse og håndtering af deres sygdom. Det kan derved anbefales, at den udgående rehabiliteringsindsats fortsætter udviklingen af borgernes forståelse og håndtering af sygdommen.
<b>Formål, mål og afledte effekter</b>	Det anbefales, at den udgående rehabiliteringsindsats tydeliggør indsatsens formål og mål. Det anbefales, at indsatsen opstiller målbare mål, således at de kan dokumentere effekterne af indsatsen.

Tabel 11: Samlede overblik over anbefalinger til Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats

I det følgende kapitel gives et bud på, hvordan ovenstående anbefalinger kan implementeres i praksis.



## 10.0 implementering af anbefalede forandringer

---

Med baggrund i evalueringen af Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats, som nærværende projekt har gennemført, er der, i diskussionen, fremkommet anbefalinger til forbedring af indsatsen. Disse anbefalinger skal, for at skabe forandring, implementeres i den daglige praksis. Følgende afsnit vil forsøge, at give et bud på, hvorledes Brønderslev Kommune fremadrettet kan arbejde med at implementere disse anbefalinger til forbedringer.

Med baggrund i ovenstående vil dette afsnit kort præsentere forbedringsmodellen, som anvendes indenfor kvalitetsudvikling, idet den giver mulighed for, at omsætte viden, der er fremkommet på baggrund af nærværende projekt til praksis i det udgående rehabiliteringsteam (Anhøj 2014, s. 5). Denne model til implementering er valgt, idet den arbejder ud fra, at nye tiltag skal fungere i en lokal kontekst med inddragelse af frontpersonale, samt en fortløbende måling af, hvorvidt forandringerne medfører effekt eller ønskede forandringer (Mainz 2011, s. 340-342). I den udgående rehabiliteringsindsats ses modellen relevant, da det er teamet, som står for udvikling og gennemførelse af indsatsen (jf. 4.0 *Casebeskrivelse*). *Forbedringsmodellen* består af tre spørgsmål, som danner grundlag for den forbedringsindsats, der ønskes iværksat;

- Hvad vil vi opnå?
- Hvornår er en forandring en forbedring?
- Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?

På baggrund af overvejelserne, indenfor de tre ovenstående spørgsmål, gennemføres der testning af forandringstiltaget ved brug af små-skala-tests. Denne test gennemgår fire faser, som benævnes:

- *Plan* – her planlægges forandringstiltaget. Hvem gør hvad og hvornår, og der laves plan for dataindsamling. Desuden formuleres hypotesen om effekt af et givet forandringstiltag.
- *Do* – man udfører forandringstiltaget, som dokumenteres ved at indsamle data.
- *Study* – her analyseres data og sammenlignes i forhold til de forventninger, der var om testens udfald.
- *Act* – her vurderes, hvorvidt den gennemførte forandring, har ført til forbedringer, samt hvorvidt der skal testes på flere borgere.

Denne test gennemføres, eksempelvis, først hos en borger, hvorefter den justeres og afprøves indtil den forventede forbedring er gennemført. Denne proces gennemføres derefter på flere borgere inden tiltaget implementeres til alle borgere. Denne proces har til hensigt, at justere forandringstiltaget således det tilpasses lokal kontekst (Mainz 2011, s. 340-342).

Ovenstående forbedringsmodel er baseret på, at kvalitet måles ved hjælp af udarbejdede indikatorer, der er målbare variabler, og modellen bygger på, at forandringstiltag måles kvantitativt. Det er relevant at Brønderslev Kommune vurderer, hvorvidt denne model skal suppleres med kvalitative målinger.

# 11.0 Referenceliste

---

- AKINCI, A.C. and OLGUN, N., 2011. The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey. *Rehabilitation nursing*, 36(4), pp. 159-159-65.
- AMIRI, H.M., 2012. *The impact of anxiety on chronic obstructive pulmonary disease*: Scientific Research.
- ANHØJ, J., 2014. *Fra kontrol til forbedring: evidensbaseret kvalitetsudvikling i praksis*. Undervisningsmateriale edn. Jakob Anhøj.
- ANTONOVSKY, A., 2000. *Helbredets mysterium*. 1 edn. København K: Hans Rietzels Forlag.
- ATLANTIS, E., FAHEY, P., COCHRANE, B. and SMITH, S., 2013. Bidirectional Associations Between Clinically Relevant Depression or Anxiety and COPD: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest*, 144(3), pp. 766-766-.
- BARBERA, J., BUIST, A.S., CALVERLEY, P. and ET AL., 2014. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc.
- BILDE, L. and SVENNING, A.R., 2004. *Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsenet.
- BOLTON, C.E., BEVAN-SMITH, E.F., BLAKEY, J.D., CROWE, P., ELKIN, S.L., GARROD, R., GREENING, N.J., HESLOP, K., HULL, J.H., MAN, W.D., MORGAN, M.D., PROUD, D., ROBERTS, M.C., SEWELL, S., Sally J, WALKER, P.P. and WALMSLET, S., 2013. British thoracic society guideline on pulmonary rehabilitation in adults: accredited by NICE. 68(30), pp. 1-30.
- BREDGAARD, T., JØRGENSEN, H.H., MADSEN, R., DAHL, M.R. and HANSEN, C., 2011. *Hvad virker i aktiveringsindsatsen?* Forskningscenter for Evaluering.
- BRENES, G.A., 2003. Anxiety and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Impact, and Treatment. *Psychosomatic medicine*, 65(6), pp. 963-963-970.
- BRINKMANN, S.(.) and TANGGAARD, L.(.), 2010. *Kvalitative metoder : en grundbog*. Kbh. : Hans Reitzel.
- BRØNDERSLEV KOMMUNE, *FRI til livet - en hjælpende hånd til at klare sig selv*. Brønderslev Kommune.
- CENTER FOR FOREBYGGELSE, 2009. *Regionernes forebyggelsesopgaver - en vejledning til § 119, stk. 3*. Sundhedsstyrelsen.
- CENTER FOR KOMMUNE- OG REGIONØKONOMI, 30.04, 2012-last update, Opgaver for kommuner og regioner [Homepage of Finansministeriet], [Online]. Available: <http://www.fm.dk/arbejdsomraader/kommuner-og-regioner/og-gaver-for-kommuner-og-regioner/>.
- CHRISTENSEN, A.I., DAVIDSEN, M., EKHOLM, O., PEDERSEN, P.V. and JUEL, K., 2014. *Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København S: Sundhedsstyrelsen.

- DAHLER-LARSEN, P., 2013. *Evaluering af projekter - og andre ting, som ikke er ting*. Odense : Syddansk Universitetsforlag.
- DAHLER-LARSEN, P. and KROGSTRUP, H.K., 2003. *Nye veje i evaluering : håndbog i tre evalueringsmodeller*. Århus : Systime.
- DANMARKS EVALUERINGSINSTITUT, 2012. *Hvordan kan man evaluere en effekt?* København Ø.: Dansk Evalueringsinstitut.
- DANMARKS LUNGEFORENING, 07/23, 2104-last update, Alfa-1-Antitrypsinmangel [Homepage of Danmarks Lungeforening], [Online]. Available: <https://www.lunge.dk/alfa-1-antitrypsinmangel> [3/3, 2015].
- DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN, 8/4, 2013-last update, KOL-klassifikation [Homepage of Dansk Selskab for Almen Medicin], [Online]. Available: [http://www.dsam.dk/flx/kliniske\\_vejledninger/kol\\_i\\_almen\\_praksis/kol\\_klassifikation/](http://www.dsam.dk/flx/kliniske_vejledninger/kol_i_almen_praksis/kol_klassifikation/) [25/, 2015].
- DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN, 29/4, 2008-last update, Bilag 1. Spirometri [Homepage of Dansk Selskab for Almen Medicin], [Online]. Available: [http://www.dsam.dk/flx/kliniske\\_vejledninger/kol\\_i\\_almen\\_praksis/bilag\\_1\\_spirometri/](http://www.dsam.dk/flx/kliniske_vejledninger/kol_i_almen_praksis/bilag_1_spirometri/) [25/02, 2015].
- DANSKE REGIONER, 2007. *Samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, region og kommune*. Danske Regioner.
- DATATILSYNET, 05/06, 2015-last update, Opbevaring, sletning og videregivelse [Homepage of Datatilsynet], [Online]. Available: <http://www.datatilsynet.dk/offentlig/tv-overvaagning/opbevaring-sletning-og-videregivelse/> [05/07, 2015].
- DIDERICHSEN, F., ANDERSEN, I., MANUEL, C., SUNDHEDSSTYRELSEN and KØBENHAVNS UNIVERSITET, 2011. *Ulighed i sundhed : årsager og indsatser*. Version: 1.0 edn. København : Sundhedsstyrelsen.
- DONALDSON, L., 2005. *Annual rapport of the chief officer 2004 - On the state of public health*. London: Department of health.
- DORAN, G.T., 1981. There's a S.M.A.R.T way to write management's goals and objectives. *Management Review*, , pp. 35.
- ERIKSSON, M. and LINDSTRÖM, B., 2005. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, **59**(6), pp. 460-460-6.
- FLENSTED-JENSEN, J., 2013. *Sundere lunger- livet igennem* <br /> *Argumenter for en national forpligtende indsats på lunge- og allergiområdet*. København: Danmarks lungeforening.
- GLASDAM, S., 2009. *Folkesundhed : i et kritisk perspektiv / redaktion: Stinne Glasdam ; med bidrag af: Inga Axelsen ... et al*. 1. udgave edn. Kbh. : Dansk Sygeplejeråd.
- HANDBERG, C. and NIELSEN, C., 2012. *Evaluering af rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012*. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling Region Midtjylland.

- HANSEN, H., 12/3, 2013-last update, MRC-Dyspnøskala [Homepage of Danske fysioterapeuter], [Online]. Available: <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/MRC-Dyspnoskala/> [25/2, 2015].
- HELSEDIREKTORATET, 2012. *Kols <br />Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet.
- HØJGAARD, B., SØRENSEN, J. and SØGAARD, J., 2006. *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne - dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet*. København Ø: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- HOLM-NIELSEN, N., 2003. *Klinisk ordbog / redigeret af Niels Holm-Nielsen*. 15.udg., 6. opl. edn. København : Munksgaard.
- IVERSEN, L., 2004. Forebyggelse af folkesygdomme - strategiske udfordringer. *Ugeskrift for læger*, **2004**(17), pp. 1537.
- JUUL, S., f.1940, 2012. *Epidemiologi og evidens*. 2. udgave edn. Kbh. : Munksgaard.
- KJØLLER, M., JUEL, K. and KAMPER-JØRGENSEN, F., 2007. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København K: Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed.
- KOMMUNERNES LANDSFORENING, 2007. *Selvurderet helbred og SF-36*. København S.: Kommunernes Landsforening.
- KROGSTRUP, H.K., 2011. *Kampen om evidens : resultatmålinger, effektevalueringer og evidens*. København : Hans Reitzels Forlag.
- KROGSTRUP, H.K., 2007. *Evalueringsmodeller / Hanne Kathrine Krogstrup*. 2. udg. edn. Århus : Academia.
- KVALE, S. and BRINKMANN, S., 2009. *Interview : introduktion til et håndværk*. 2. udg. edn. Kbh. : Hans Reitzel.
- LANGER, P. and HANSEN, B.L., 01.11.2013, 2013-last update, KOL [Homepage of Sundhed.dk], [Online]. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/kol/> [17/2, 2015].
- LAUNSON, L., RIEPER, O. and OLSEN, L., f. 1963, 2011. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6. udgave edn. Kbh. : Nyt Nordisk Forlag.
- LØKKE, A., FABRICIUS, P.G., VESTBO, J., MAROTT, J.L. and LANGE, P., 2007. [Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Copenhagen. Results from The Copenhagen City Heart Study]. *Ugeskrift for læger*, **169**(46), pp. 3956-3956-60.
- LUND, R., CHRISTENSEN, U. and IVERSEN, L., 2011. *Medicinsk sociologi : sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave edn. Kbh. : Munksgaard Danmark.
- MAINZ, J., 2011. *Kvalitetsudvikling i Praksis*. 1. udgave edn. Kbh. : Munksgaard Danmark.

MCFARLAND, C., WILLSON, D., SLOAN, J. and COULTAS, D., 2012. A randomized trial comparing 2 types of in-home rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, **35**(3), pp. 132-132-9.

MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, 2014. *Ulighed i sundhed - Kroniske og langvarige sygdomme*. København K: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen.

PAWSON, R. and TILLEY, N., 1997. *Realistic evaluation / Ray Pawson and Nick Tilley*. London : Sage.

PEDERSEN, L.M., 2013. *INTEGRERET ULYKKESFOREBYGGELSE : Ulykkesforebyggelse inden for træindustrien baseret på DeJoys integrerede problemløsningsstilgang og den reviderede realistiske evalueringsmodel. Flerleddet ph.d.-afhandling bedømt ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet*.

RASMUSSEN, K., FISHER, H., THULSTRUP, A.M. and PETERSEN, L.E., 10/03, 2013-last update, Arbejdsrelateret KOL [Homepage of Sundhed.dk], [Online]. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/nyheder/meddelelser-fra-pko/regionale-meddelelser/arbejdsrelateret-kol/> [02/19, 2015].

REGION HOVEDSTADEN, 07/23, 2009-last update, Forløbsprogram for KOL [Homepage of Region Hovedstaden], [Online]. Available: [https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloebprogram-for-KOL/Forloebprogram\\_KOL\\_LR.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloebprogram-for-KOL/Forloebprogram_KOL_LR.pdf) [05/03, 2015].

REGION MIDTJYLLAND, 11/03, 2006-last update, Forløbsprogram for Kronisk obstruktive lungesygdom - kliniske retningslinjer, tjeklister og vejledninger [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: <http://www.rm.dk/globalassets/media/sundhed/sundhedsstaben/regionalt-sundhedssamarbejde/kronisk-sygdom/kronikeromradet/kol/kliniske-retningslinjer-kol-godkendt.pdf> [05/03, 2015].

REGION NORDJYLLAND, 01/01, 2011-last update, Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for KOL [Homepage of Region Nordjylland], [Online]. Available: [http://www.rn.dk/~media/Rn\\_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Kronikerindsatsen/KOL/SygdomsspecifikSundhedsaftaleforKOL.ashx](http://www.rn.dk/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Kronikerindsatsen/KOL/SygdomsspecifikSundhedsaftaleforKOL.ashx) [03/05, 2015].

REGION SJÆLLAND, 06/03, 2013-last update, Et sammenhængene sundhedsvæsen med borgeren i centrum - sundhed en fælles opgave Sundhedsaftalen 2010-2014 [Homepage of Region Sjælland], [Online]. Available: [http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen%202010-2014/Documents/Sundhedsaftalen%202010-2014\\_Version%204%207%202013.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen%202010-2014/Documents/Sundhedsaftalen%202010-2014_Version%204%207%202013.pdf) [03/05, 2015].

REGION SYDDANMARK, 11/11, 2011-last update, Sundhedsaftalerne 2011-2014 - kort fortalt [Homepage of Region Syddanmark], [Online]. Available: [file:///C:/Users/Pia/Downloads/Sundhedsaftalerne%202011-14%20-%20kort%20fortalt\\_korr%202.pdf](file:///C:/Users/Pia/Downloads/Sundhedsaftalerne%202011-14%20-%20kort%20fortalt_korr%202.pdf) [05/05, 2015].

REHABILITERINGSFORUM DANMARK and MARSELISBORGCENTRET, 2004. *Rehabilitering i Danmark* - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret.

RETINFORMATION.DK, 12-19, 2012-last update, Lov om ændring af lov om røgfri miljøer [Homepage of Retinformation], [Online]. Available: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=142456> [02/16, 2015].

RETSINFORMATION.DK, 2010. *Sundhedsloven, paragraf 140*.

RETSINFORMATION.DK, , Lov om behandling af personoplysninger [Homepage of Datatilsynet], [Online]. Available: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=828> [04/27, 2015].

RIENECKER, L., STRAY JØRGENSEN, P. and SKOV, S., 2012. *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. udg. edn. Frederiksberg : Samfundslitteratur.

ROSE, G., 2001. Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, **30**(3), pp. 427-427-32; discussion 433-4.

SOCIALMINISTERIET, UNDERVISNINGSMINISTERIET, BESKÆFTIGELSESMINISTERIET and INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET, 2011. *Vejledning om kommunal rehabilitering*. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet.

SOCIALSTYRELSEN, 2014. *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL*. Socialstyrelsen.

STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED, 09/30, 2014-last update, Salutogenese [Homepage of Statens Institut for Folkesundhed], [Online]. Available: <http://www.sifolkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Mental%20sundhed/Salutogenese.aspx> [04/28, 2015].

STATENS SERUM INSTITUT, 2014. *Dødsårsagsregisteret - Tal og analyse*. København: Statens Serum Institut.

STATENS SERUM INSTITUT, 12.16. 2014, 2014-last update, Tabel over dødsårsager [Homepage of Statens Serum Institut], [Online]. Available: <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/DAR01/Sider/Tabel.aspx> [17/02, 2015].

SUNDHED.DK, 17/12, 2014-last update, Kommuner [Homepage of Sundhed.dk], [Online]. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-nordjylland/kommuner/> [25/2, 2015].

SUNDHED.DK, , Om sundhed.dk [Homepage of Sundhed.dk], [Online]. Available: <https://www.sundhed.dk/service/om-sundheddk/> [05/13, 2015].

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2014. *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL*. København: sundhedsstyrelsen.

SUNDHEDSSTYRELSEN, , Agenda - Sundhed på tværs [Homepage of Sundhedsstyrelsen], [Online]. Available: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/5FC10EEEA6C9457493F56B831CED843E.ashx> [04/24, 2015].

THAGAARD, T., 2004. *Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode / Tove Thagaard*. Kbh. : Akademisk Forlag.

THOMAS, M.J., SIMPSON, J., RILEY, R. and GRANT, E., 2010. The impact of home-based physiotherapy interventions on breathlessness during activities of daily living in severe COPD: a systematic review. *Physiotherapy*, 96(2), pp. 108-108-19.

THORSVIK, J., 2008. *Hvordan organisationer fungerer : indføring i organisation og ledelse*. 2. udg. edn. Kbh. : Hans Reitzel.

TØNNESEN, H., SØNDERGAARD, L., JØRGENSEN, T., OVERGAARD, D., KRISTENSEN, I., BARFOD, S., PHILIPSEN, H.H. and HJALSTED, B., 2005. *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København S: Sundhedsstyrelsen.

VALLGÅRDA, S. and KOCH, L., 2011. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udg. edn. Kbh. : Munksgaard.

VESTERGAARD, P., 2006. *Psykiatri : en lærebog om voksnes psykiske sygdomme / Per Vestergaard ... et al.*. 3. udgave edn. Kbh. : FADL.

VIEIRA, D., MALTAIS, F. and BOURBEAU, J., 2010. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients. 16(Pulmonary Medicine), pp. 134-143.

VILLEMOES SØRENSEN, L., 2009. *Sundhedsfremme og forebyggelse*. 1. udgave edn. Kbh. : Gads Forlag.

WEDZICHA, J.A., BESTALL, J.C., GARROD, R., GARNHAM, R., PAUL, E.A. and JONES, P.W., 1998. Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnoea scale. *The European respiratory journal*, 12(2), pp. 363-363-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 01, 2015-last update, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Homepage of World Health Organization], [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> [20/3, 2015].



## 12.0 Bilagsliste

---

1. Ansøgning om tilskud fra Puljen vedrørende forløbsprogrammer
2. Tematisk evaluering
3. Slutrapport
4. Mailkorrespondance med Brønderslev kommune
5. Samtykkeerklæring
6. Informationsbrev
7. Interviewguide – borgere
8. Interviewguide – lederen
9. Retningslinje for transskribering og analyse
10. Kodetræ - borgere
11. Kodetræ - ledelse
12. Tematisering og kategorisering - borger
13. Tematisering og kategorisering - ledelse
14. SAS syntax
15. Søgebilag
16. Den færdige programteori

# Bilag 1: Ansøgning om tilskud fra Puljen vedrørende forløbsprogrammer

## BRØNDERSLEV KOMMUNE

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Sundhedsområdet  
Dato: 28-09-2009  
Dok. nr.: 132329/09  
Sagsbeh Karen Vraa Jensen  
Lokaltlf.: 99455309  
Ny Rådhusplads 1  
9700 Brønderslev  
Telefon 9945 4545  
Fax 9945 4500  
raadhus@99454545.dk  
sikkerpost@99454545.dk  
www.bronderslev.dk

### Ansøgning om tilskud fra Puljen vedrørende forløbsprogrammer

#### Formål og kriterier

Brønderslev Kommune ønsker at søge om økonomisk støtte fra puljen vedr. forløbsprogrammer til at udvide normeringen i vores nuværende rehabiliteringsforløb så der kan **etableres udgående teams** og dermed understøtte vores opgave i henhold til kronikeraftalen mellem Brønderslev Kommune og Region Nordjylland samt **øge anvendelsen af elektronisk sagsbehandling**.

Vores nuværende rehabiliteringsforløb er opbygget på baggrund af Marselisborg Centerets og Brønderslev Kommunes "Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb". Formålet med at **udvide modellen** for "Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb" med **etableringen af udgående teams** som en del af vores rehabiliteringsforløb er at:

- sikre et individuelt tilrettelagt tilbud til **de svagere borgere med kronisk sygdom** (KOL, type 2 -diabetes og hjerte/ karsygdomme). Der er eksempelvis tale om:
  - a. borgere, der ikke kan komme ind på genoptrænings/rehabiliteringscentre; men har behov for et tilbud i eget hjem
  - b. borgere, hvor hele eller dele af forebyggelsen skal ske gennem personalet, der er omkring borgeren.
- Udvide den kommunale rehabiliteringsindsats til at **sikre samarbejdsmodel** mellem kommune, almen praksis og sygehus som skitseres i kronikermodellen.
- Anvende elektronisk dokumentation i it-systemet CaseFlow for at sikre bedre statistisk materiale på den enkelte borger, men også på rehabiliteringsforløbet i sin helhed.

#### Baggrund

##### De svage borgere

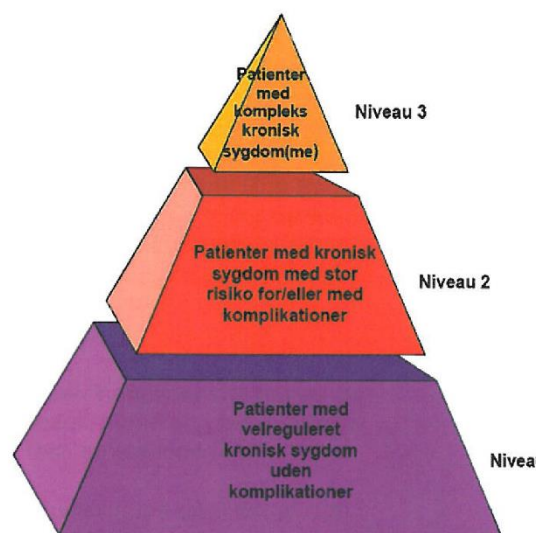
Vi vil gerne **udvide målgruppen** til de tilbud vi allerede har, så de borgere, der har behov for tilbud i hjemmet eller via personalet inkluderes. Dette indebærer at vi skal have **tilrettelagt tilbud der kan varetages i hjemmet**. Dette vil vi gøre ud fra de erfaringer vi har draget os indtil nu. Her har vi viden om områder der er nødvendige at forholde sig til i forhold til undervisning af borgere med KOL og type 2-diabetes. Tilbuddet som borgere i hjemmet skal have skal dække samme områder som de tilbud der foregår på rehabiliteringscentre. Derfor skal vi have **udgående funktioner med rehabiliteringskoordinatorer, sygeplejersker, diætister, ergoterapeuter, fysioterapeuter**. Indholdet i undervisningen skal tilrettelægges ud fra gældende standarder og retningslinjer fra blandt andet Sundhedsstyrelsen.

### Kronikerpyramiden og udfyldningsaftalerne

Som en del af sundhedsaftalerne i Region Nordjylland er der vedtaget en overordnet generel aftale mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland om de kronisk syge borgere (**vedlagt som bilag 1**).

I den kronikermodel, der er vedtaget mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner, indgår kronikerpyramiden som et udgangspunkt for stratificering af patienterne og dermed også for tilrettelæggelsen af opgavefordelingen og samarbejdet om patienten/borgeren sektorerne imellem.

Denne aftale er i gang med at blive fulgt op af udfyldningsaftaler mellem regionen og de enkelte kommuner på 9 kroniske lidelser. Netop KOL, Type 2 diabetes og Hjerte/karsygdomme er – sammen med demens - de første områder, der aktuelt udvikles aftaler på.



På KOL området er det foreslået at kommunen står for forebyggende tilbud samt rehabilitering for borgere indenfor niveau 1. Kommunerne står for en del af forebyggelsen samt rehabiliteringen for de borgere der er på niveau 2. Dette formodes også at gælde på områderne type 2-diabetes og hjerte/karsygdomme.

For borgere der er på niveau 3 skal kommunen stå for opfølgende tilbud.

Dette er en meget skematisk måde at opdele borgere på og det er ikke altid optimalt at dele efter rene kliniske retningslinier. Det kan være aktuelt at se på den enkelte borgers mestringsstrategier. Dette projekt skal være med til at afprøve og give erfaringer til at bidrage til fastlæggelse af anbefalinger vedr. snitflader for borgere på niveau 2. (Bilag 2)

### Det nuværende tilbud

#### "Det gode rehabiliteringsforløb"

Brønderslev Kommune anvender på nuværende tidspunkt "Det gode rehabiliteringsforløb" til borgere med KOL, Diabetes hjerte/kar sygdomme. Det betyder, at der arbejdes med:

- Rehabiliteringspersonalets faglige kompetencer
- Den individuelle rehabiliteringsplan
- Samarbejde med Almen Praksis
- Tværsektorielt samarbejde mellem region og kommune
- Tværfagligt samarbejde i kommunen
- It-understøttelse
- Madværksteder
- Teoretisk kostvejledning
- Undervisning i sygdomshåndtering

### Dokumentation/monitorering og kvalitetssikring

L:\Acadre\132329-09\_v1\_Ansegning om tilskud fra Puljen vedrørende forløbsprogrammer.DOC

Side 2/4

Til at varetage rehabiliteringen er der fagpersonale med viden fra hvert område. Blandt andet har vi ansat sygeplejersker fra de sygehuse vi samarbejder med. Dette var vi gjort for at få den størst mulige viden på området.

Vi har uddannet personale fra almen praksis m.h.p. at øge viden om rehabilitering i kommunalt regi.

## Resultater

### Måltal

Vi forventer at kunne give et tilbud til 40 personer et rehabiliteringstilbud i eget hjem. Det forventes at de udgående teams vil medvirke til at øge samarbejdet mellem rehabiliteringsområdet og vores hjemmepleje. Det vil kunne måles via IT-systemet CaseFlow.

Det vil via SF 36 blive målt hvilken effekt tilbuddet har haft for den enkelte borgere. Der vil kvartalsvis blive fulgt op på ovenstående forventningerne.

### Den sundhedsmæssige effekt

Vi forventer at med etablering af udgående teams vil kunne sænke antallet af genindlæggelser. Sundhedsstyrelsens tal vil blive anvendt som dokumentation for effekten.

*Ka - Ballerup*

### Økonomi

Budget (2010-pris)	ugentligt timetal	2010	2011	2012
Lønudgift fordelt til: Sygeplejerske, diætist, fysioterapeut, ergoterapeut	37 timer/uge	129.989	129.989	129.989
<i>afholdes af kommunen:</i>				
Kørsel		20.000	20.000	20.000
materialer		5.000	5.000	5.000
<b>max. Pulje jfr. Bloktilskud</b>		<b>384.596</b>	<b>384.596</b>	<b>354.216</b>

Med venlig hilsen

*[Signature]*  
Inge Tengnagel  
Leder af Sundhedsområdet  
Brønderslev Kommune

*[Handwritten initials]*

## Bilag 2: Tematisk evaluering



Rapport for Jørgen Faber	
Email	jorgen.faber@99454545.dk
Fornavn	Jørgen
Efternavn	Faber
Status	Gennemført
Sprog	da
Region	Region Nord
Kommune	Brønderslev Kommune
[TARGET_GROUP]	sst kronikerpuljen 2012
[LAUNCH]	deadline 6 sep
Gennemføres projektet i samarbejde med andre kommuner og/eller regionen?	Nej
Hvilke(n) kommune(r)/ region?	-
Hvad er puljeprojektets titel?	Udgående teams til de svage borgere med kronisk sygdom ( KOL, type 2 diabetes, hjerte/karsygdomme)
Hvor længe har projektet været i egentlig afprøvningsfase?	Over 12 mdr
Eventuel bemærkning:	-
Har projektet omfattet patientundervisning/patientuddannelse?	Ja
Hvor mange borgere/patienter har gennemført uddannelse/undervisning indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?	Over 100
Har projektet omfattet indførelse eller afprøvning af egenbehandling?	Nej
Hvor mange borgere/patienter har været inkluderet i egenbehandling indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?	
Har projektet inkluderet udarbejdelse og/eller implementering af lokale forløbsprogrammer/ forløbsbeskrivelser?	Ja
Hvor mange borgere/patienter har cirka modtaget et eller flere konkrete tilbud på baggrund af forløbsprogrammet indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?	Over 100
Har projektet omfattet kompetenceudvikling af medarbejdere?	Nej
Hvor mange medarbejdere har modtaget et eller flere konkrete kompetenceudviklingstilbud indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?	
Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af en stratificeringsmodel/stratificeringstiltag?	Ja
Er den anvendte stratificeringsmodel/stratificeringstiltag formelt beskrevet, eksempelvis i forløbsprogrammer?	Ja



I hvilke situationer er stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene tænkt anvendt?	Rehabilitering
Af hvilke aktører? <i>(vælg gerne flere)</i>	Almen praksis Sygehuslæger Kommunal visitator Hjemmeplejen Hjemmesygeplejen Fysioterapien/Ergoterapien Rehabiliteringsteamet
Inddrager stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene: <i>(vælg gerne flere)</i>	Sygdomsspecifikke kriterier Egenomsorgsevne Funktionsevne
Beskriv gerne:	De udgående teams er et tilbud til de borgere med KOL, Type 2 diabetes, iskæmiske hjerte-karsygdomme, som af den ene eller anden årsag - oftest flere - ikke er i stand til at komme ind til træningshus og deltage på et hold.
Er der sammenhæng mellem implementerede sygdomsspecifikke forløbsprogrammer og anvendt stratificeringsmodel/stratificeringstiltag?	Ja
Hvis ja eller delvist, beskriv gerne hvilken sammenhæng:	Tiltagene overfor de svage borgere i den udgående funktion, har i relevante tilfælde til hensigt at løfte borgerens funktionsniveau så meget, at borger bliver i stand til at komme ind og deltage på et rehabiliteringshold på træningshuset.
Hvordan tager stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene højde for borgere med multisygdom?	Flere af de svage borger i målgruppen for de udgående teams har flere kroniske lidelser. Der ydes træning og undervisning ift. alle 3 sygdomme omfattet af tilbuddet, hvis det er relevant.
Er der enighed om anvendelse af stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene på tværs af de forskellige kommunale aktører, sygehuse og almen praksis?	Ja
kommenter gerne:	I Sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og de nordjyske Kommuner er der fastlagt stratificeringskriterier for alle de 3 relevante diagnose. I den bilaterale aftale for Brønderslev Kommune er det aftalt at kommunen tilbyder rehabilitering til borgere med KOL i niveau 2b og 3 og Regionen betaler herfor i 2010. Denne aftale blev ikke forlænget pga revision af KOL-udfyldningsaftalen, som endnu ikke er bragt til ende. Der er ikke yderligere indgået formelle aftaler med sygehus eller almen praksis. Vi har i hele projektperioden gjort opmærksom på tilbuddet overfor aktørerne og fået henvist borgere fra alle almen praksis, sygehus, hjemmepleje, myndighedsafdeling, træningsafdeling.
Er dette formelt aftalt fx i en sundhedsaftale eller anden samarbejdsaftale?	Ja



Hvilke af følgende udsagn passer bedst på jeres måde at arbejde med stratificering?	Der arbejdes med en stratificeringsmodel/ stratificeringstiltag, der allerede var i brug i forvejen, men som er blevet kvalificeret gennem projektet
Kommentarer:	Vi stratificerer alle henviste borgere til rehabilitering efter de kriterier, der er fastlagt i sundhedsaftalen med regionen. Vi givet et kommunalt tilbud til nogle af de svage borgere, som ikke har mulighed for at deltage på hold i kommunalt regi og ej heller kan deltage i et specialiseret tilbud på sygehuset.
Følges der op på, om stratificering anvendes systematisk af de respektive aktører?	Ja
kommenter gerne:	Dette svar gives pbg. af hele vores rehabiliteringsindsats og ikke udelukkende med fokus på de udgående teams, som vi har fået støtte til af kronikerpuljen. I Region Nordjylland er der tværsektorielle fora for hver af de kroniske sygdomme. Disse fora udarbejder aftaler om forløbsprogram, stratificering, arbejdsdeling, m.v. Her følges ligeledes op på om stratificeringen anvendes i praksis.
Hvordan følges op på/vurderes anvendelsen af stratificering?	Se ovenfor
Opleves det på den baggrund, at borgernes/patienternes behandlingsforløb er blevet mere optimalt?	Ja
Beskriv eventuelt hvordan der følges op på det?	-
Kan det skyldes, at der er andre forhold som har betydning for at borgerens forløb kunne være mere optimalt? Beskriv gerne:	-
Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af forløbskoordinering?	Nej
Hvilke typer af borgere/patienter er målgruppe for modtagelse af den særlige indsats indenfor forløbskoordinering?	-
Hvordan er forløbskoordineringsopgaven organiseret? Beskriv:	-
Hvilke faggrupper/aktører har en defineret rolle med klare ansvarsområder i forhold til forløbskoordinering? <i>(vælg gerne flere)</i> (Her tænkes på praksis og ikke nødvendigvis som det er beskrevet i forløbsprogrammerne)	-
Er der en oplevelse af, at forløbskoordinering har været med til at skabe sammenhæng i ydelser og aktiviteter inden for projektets rammer?	-
Beskriv gerne nærmere:	-
Er der gennemført en evaluering eller opfølgning på effekter eller resultater?	-
Hvad viste denne opfølgning/evaluering:	-
Hvis muligt, beskriv da, hvilke erfaringer der i øvrigt er gjort med forløbskoordinering <i>-</i> i projektet</i> – hos hhv. borgere/patienter, almen praksis, sygehus og kommune samt på tværs af aktørerne?	-





Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af samarbejdsmodeller og -aftaler mellem almen praksis, kommunale aktører og hospitalerne?	Ja
Hvordan er samarbejdet mellem aktørerne i den enkelte sektor etableret inden for det enkelte projekt? Beskriv gerne nærmere:	Der er etableret et øget samarbejde med den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje omkring den enkelte borger, som modtager ydelser fra de udgående teams. F. eks. ved at aftale besøg hos borgeren på samme tidspunkt som hjemmeplejen, således at hjemmeplejen får mulighed for aktivt at støtte borgerens rehabiliteringsforløb.
Hvordan er samarbejdet i praksis organiseret mellem aktørerne på tværs af sektorerne i projektet?	-
Følges der op på, om de aftaler, der er indgået som led i projektet, efterleves?	Ikke muligt at besvare
Beskriv gerne hvordan der er fulgt op på efterlevelsen af aftalerne:	-
Vurderes/måles samarbejdsaftalernes effektivitet og forbedringspotentialer i det enkelte projekt?	Nej
Beskriv gerne hvordan samarbejdsaftalernes effektivitet og forbedringspotentialer vurderes:	-
Har projektet omfattet udvikling, afprøvning eller implementering af indsatser særligt for borgere/patienter med multisygdom?	Nej
Har I gjort erfaringer med borgere/patienter med multisygdom? Beskriv gerne nærmere:	Selv om det ikke er borgere med multisygdom, der har været i fokus for udgående teams, så har en stor del af målgruppen i praksis været borger med flere kroniske sygdomme. Indsatsen fra de udgående teams har så rettet sig imod de områder, det har været vigtigst for borgeren at få støtte til og som borgeren er i stand til at profitere af, indenfor teamets kompetencer. De udgående teams har naturligvis også oplevet, at der er et større behov for koordinering af indsatserne, jo mere kompleks den enkelte borgers sygdomsbillede er - og jo lavere funktionsniveau - og jo dårligere egenomsorgsevne.
Hvilke erfaringer er der gjort gennem projektet i relation til borgere/patienter med multisygdom? Beskriv gerne nærmere:	-
Hvilke overvejelser har udfordringer og erfaringer med borgere/patienter med multisygdom givet anledning til i relation til særlige indsatser mv.? Beskriv gerne nærmere:	-
Er der målt på og vurderet resultater af indsats for borgere/patienter med multisygdom?	-
Beskriv gerne hvordan, der er foretaget måling eller vurdering:	-
Har projektet været en udmøntning af en overordnet kronikerstrategi eller -plan?	Nej
Beskriv gerne strategien/planen kort?	-





På hvilket organisatorisk niveau i organisationen har projektet været ledelsesmæssigt forankret?	Afdelingsleder-niveau
Hvilke væsentlige grupper af aktører og sektorer har været involveret i udvikling og gennemførelse af projektet?	Det kommunale rehabiliteringsteam.
Hvilke aktører og sektorer har været involveret i planlægning af implementeringsindsatsen?	-
Er der fulgt op på, om de i projektet nye/justerede indsatser i praksis anvendes som tiltænkt?	Ja
Hvordan er der fulgt op på, om de i projektet nye/justerede indsatser i praksis anvendes som tiltænkt:	Løbende på møder i rehabiliteringsteamet.
Har det givet anledning til justering af indsatserne? Og evt. hvorfor?	-
Hvilke indsatser er gennemført over for de medarbejdere, der har direkte kontakt til borgeren/patienten i kommunen, på hospitalet og i almen praksis, for at sikre at de udfører deres arbejde som tiltænkt i projektet?	-
Er der lagt en plan for videreførelse og udbredelse af projekterne fremadrettet efter puljemidlernes ophør?	Ja
Kommenter gerne:	Den udgående funktion overgår fra projekt til drift i kommunen med virkning fra 2013 (med forbehold for at budget 2013 først endeligt vedtaget til okto 2012)
Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af patient- og pårørendeinddragelse?	Nej
Hvordan har patienter eller pårørende været inddraget?	
Vurderes patient- og pårørendeinddragelsen at have haft betydning for kvaliteten af de udviklede indsatser og løsninger?	
Beskriv gerne hvordan og i hvilket omfang:	-
Uddyb gerne:	-
Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af telemedicinsk understøttet behandling?	Nej
Er der arbejdet med tiltag for at sikre en optimal anvendelse af telemedicinsk understøttet indsats, eksempelvis retningslinjer og økonomiske incitament?	
Beskriv gerne nærmere, hvilke tiltag der er gjort for at sikre optimal anvendelse:	-
Hvilke udfordringer og barrierer er der oplevet i forbindelse med udbredelse af telemedicinske løsninger til kronisk syge?	-
Følges der op på telemedicinsk understøttet indsats i forhold til organisatorisk, klinisk og patientoplevet kvalitet?	
Beskriv gerne hvordan, der følges op på resultaterne:	-
Hvordan vurderes det økonomiske potentiale i den anvendte telemedicinsk understøttede indsats:	-

## Bilag 3: Slutrapport

### Skema til slutafrapportering

- for puljeprojekter under den Styrkede indsats for patienter med kronisk sygdom.

Tilskudsmodtageren skal i forbindelse med puljeprojektets afslutning besvare følgende spørgsmål og returnere skemaet til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse **per e-mail til Lone Vicki Petersen (lvp@sum.dk)** senest 3 måneder efter, at tilskuddet er opbrugt og **senest d. 31. marts 2013**. Skemaet modtages gerne tidligere.

#### Læsevejledning

Skemaet til slutafrapportering for puljeprojekterne er udarbejdet med henblik på at sikre, at der samles op på de væsentligste resultater og erfaringer fra de enkelte projekter på en enkel og systematisk måde. Skemaet bedes udfyldt elektronisk.

Indledningsvis ønskes svar på en rækkes stamdata, og efterfølgende er der opstillet syv spørgsmål, der ønskes besvaret af alle kommunale og regionale puljeprojekter – herunder alle delprojekter i den enkelte region. Puljeprojekter, der af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er blevet bevilget forlængelse til efter 31. december 2012, skal ligeledes besvare skemaet.

Der er under hvert spørgsmål indsat et svarfelt, der kan udvides ved behov. Der ønskes så konkrete og præcise svar som muligt, således at den genererede viden i størst mulig omfang fremadrettet kan bidrage til at udvikle og øge kvaliteten af indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

#### Tilskudsmodtager (kommunens eller regionens navn)

Brønderslev Kommune

#### Projektnummer/numre (jf. tilsagnsskrivelse)

54687

#### Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Udgående teams til de svage borgere md kronisk sygdom (KOL, type 2 Diabetes, hjerte-kar sygdomme)

**Projektleders navn og kontaktinformation**, herunder angivelse af navnet på fx hospitalet, afdelingen, forvaltningen m.v., samt evt. hjemmeside, hvor der kan læses mere om projektet

Afdelingsleder, afd. for Forebyggelse og Rehabilitering  
Parkvej 61,  
9700 Brønderslev

#### Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

#### Dato for udfyldelse af slutafrapportering

22. marts 2013

### Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	x	Projektet er ikke afsluttet	
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Den 3-årige projektperiode er afsluttet.

Brønderslev Kommune viderefører funktionen med udgående teams til de svage borgere som en del af driften i rehabiliteringsindsatsen.

### Projektets sammenhæng

#### 1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Den nordjyske kronikermodel er en aftale mellem Region Nordjylland og de 11 nordjyske kommuner om tilrettelæggelse af opgavefordelingen og samarbejdet sektorerne imellem i forhold borgere med kroniske sygdomme. Den nordjyske kronikermodels generelle del udgør en del af Sundhedsaftalen.

I projektperioden er den generelle kronikermodel blevet fulgt op af sygdomsspecifikke sundhedsaftaler vedr. en række kroniske sygdomme – herunder netop KOL, diabetes 2 og iskæmiske hjerte-kar-sygdomme. Disse aftaler indgås bilateralt mellem den enkelte kommune og regionen.

De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler tog i de første versioner afsæt i kronikerpyramiden som grundlag for stratificering af borgerne. (se ansøgningen)

Et af formålene med projektet har været at generere nogle erfaringer ift. hvilke borgere, kommunen kan give et rehabiliteringstilbud og dermed bidrage til fastlæggelse/udvikling af anbefalingerne vedr. snitfladerne mellem sektorerne .- og dermed til stratificeringen.

I den første bilaterale sundhedsaftale mellem Brønderslev Kommune og Region Nordjylland blev det aftalt, at kommunen kunne tilbyde rehabilitering til borger med KOL i niveau 2b og 3, som ellers var en regional opgave.

### Formål

#### 2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Formålet med at udvide ”det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb” med udgående teams var:

- sikre et individuelt tilrettelagt tilbud til **de svagere borgere med kronisk sygdom** (KOL, type 2 -diabetes og hjerte/ karsygdomme). Der er eksempelvis tale om:
  - a. borgere, der ikke kan komme ind på genoptrænings/rehabiliteringscentre; men har behov for et tilbud i eget hjem
  - b. borgere, hvor hele eller dele af forebyggelsen skal ske gennem personalet, der er omkring borgeren.
- Udvide den kommunale rehabiliteringsindsats til at **sikre samarbejdsmodel** mellem kommune, almen praksis og sygehus som skitseres i kronikermodellen.
- Anvende elektronisk dokumentation i it-systemet CaseFlow for at sikre bedre statistisk materiale på den enkelte borger, men også på rehabiliteringsforløbet i sin helhed.

### Projektforløbet

#### **3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling**

Det væsentligste tiltag i projektet har været etablering af udgående teams bestående af sygeplejerske, klinisk diætist og fysioterapeut.

De udgående teams er et tilbud til de borgere med KOL, Type 2 diabetes, iskæmiske hjertekarsygdomme, som af den ene eller anden årsag – oftest flere - ikke er i stand til at komme ind til træningscentre og deltage på et hold.

Et forløb i den udgående funktion starter med en opstartssamtale på lige fod med opstartssamtalen til de almindelige rehabiliteringsforløb på hold. I dialog med borgeren vurderes borgers behov for rehabilitering og der laves en plan for forløbet.

De enkelte forløb har strakt sig over 3-10 besøg i hjemmet.

I en række borgerforløb er det lykkedes at give borgeren et funktionsløft og samtidig motivere borgeren - og således gøre borgeren parat til at tage imod et gruppetilbud inde i træningscenteret.

### Målopfylde og erfaringer

**4. Levede projektet op til formålet/målsætningen**, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

**Angiv hvis muligt dokumentation<sup>10</sup> for projektets resultater i forhold til de opstillede mål, og herunder fx sundhedsfaglige effekter<sup>11</sup> og patientoplevede erfaringer**

Det er lykkedes at etablere udgående tværfaglige rehabiliteringsteam, som har givet individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb til de svagere borgere med kronisk sygdom – såvel til borgere i eget hjem som til borgere på plejecenter/botilbud i kommunen.

<sup>10</sup> Dokumentation af resultater kan fx have karakter af rapporter, artikler, citater, grafer eller lignende.

<sup>11</sup> Få projekter vil formentlig kunne dokumentere effektresultater, der baserer sig på metodisk veludvalgte kvantitative studier

I enkelte tilfælde har teamet suppleret med undervisning af det faste personale på boenheder/plejecenter.

Over de 3 projektår har 107 borgere modtaget en indsats fra det udgående team.

Heraf er det lykkedes at motivere og løfte ca. 20 borgere til at komme ind på træningscenteret og deltage i et rehabiliteringsforløb på hold efterfølgende.

Henvisningerne til det udgående team kommer nu bredt fra hjemmepleje, visitation, træningsafdeling, egen læge og sygehus.

Eksistensen af det udgående team har også som forventet øget samarbejdet med hjemmeplejen.

Det kunne dog stadig blive bedre – og vi har netop igen startet en proces, som skal øge vores fokus på at styrke samarbejdet og øge det gensidige kendskab.

I forhold til vores forventning om, at de udgående teams har bidraget til at sænke antallet af genindlæggelser, så kan vi se i vedhæftede dokument fra KL om det nære sundhedsvæsen, at Brønderslev Kommune har et af de laveste antal sygehuskontakter i Region Nordjylland, hvor kontakten skyldes KOL.

#### **5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater**

Det er vores indtryk, at flere af de svage borgere får et rehabiliteringstilbud nu.

En del af disse borgere, magter ikke at tage imod et specialiseret tilbud på sygehuset, da den lange transport er for uoverskuelig for dem.

Et tilbud i eget hjem er mere overskueligt, og derfor takker flere ja til det.

I den periode, hvor det udgående team er tilknyttet en borger, har de ofte fungeret som en slags "miniforløbskoordinator" – et bindeled mellem f. eks. myndighed og hjemmepleje i kommunen, til egen læge og sygehus.

Et tilbud i eget hjem øger borgerens tryghed – og det er hos næsten 20% af borgeren, lykkedes at få dem til at blive i stand til at komme ind og deltage på et rehabiliteringshold alligevel.

For de meget svage borgere er det væsentligt træk ved den øgede mestring, de opnår, at de lærer at bruge den energi, de har, så de fordeler energien over hele dagen. Det giver et mere selvhjulpent og tilfredsstillende hverdagsliv.

#### **Perspektivering og videndeling**

#### **6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?**

Brønderslev Kommune har valgt at opretholde normeringen på eget driftsbudget og dermed muligheden for at tilbyde en udgående funktion til de svageste borgere.

Erfaringerne fra Brønderslev Kommune med at tilbyde især KOL-rehabilitering – men også

diabetes-rehabilitering til de svagere borgere – er indgået i arbejdet med at revidere de første diagnosespecifikke sundhedsaftaler med fokus på stratificeringen.

På KOL-området igangsættes TeleCare-Nord-projektet - et fuldskala telemedicinsk projekt – umiddelbart efter sommerferien. Her vil den udgående funktion skulle være med til at løfte dette projekt.

På linje med de fleste andre kommuner, er Brønderslev Kommune i gang med at indføre hverdagsrehabilitering til i første omgang de ældre borgere i kommunen.

Der vil fremover blive et tæt samspil mellem de diagnosespecifikke rehabiliteringsindsatser og hverdagsrehabiliteringen.

**7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?**

## Bilag 4: Mailkorrespondance med Brønderslev Kommune

---

Fra:

Sendt: 13. marts 2015 13:49

Til:

Emne: SV: Projektbeskrivelse

Hej gruppe

Den er her.

Jeg vil lige gøre opmærksom på, at effektmåling ved hjælp af SF36 forblev ved intentionen. Det blev aldrig en realitet af flere praktiske grunde.

Jeg var ikke med til at skrive det her, da der var en anden leder af rehab-teamet på det tidspunkt, så jeg har kun ansøgningen i denne udgave med understregninger på.

Med venlig hilsen

Afdelingsleder

Forebyggelse og Rehabilitering

Brønderslev Kommune

---

Fra:

Sendt: 5. marts 2015 13:12

Til:

Cc:

Emne: Projektbeskrivelse

Hej Gruppe

Jeg har nu undersøgt de juridiske aspekter.

I vil godt kunne få en anonymiseret udskrift af journalnotaterne for de KOL borgere, som har fået et udgående forløb.

Vi sætter lige så stille vores administrative medarbejder til at begynde at finde dem frem, så dem vil I godt kunne få der i uge 14-15

Vi er også i gang med at finde nogle borgere, som I kan interviewe. Vi kontakter borgerne og får deres tilsagn til at I må kontakte dem.

Til det brug, vil KOL-fysioterapeut., lige tage kontakt til jer for at få jer til at sætte lidt flere ord på, hvad det er I gerne vil snakke med borgerne om.

Med hensyn til interview med mig og evt. de 3 KOL-medarbejdere ( sygeplejerske, diætist og fysioterapeut)- så vil jeg foreslå, at det bliver fredag d. 17. april kl. 9-11.

Det ville ganske vist være godt for jeres proces, at det var før, men vi kan ikke afse tid til det.

Vi flytter i nyt sundhedshus i de 3 dage op til påsken og i ugen efter skal vi have installeret nyt it system til alle medarbejdere og komme lidt på plads i det nye hus.

Jeg vedhæfter den slutrapportering og tematiske evaluering, vi har indsendt i forbindelse med afslutningen af kronikerpuljeprojekterne. Den giver et indblik i tematikkerne omkring indsatsen.

Vi ser frem til et spændende samarbejde med jer.

Med venlig hilsen  
Afdelingsleder  
Forebyggelse og Rehabilitering  
Brønderslev Kommune



## **Bilag 5: Samtykkeerklæring**

### **Samtykkeerklæring**

Undertegnede bekræfter hermed at være informeret om, at interviewet foretages i forbindelse med kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, som har til formål at evaluere Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringstilbud.

Jeg er indforstået med at min deltagelse i interviewet er frivillig, samt at interviewet bliver optaget på lydbånd. Jeg er samtidig informeret om, at de studerende har tavshedspligt og at alle personlige data og informationer vil blive anonymiseret, behandlet fortroligt og destrueret efter anvendelse.

Jeg giver tilladelse til, at mine udsagn må benyttes i forbindelse med projektet, og resultaterne må blive offentliggjort med anonymitet. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage. Projektet vil, i så fald, ikke blive offentliggjort gennem Aalborg Universitets Projektbibliotek.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i projektet på ovenstående betingelser.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Informantens underskrift

## Bilag 6: informationsbrev

Kære ....

Tak fordi du gerne vil deltage i interview.

Følgende brev giver dig en kort introduktion om vores projekt, og hvordan interviewet kommer til at foregå.

Vi er studerende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet og er i gang med at skrive kandidatspeciale. I samarbejde med Brønderslev Kommune udarbejder vi et projekt, som har til formål at evaluere Brønderslev kommunes udgående rehabiliteringstilbud til borgere med KOL.

Som led i dette projekt ønsker vi at interviewe dig, da du har været bruger af tilbuddet. Dette for at få indsigt i, hvordan du oplevede at modtage rehabilitering i dit eget hjem, samt hvordan du oplevede at rehabiliteringen havde indflydelse på din hverdag.

Som aftalt **afholdes interviewet hjemme hos dig, d. x. april kl. xx.xx**. Interviewet vil vare ca. 30 - 45 minutter.

Interviewet vil blive optaget og efterfølgende skrevet ned, da vi skal arbejde med den information, vi har fået fra dig. Når vi er færdige med projektet vil interviewet blive slettet. Vi har som studerende tavshedspligt i forhold til de oplysninger vi får fra og omkring dig, og du vil i projektet fremstå anonym.

Ønsker du et eksemplar af specialet, sender vi gerne et til dig efter eksamen.

Der er vedlagt en samtykkeerklæring, som du bedes læse inden interviewet.

Har du tvivlsspørgsmål, ønsker du yderligere oplysninger eller bliver du forhindret i at deltage, er du velkommen til at kontakte os.

Vi ser frem til at møde dig.

Med venlig hilsen

Mette Hundsholt

Tlf.:

[15gr1055@hst.aau.dk](mailto:15gr1055@hst.aau.dk)

Mie Sørensen

Tlf.:

[15gr1055@hst.aau.dk](mailto:15gr1055@hst.aau.dk)

Pia Gunvald

Tlf.:

[15gr1055@hst.aau.dk](mailto:15gr1055@hst.aau.dk)

## Bilag 7: Interviewguide – borgere

Følgende problemformulering overordnet for interviewguiden;

*Hvordan bidrager Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, muligheden for deltagelse på vanlig rehabilitering samt hvordan påvirker rehabiliteringsindsatsen borgerens vurdering af eget helbred?*

Problemformuleringen deles i interviewguiden op i to dele.

Begreber /teori Tema	Problemstilling (kategori)	Spørgsmål	X
<b>Intro</b>	Briefing	<p>Tak fordi du vil deltage + præsentation af interviewer og observatør</p> <p>Projektets formål er at undersøge det udgående rehabiliteringsteam i BK, som du har været en del af.</p> <p>Samtykkeerklæring – spørgsmål til den.</p> <p>Interviewet optages og den information vi får, skriver vi ned og anvender i vores projekt i anonymiseret form.</p> <p>Interviewet tager 30-45 min, og observatør holder øje med tiden. Observatør laver noter og hjælper</p> <p>Den første del af interviewet er mest omkring rehab-indsatsen. Den anden del handler mere om din personlige oplevelse og erfaring med at få rehabilitering i eget hjem.</p> <p>Har du spørgsmål?</p>	

<i>Hvordan bidrager Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, muligheden for deltagelse på vanlig rehabilitering?</i>			
<b>Indledende spørgsmål</b>	Personlige oplysninger?	Hvor gammel er du?	
		Hvornår fik du konstateret KOL?	
		Hvor svær er din KOL?	
		Hvornår modtog du hjemmerehabilitering og hvor lang tid?	
		Har du deltaget flere gange?	
<b>Programteori</b>	Henvisning	Hvordan blev du henvist til rehabiliteringsteamet?	
	Mål	Hvad var dit mål med at starte op med hjemmerehabilitering?	
	Elementer i rehabilitering	Hvilke tilbud har du modtaget i hjemmerehabilitering? <b>POST IT</b>	
		Har de elementer du har udpeget bidraget til at du har opnået dit mål? Hvis Ja, hvordan? Hvis Nej, hvordan kan det være, tror du?	
	Brønderslev kommunes mål – vanlig rehabilitering	<b>INFO:</b> Brønderslevs kommunes overordnet mål med hjemmerehabilitering er at flere skal deltage i rehabilitering på sundhedscentre.	
		Har den indsats du har fået medført at du er kommet på vanlig rehabilitering?	
		Hvis ja- er det de elementer som du udpegede før, som har bidraget til det?	
		Hvis nej, ville du gerne det?	
	Motivation, funktionsløft, tryghed	<b>INFO:</b> Brønderslev kommune har en oplevelse af, at hjemmerehabilitering har givet borgerne en større motivation, funktionsløft og tryg-	

		<p>hed.</p> <p>Har du en oplevelse af at det også er gældende for dig? <b>POST IT</b></p> <p>Er der andet du kan tilføje dertil, som du har fået ud af rehabilitering?</p>	
<b>Hvordan påvirker rehabiliteringsindsatsen borgerens vurdering af eget helbred?</b>			
<b>Begribelighed</b>	<p>Hvilken begribelighed har borgeren opnået igennem forløbet?</p> <p>Har forløbet bidraget til en større forståelse af sygdommen?</p>	<p>Kan du prøve at fortælle lidt om de problemer Kol'en giver dig i hverdagen?</p> <p>Har rehabilitering bidraget til at du har fået en større forståelse for din sygdom?</p> <p>Hvad er det der gør at du får det bedre eller værre?</p> <p>Har rehabiliteringen haft indflydelse på dit syn på fremtiden?</p> <p>Kan du prøve at fortælle lidt om, hvad der har gjort at du har fået KOL?</p> <p>Hvad tænker du om at du har fået KOL med de udfordringer det giver dig?</p>	
<b>Håndterbarhed</b>	<p>Hvilke elementer, som den udgående rehabiliteringsindsats anvender, fremmer håndterbarheden af sygdommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinering</li> <li>• Fysisk aktivitet</li> <li>• Strukturering af hverdage</li> <li>• Samtale</li> <li>• Diætist</li> <li>• Andet?</li> </ul> <p>Spørgsmål til borgeren: Kan du</p>	<p><b>POST IT</b></p> <p>Du udvalgte før de her elementer som vigtige i din rehabilitering.</p> <p>Har de også bidraget til at du bedre kan håndtere at leve med/ have KOL?</p> <p>Er det noget i dit hverdagsliv, som er blevet nemmere efter at du har</p>	

	<p>prøve at fortælle lidt om, hvilken form for rehabilitering du får fra br. Ud?</p>	<p>fået hjemmerehabilitering?</p> <p>Daglige pligter? Samvær med familie/ venner?</p> <p>(har du fået hjemmehjælp)</p>	
	<p>Netværksressourcer</p>	<p>Har du familie, venner, omgangskreds som kan hjælpe dig i forhold til din KOL?</p> <p>Hvordan har du det med at modtage hjælp?</p>	
<b>Meningsfuldhed</b>	<p>Motivationselementet</p>	<p>Kan du prøve at fortælle lidt om, hvad der motiverer dig for at deltage i rehabilitering?</p> <p>Har rehabiliteringen haft indflydelse på de valg du tager med hensyn til dit helbred?</p> <p>Har rehabiliteringen bidraget til at du kan deltage i flere ting som er vigtige for dig? Hvis ja, hvilke?</p>	
<b>Afslutning</b>	<p>Debriefing</p>	<p>Alt i alt, hvor tilfreds har du været med rehabiliteringstilbuddet?</p> <p>Hvad har gjort dig tilfreds/utilfreds?</p> <p>Er der noget du synes der manglede?</p> <p>Kan du prøve at fortælle lidt omkring samarbejdet med de ansatte?</p> <p>Interviewet er slut nu, er der noget du gerne vil tilføje?</p> <p>Hvordan har det været at deltage i interviewet?</p>	

		Ønskes der en kopi af projektet Efter eksamen?	
		Tusind tak for deltagelse	

HUSK:

Udfyldte post-it sedler med elementerne fra rehabiliteringsindsatsen + ekstra + kuglepen

## Bilag 8: Interviewguide – lederen

Følgende problemformulering er overordnet for interviewguiden:

*Hvilken sammenhæng er der mellem Brønderslev Kommunes formulerede mål og formål for den udgående rehabiliteringsindsats og indsatsens effekter*

Begreb/teori Tema	Problemstilling Kategori	Spørgsmål
<b>Introduktion</b>	Briefing	<p>Tak fordi I vil deltage</p> <p>Præsentation af interviewer og observatør.</p> <p>Projektets formål er at undersøge det udgående rehabiliteringsteam i BK, som du er leder af.</p> <p>Må vi anvende de dokumenter du har givet os som bilag?</p> <p>Interviewet optages og den information vi får, skriver vi ned og anvender i vores projekt i anonymiseret form.</p> <p>Samtykkeerklæring – spørgsmål til den.</p> <p>Interviewet tager 30-45 min, og observatør holder øje med tiden. Observatør laver noter og hjælper</p> <p>Da der nu er tre med i interviewet kan det blive lidt længere tid. Vi sætter ikke navn på, men I kan genkendes (alternativt skal kommunen anonymiseres) → vi vil ikke udstille, men evaluere effekten af indsatsen og se om der mulighed for forandring.</p> <p>Første del af interviewet tager udgangspunkt i de dokumenter du har sendt til. Den anden del tager udgangspunkt i den teori vi har valgt i projektet.</p>



		<p>Vi ved du ikke har været leder af projektet hele tiden og du siger bare til hvis der er noget du ikke kender til. Det er her vi tænker at XX og XX skal komme med input</p> <p>At der er tre til interviewet er vores metode-mæssige udfordring. Interviewet kan derfor ikke foregå som en diskussion imellem jer, men I supplerer XX ift. de spørgsmål vi stiller.</p> <p>Vi ved også at det er en udfordring for kommunerne, at gennemføre og evaluere projekter. Det er også det der har vores interesse, og derfor vil vi gerne med projektet prøve at få klarhed over jeres projekt for udgående rehabiliteringsindsats, således den kan forbedre.</p> <p>Har I spørgsmål inden vi går i gang?</p> <p>Det er hjemmehabilitering ift. borgere med KOL interviewet drejer sig om.</p>
<b>Indledende spørgsmål</b>	Oplysninger	<p>Hvornår blev du leder af rehabiliteringsteamet /indsatsen?</p> <p>Havde du kendskab til tilbuddet inden du blev ansat?</p> <p>Hvad er din uddannelsesbaggrund?</p> <p>Spg. Til bisidder Hvor lang tid har du været en del af indsatsen? Hvilken uddannelsesbaggrund har du?</p>
<b>Programteorien</b>	<p>Det overordnede mål</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanlig rehabilitering (+29)</li> </ul>	<p><b>INFO:</b> Den udgående rehabiliteringsindsats havde, ved opstart, som mål – at få hjemmebundne borgere på vanlig rehabilitering.</p> <p>Kan du fortælle lidt om hvorfor målet blev vanlig rehabilitering</p>

	Caseflow	<p><b>INFO:</b> I projektansøgning ses at I også havde som mål at og anvende caseflow til dokumentation.</p> <p>Hvordan er det gået med det?</p>
	Faggrupperne	<p>I dokumenterne beskrives forskellige faggrupper i rehabiliteringsteamet. Hvilke faggrupper er repræsenteret i den udgående rehabiliteringsindsats nu?</p> <p><b>INFO:</b> Vi har læst at det unikke ved dette tilbud er at hele rehabiliteringsindsatsen er blevet flyttet ud til i hjemmet, således hjemmebundne borgere kan få den samme indsats. Det tilbud består af <b>(POST-IT)</b></p> <p>Er det, det samme tilbud de kan modtage nu eller er der ændringer?</p> <p><b>INFO:</b> Det er beskrevet i dokumenter at rehabiliteringsteamet har fået undervisning af sygeplejerske for sygehus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilken grad har i anvendt det? (anvendes det stadig?)</li> </ul>
	SF-36	<p><b>INFO:</b> Du skrev til os, at SF-36 forblev ved intentionen.</p> <p>Kender du grunden til dette, selv om du ikke var leder på daværende tidspunkt?</p> <p>Kan du prøve at fortælle lidt om, hvordan I måler effekterne af indsatsen i forhold til borgernes oplevelse af eget helbred, i stedet for at anvende SF36?</p> <p style="text-align: center;">AFVENTE SVAR</p> <p>Hvad tænker du om den måde at måle effekterne af selvvurderet helbred på?</p>
	Andre effekter	<p><b>INFO:</b> Det beskrives at I har opnået effekter i form af; funktionsløft, motivation og øget</p>

		<p>tryghed hos borgerne som bevirker at de kommer på vanlig rehabilitering (POST-IT)</p> <p>Kan du prøve at fortælle lidt om, hvordan i har målt disse effekter af indsatsen?</p> <p>Har du oplevelsen af, at der er andre effekter der har medført at borgerne er kommet på vanlig rehabilitering?</p>
<p><b>Teori</b></p> <p><b>Mål og målhierarki</b></p>	<p>Formål</p>	<p><b>INFO:</b> Der er i jeres dokumenter beskrevet en række formål – (ud over at borgerne skal på vanlig rehabilitering) <b>POST IT!</b></p> <p>Er disse formål stadig gældende for indsatsen?</p> <p>Er der nogle formål der er vigtigere end andre?</p> <p>Hvordan vurderer I at I opnår disse formål?</p>
	<p>Afledte effekter</p>	<p><b>INFO:</b> I har beskrevet en række (afledte) effekter, som er et resultat af den udgående rehabiliteringsindsats. <b>POST IT</b></p> <p>Kan du fortælle om, hvordan i har vurderet at disse effekter er opnået?</p> <p>Har du en oplevelse af, at der er andre effekter der opnået på baggrund af den udgående indsats?</p>
	<p>Overensstemmelse imellem ledelsens mål og medarbejdernes mål</p> <p>(s. 31 + 40 – mål giver klare retningslinjer for arbejdet)</p>	<p><b>INFO:</b> Målet med indsatsen har været at få flere på vanlig rehabilitering.</p> <p>Har målet vanlig rehabilitering været styrende for den måde teamet arbejder på? (40)</p> <p>Oplever du at medarbejderne i teamet og borgerne har samme mål?</p>

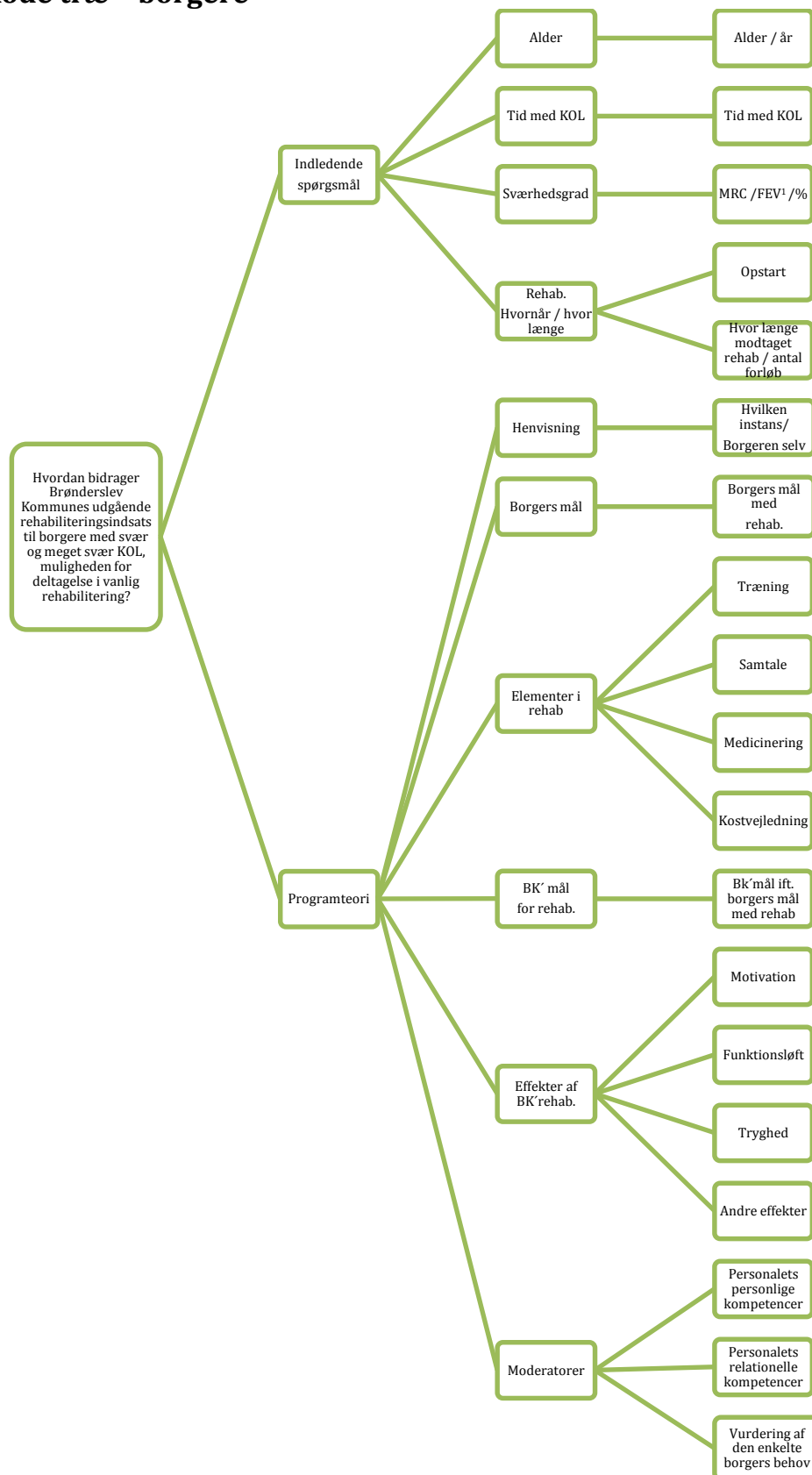
		Da I startede indsatsen, ved du, om der blev opstillet nogle delmål der skulle hjælpe til med at nå hovedmålet – at få borgerne på vanlig rehabilitering?
	Målopfyldelse (kontinuerlige mål (s. 32))	<b>INFO:</b> I slutrapporten beskrives at ca. 20 % (alle tre diagnosegrupper) er kommet på vanlig rehabilitering.  Var de 20 % jeres mål for indsatsen? Eller havde I forventet noget andet?  Har I et mål for hver enkelt diagnosegruppe?
<b>SMART</b>	Anvendelse af teori ved udformning af de forskellige mål og formål	Ved du med hvilken baggrund projektet er opstartet? (ex, tal for mange hjemmestruktur / erfaring fra andre kommuner)  Så målet med projektet” at få borgerne på vanlig rehabilitering” bunder i.....
	Visioner	Hvad tænker du, er det langsigtede mål for den udgående indsats, hvis du skal tænke ud i femtiden?
<b>Afslutning</b>		Det var interviewet. Er der noget du gerne vil tilføje? (fri taletid)  Hvordan har det været at deltage i interviewet?  Vi sender en kopi efter eksamen.  Tak fordi I ville deltage. Tak for samarbejde igennem projektperioden.

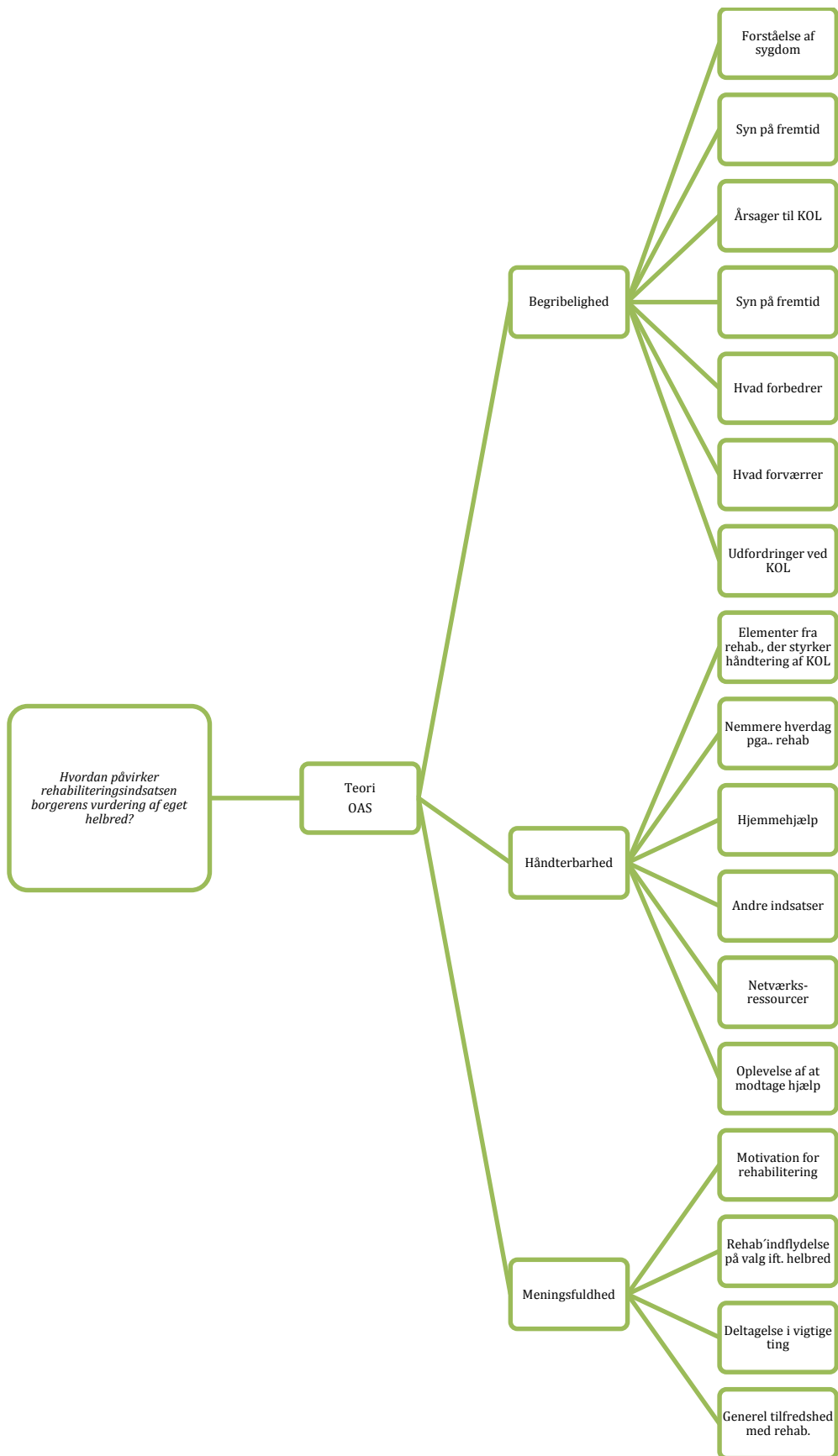
## Bilag 9: Retningslinje for transskribering og analyse

Retningslinje	Transskribering	Analyse
<b>Pause i tale (i eller imellem ytringer)</b>	(...)	Markeres kun hvis aktuel for analysen, ellers anvendes komma
<b>Utydelig tale</b>	(?)	(?)
<b>Øh</b>	Øh skrives ind i teksten	Undlades
<b>Hvis der undlades dele af sætninger</b>	...	[...]
<b>Ord der lægges særligt vægt på eller fremhæves</b>	Skrives med STORT	Skrives med STORT
<b>Tilføjelser fra projektgruppen</b>	Skrives i parentes ( )	Skrives i parentes ( )
<b>Informantens navn</b>	Skrives med forbogstav	Informant 1,2,3 Leder, Bisidder 1/2
<b>Interviewer</b>	I	I
<b>Observatør</b>	O	O

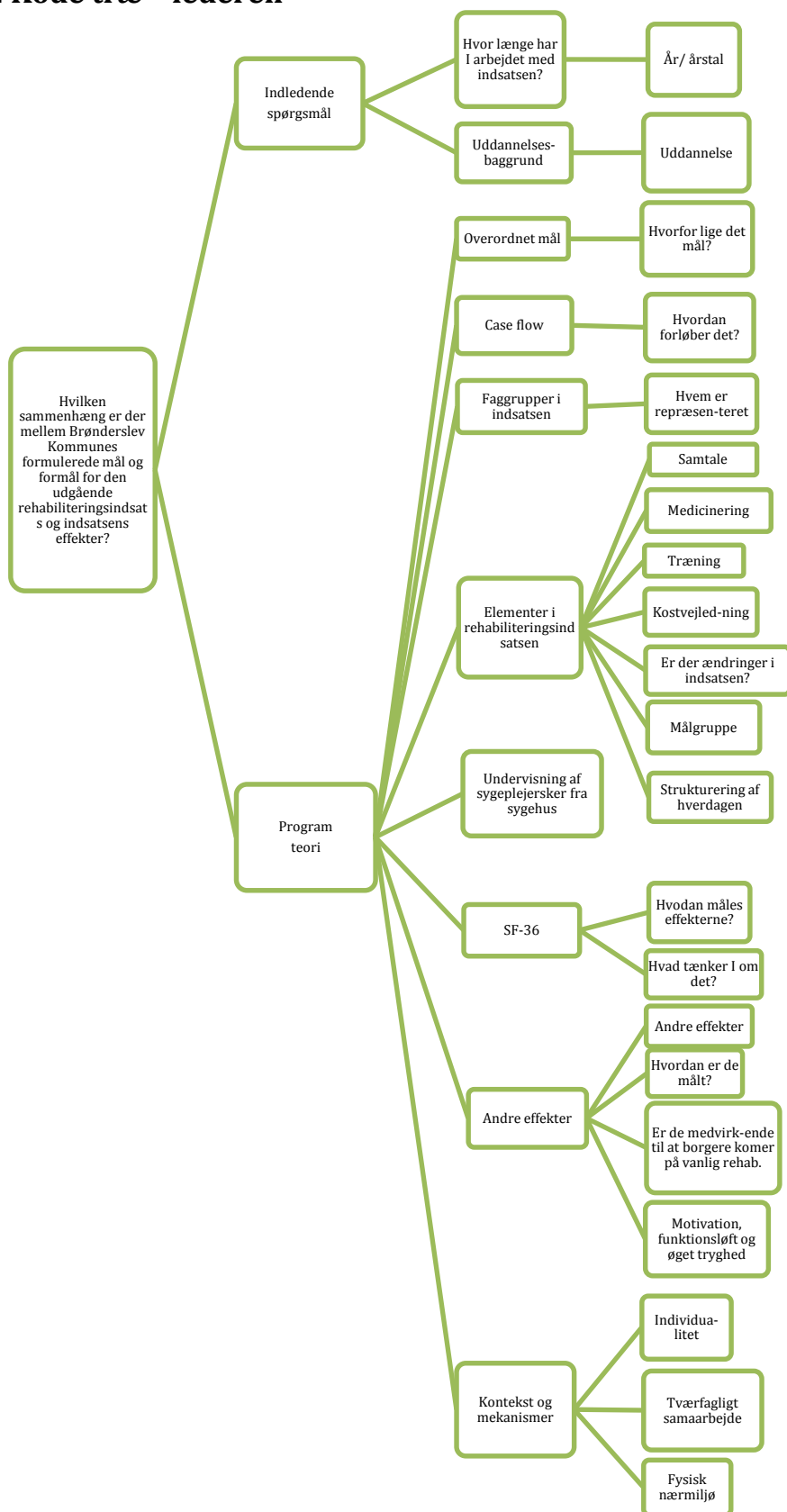
(Kvale, Brinkmann 2009, s. 204)

## Bilag 10: Kode træ - borgere

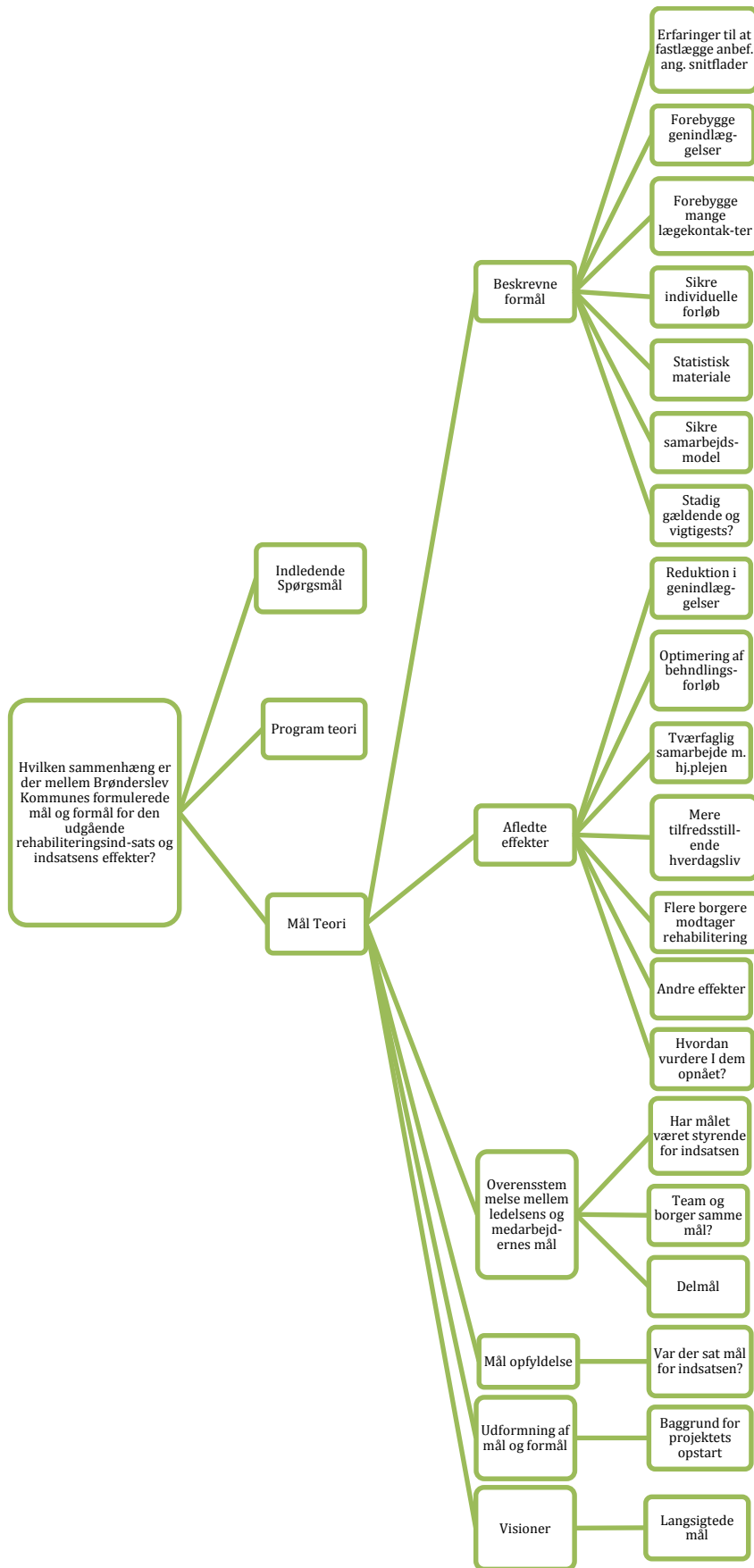




## Bilag 11: Kode træ - lederen







## Bilag 12: Tematisering – borgere

Interview med borgerne				
Tema	Kategorier	Informant 1	Informant 2	Informant 3
<b>Indledende spørgsmål</b>	Personlige oplysninger Alder	A: Ja jeg er kommende 60 (der grines).(6)	71 (64)	54
	Hvor længe har du haft KOL	A: Det er 10 år siden (8).	A:Ja det har været i 2005. Ja det er 10 år her til efteråret. (85)	C: det gjorde jeg for 4 år siden, ja 4 år siden (2011)
	Sværhedsgrad	A: 32 %. (13)	A: den er nede på 29. (281)	C: 26 %
	Hvornår hjemmerehabilitering og hvor længe	A: Det gjorde jeg for halvandet år siden. (19)  A: Der har været sygeplejerske her to gange og der har været diætist her to gange.(38)	A: Jamen sygeplejersken hun kom 7-8 gange. Og fysioterapeuten hun var her vel et par gange eller (122) 3, men så holdt hun. Hun ringede af og til til mig, "hvordan går det i dag" og "har du nogen problemer" og i den dur der.(124)	C: det er to år tilbage  I: du havde kun kort her hjemme med XX C: ja, det havde jeg faktisk
	Antal forløb			
<b>Programteori</b>				
	Henvisning	A: Det er jeg igen- nem lægen(49)	A: Ja, der der (...) altså samtale, det var hende, der var her og visitere mig.????HVEM (145)	I: ...det er syghuset der faktisk har henvist dig C: ja det er det jo, altså det er via visitationen...
	Borgers mål		A: Næ (...) eller det (...) jeg var helt fraværende. Altså det var faktisk sygehuset, der sagde "nu sender vi dig hjem, men vi sender besked til kommunen" og (...)	C jeg sku genoptrænes og jeg sku bare på dupperen igen.  I: øhm, så du tænker at det de har kommet

			der gik heller ikke mere end nogle få timer, så ringede de til mig (..) og det varede heller ikke længe, så stod de her udenfor døren. (131)	hjem og trænet med dig og sådan nogle ting og samtale med dig, det var været med til at du har opnået dit mål om at komme på dupperne C: ja, ja det har det
Elementer i rehabiliteringen	<p>A: Kostvejledning har jeg fået masser af.(74)</p> <p>I: ...var sygeplejersken inde og kigge på medicinering.(77)</p> <p>A: Ja det var hun og hun ville faktisk gerne se, hvordan jeg indtog min medicin.(78)</p> <p>I: Startede I ud med en samtale?</p> <p>A: Ja det gjorde vi... Om hvad man sådan kunne i hverdagen og ...(88,89,91)</p> <p>A:diætisten har været her og kommet med alle mulige, ALLE mulige varer... (212)</p> <p>A: Hun havde sådan et fint forgreningsnet med (...) med lungerne der</p>	<p>Ja min medicinering er under sygeplejersken (139)</p> <p>Der var en diætist her ...(143)</p> <p>Ja, der der (...) altså samtale, det var hende, der var her og visitere mig..... Jamen hun gik ind i mig i ret meget og også, hvordan jeg skulle forholde mig i hverdagen. (147)</p> <p>Interviewet gentager: Så strukturering af hverdagen, kostvejledning, samtale og træning og medicinering.(152)</p> <p>A: Og (...) og så kom de også med sådan en (...) jeg har haft sådan et elastikbånd, som jeg kan sidde og lege med og lave forskellige øvelser.</p> <p>I: Ja. Så det var fysioterapeuten, der kom</p>	<p>C: ..den der havde jeg XX (træning)</p> <p>C: ...nogle kostvejleder, der også var tilknyttet i rehabilitering</p> <p>I: det var de her tre ting, træning, kostvejledning og samtale</p> <p>C: ja,</p>	

		<p>var et omvendt træ og jamen det hele blev skåret dejligt ud i pap, så man kunne ...</p> <p>I: Så man bedre ...</p> <p>A: Hun kunne tegne og fortælle det hele, så man kunne forstå det.(137-140)</p> <p>A: Bare det at man kommer op at sidde ved vores bord og sidde og spise, så kan jeg faktisk spise mere, og jeg får ikke øh (...) Jeg bliver ikke forpustet, fordi du kan simpelthen (...) selvom jeg spiser, så fylder det jo dernede, og så trykker det på lungerne, og så kan du heller ikke få luft. 313-315</p>	<p>der. A: ja. (20-23)</p> <p>A: en fysioterapeut</p> <p>I: Ja lige præcis.</p> <p>A: For lige at vise mig, hvordan jeg skal komme op og i sengen og alt det der.(2-4)</p>	
	Brønderslev kommunes mål om at deltage i vanlig rehabilitering	<p>I: Ja. Har du fået noget generel fysisk træning?</p> <p>A: Nej ikke andet end herhjemme. (96,97)</p> <p>A: Altså, jeg har fået det tilbudt at komme ind og få det, ikk, men det er for omstændigt (99)</p> <p>A: Ja men jeg kan godt gøre det, det</p>	<p>A: Jeg fik også tilbud nu her lige efter jul her.</p> <p>I: Ja.</p> <p>A: Men øhhh, der havde helbredet det ikke så godt, og det er fordi, at det er klokken (...) den ene dag er det klokken 09.00 om morgenen.</p> <p>I: Ja.</p> <p>A: Der døjer jeg med (...) det (...) altså vi skal op på 10.30 før</p>	<p>I: ja, så hun har været motiverende for at du faktisk kom med på det (vanlig rehab)</p> <p>C: ja det har hun, ja det har hun, altså hvis jeg bare var kommet hjem og jeg ikke havde vidst noget, så havde jeg bare</p>

		<p>fysisk jeg kan – vi har en stor hund, så hvis jeg skal ud at gå, så er det sgu nemmere at gå med hunden end det er at tage ind til brønderslev og gå på et bånd, eller hvad fanden de nu gør, jeg ved ikke... (der grines).</p> <p>I: Det er det ja. A: Jeg ved ikke, så det er derfor, at jeg har sagt nej til det. Tilbuddet er ellers fint.(153-157)</p>	<p>jeg er oppe i omdrejninger. I: Før du er frisk – ja. A: For der går en 3 timer hver formiddag, mens jeg skal have min medicin, og inden jeg kommer i omdrejninger. I: Ja. Så hvis det lå på et andet tidspunkt på dagen, ville du så gerne deltage? A: Ja. I: Det ville du gerne? A: Ja.</p> <p>A: Jamen jeg har været derinde i 3 omgange (190)... jeg tror at det er 3 eller 4 gange efterhånden, at jeg har deltaget, og de giver mig en hel masse. (206)</p>	<p>tænkt, nåh jamen det må tage tid, så kommer jeg nu nok til hægterne igen</p>
<p>Brønderslev Kommunes effekter: Motivation, funktionsløft og tryghed</p>	<p>I: Nej. Tænker du dig en af de her ting her, som har bidraget mere til, at du har opnået den her tryghed? A: (pause i tale) Jamen det er sådan set samtale, fordi øh også det at få forklaret, hvordan andre har det med KOL, og at det er normalt ved KOL ved den og den udvikling i den ikk', og... (129-131)</p> <p>I: Ja. Så du tænker at det her i hvert</p>	<p>(Motivation) A: Jamen (...) jamen øhhh bare kostvejledningen, det hjalp en hel masse, at jeg blev nysgerrig efter at se, hvad er der egentlig i de ting, jeg spiser, og ... I: Lige præcis. A: Og jamen så fik jeg hjælp til medicinering. Det havde jeg aldrig kunne finde ud af selv, og den træning, jamen det (...) det er (...) det er bare ok. I: Ja. Så det har skabt noget motivation? A: Helt klart.(223)</p>	<p>I: .....den her indsats den har, medvirkede til at man har fået en større motivation, man har fået et bedre funktionsløft og så har man fået mere tryghed C: ja, det er også rigtigt I: du har også oplevelsen af alle sammen C: ja det har jeg</p>	

		<p>fald, at deres oplevelse af, hvad det har hjulpet med, at det er meget passende? (motivation, funktionsløft, tryghed)</p> <p>A: Det passer.(184-186)</p> <p>A: Lige netop, at jeg har fået en god behandling, hvor det har givet mig tryghed, det her med, at hvis der er noget, så kunne jeg bare lige ringe(118-119).</p>	<p>I: Ja. Okay. Så sygeplejersken har bidraget til noget tryghed?</p> <p>A: Ja de har så.(347)</p> <p>A: ..... Jeg tror, at jeg har 3 forskellige numre, som jeg kan ringe til om forskellige ting. (tryghed) (503)</p>	<p>C:... jeg har fået det bedre kropsligt (yderligere opnået) (=andre effekter)</p>
	Moderatorer	<p>Undervisning (fysiologi)</p> <p>A: Jamen det er både dem, der har været her ikk', og jamen de har været nogle rare personer, der har skåret det ud i pap, så man kan forstå det. (432)</p>		<p>Personalets personlige kompetencer</p> <p>I: ja, hvad er der noget du tænker, der har været med mere, medvirkende til at du har opnået dit mål</p> <p>C: XX (242-243)</p> <p>C: ja, men det gør XX også, øh, hun, XX er en knald dygtig sygeplejersker(248-250)</p>
<b>Teori</b>				
<b>Begribelighed</b>	Problemer som KOL'en giver	<p>A:... du kan simpelthen ikke få luft (195).. lige pludselig så bliver</p>	<p>A: Jamen det (...) jamen bare det med at skal i tøj.(248)</p> <p>I: Mmmm.</p>	<p>A: træthed... begrænsninger i praktiske ting, øh, som</p>

		<p>du ekstra forpu- stet af det ene ef- ter det andet ikk' (199)... det er så hårdt at trække vejret (200)</p> <p>A: Jamen det bli- ver mere og mere problematisk alt- så, for to år siden der var jeg i ar- bejde. Jeg har væ- ret oppe på det samme sted i 14 år som pædagog, og det var døgn- vagter, og jamen lige pludselig så kan man ikke kla- re trapper, lige pludselig så bliver du ekstra forpu- stet af det ene ef- ter det andet ikk', og så – det er så hårdt at trække vejret, du skal ha- ve så mange pro- teiner, at det fak- tisk koster en ma- raton om dagen at have svær KOL i energi.(197-201)</p> <p>A: Jeg er nede på 50 og min almin- delige vægt for de der 2½ år siden var 64. (vægttab) (208)</p>	<p>A: Så har jeg en stol, som jeg skal sidde ned på for jeg kan ikke stå op. I: Nej. Så det er luft- problemerne, du får? A: Ja jeg gør så. Så går jeg med min inhala- tor på mig hele tiden for... I: For at du kan tage den? A: Den tager jeg lige inden jeg ved, at nu skal der ske noget, der lige kræver lidt luft. Bare jeg skal tømme min opva- skemaskine, jamen det sker i to omgan- ge. Så tager jeg min rollator, så kan jeg sidde på den og så kan jeg rulle hen til skabet og sætte på plads. I: Så det er almindeli- ge aktiviteter i hver- dagen, der bliver be- sværliggjort af det? A: Ja. I: Ja, og træthed også måske? Hvis du snakker om morgne- nen... A: Ja det er så(254- 260)</p>	<p>jeg gerne vil. Øh, løft, buk mig, det er noget af det værste..</p>
	<p>Har hjemme- rehabilitering bidraget til større forstå-</p>	<p>A: Ja bestemt, alt- så at få forklaret, at det koster en maraton (256)</p>	<p>Ja. Øhhh. Det at (...) øhhh (...)det har fået mig til at forstå, at jeg skal ikke være ked af</p>	<p>C: ... det er jeg slet ikke i tvivl om, altså de har givet rigtig</p>

	else af sygdommen	<p>A: De har bidraget til at – øh – jeg er sgu nødt til at spise lidt mere, end det jeg vil ikk'. For ellers bliver det sgu bare endnu endnu værre hele tiden. Så det har de da fået ind i hovedet af mig.</p> <p>I: Så du ved også, hvad der gør din sygdom bedre, og hvad der gør den værre?</p> <p>A: Helt sikkert, helt sikkert. Jeg skal ud og have det motion, jeg kan tåle, ellers så får jeg heller ingen appetit (260-263)</p>	<p>det, for det kan man godt blive, også når man er sammen med familien, for det er ikke altid, at familien forstår, hvordan man har.(264)</p> <p>A: Altså, jeg skal være tilfreds, fordi at jeg har selv bragt mig i den situation, som jeg er, så kan jeg ikke forvente at der kan stå en bare jeg pifter, så (...) Jeg er tilfreds med den hjælp jeg får. (494)</p>	<p>meget, altså, hvis jeg ikke har haft den viden og ikke har hørt det der, så var jeg nok blevet bange hvis jeg (hiver efter vejret) havde stået sådan her, det gør jeg ikke, jeg bliver ikke bange, når jeg står sådan her (...) altså det gør jeg ikke, og jeg bliver ikke bange når puster oppe i motionscentret fx, det gør jeg heller ikke....det har helt klart givet mig en ballast.</p>
	Syn på fremtiden	<p>A: A: Nej det har det sådan set ikke, fordi altså, jeg synes sgu godt at man kan se, hvad vej det bærer, altså når du bliver ringere og ringere over så kort en årrække....(296-298)</p> <p>I: Ja. Tror du, at det kan skyldes rehabiliteringen?</p> <p>A: Ja det tror jeg sagtens at det kan, fordi altså hvis ikke jeg havde fået</p>	<p>Jo men altså det hjælper mig, men jeg ved, at min sygdom, den forsvinder aldrig.</p> <p>I: Ja. Men dit syn på fremtiden, det har de alligevel haft lidt indvirkning på.</p> <p>A: Ja de har så.</p> <p>A: Den vil blive ved med at være ved mig (KOL), og den kan risikere at gå ned ad bakke (277)</p> <p>A: Jeg blev ikke ked af det, fordi at jeg har</p>	<p>C: de er medvirkende, lad mig sige det sån... altså rehabiliteringen den giver, et kæmpe skub... men jeg vil sige, du skal stadigvæk selv hjælpe til...</p>



		alt det der kost-vejledning, så tror jeg ikke, at jeg havde fundet ud af at spise, sådan som jeg gør nu. Det tror jeg ikke (306-308)	lært at leve med, at sådan er tilværelsen for mig fremover (327)	
	Årsagen til KOL	A: A: Jamen det er tobak. De siger, at det er tobak. (244)... Jeg har røget 10 smøger i 50 år (248)	A: Øhhh. Det er nok mit arbejde. I: Det er dit arbejde. A: Melstøv og damp og os og hvad ved jeg. Og så selvfølgelig tobak også.(295-297) I: Du har også røget? A: Ja ja. I: Ja. A: Alle de ting til-sammen. I: Ja. A: Det har ... I: Det har haft ind-virkning på det. Ja. Har du røget meget? A: Naaaah – meget og meget. Nogen de si-ger, at da jeg var i mine velmagtsdage, så var det ca. 18-20 om dagen, det er ikke meget, men jeg synes alligevel, at det er meget. (305)	C: rygning... jeg startede nok da jeg var 15-14-15 og så røg jeg vel 20 om dagen... det er 14 år siden jeg stop-pede
	Tænker om at have KOL/ de udfordringer KOL giver	A: Jeg tænker at det er en værre pestilens, fordi altså øh, oppe i ens hoved er der tusind ting, som du gerne vil og du kunne dem jo lige her forrige år, det hele ikk'. (322)	A: Jamen det er jeg ked af, fordi at jeg havde altså set frem til, at når man har arbejdet igennem et langt liv uden at være syg, at jeg skulle til at gå og hygge mig på mine gamle dage, men den hygge, det har været i en hospi-	C:... altså det er da træls, øh, nu er jeg stop-pet, jeg er ble- vet førtidspen-sionist.. .men jeg savner så- dan, mine kol- legaer.. jeg savner det ping pong, og

		<p>A: Og nu er man så begrænset...(325)</p> <p>A: ...så det der med at støde ind i alle de begrænsninger der er nu, det er sgu faktisk ikke rart. Fordi dem kommer der bare flere og flere af(333)</p>	talsseng. (310)	det sjov vi kunne lave og lidt abekatter streger
<b>Håndterbarhed</b>	Har/hvordan har de udvalgte elementer bidraget til at håndtere hverdagen.	<p>A: ... der er ikke noget at være i tvivl om, det er skåret flot ud i pap af dem(348)</p> <p>I: Så du tænker, at de her, de har bidraget til, at du håndterer det bedre?</p> <p>A: Ja helt 100, helt 100. Fordi det har lægen ikke tid til og det er heller ikke noget, som de går op i på sygehuset, det er det desværre ikke. (351-353)</p> <p>A: Jamen det er da den sygeplejerske, der har været herude, med hendes forklaringer(355)</p> <p>A: Og så bagefter kunne man mærke med det samme, altså bare det at man stod op og tog medicinen, bare det at man</p>	<p>(Der vises positiv af strukturering af hverdagen, kostvejledning, samtale, træning og medicinering)</p> <p>A: Øhhh ja, for jeg ved lige nøjagtig, jamen øhhh (pause i tale), døjer du med at få luft lige nu, jamen så ved du, at du bare skal sætte dig ned. Du skal ikke være bange, for det har de også forklaret mig mange gange, når jeg får det dårligt, så er det fordi at jeg bliver bange, og det skal jeg ikke.</p> <p>A: Så jeg skal bare sætte mig roligt ned og slappe af og så bruge min PEEP-fløjte, eller hvad de nu hedder. (339)</p> <p>A: Du skal ikke være bange, for det har de også forklaret mig mange gange, når jeg får det dårligt, så er det fordi at jeg bliver</p>	<p>I: du har modtaget i rehabilitering, træning, kostvejledning og samtaler, øhm, har de også bidraget til at du bedre kan håndtere at leve med KOL?</p> <p>C: ja, ja, det blev jeg nød til at sige ja til</p> <p>C: ...samtidig med så får du en masse pjecer og sådan noget, og det studere jeg jo...</p>

		sad ordentlig og spiste, det var jo to plusser. Ikk'?(357-358)	bange, og det skal jeg ikke. (336) (samtale)	
Er der noget i hverdagslivet der er blevet nemmere.	A: Ja jeg kan bedre spise, og jeg kan bedre tage min medicin, og jeg har en bedre forståelse af, hvorfor det er som det er, og hvorfor det ikke bliver bedre (369)	A: Øhhh, jamen det er nok blevet nemmere, fordi at f.eks. når jeg skal i tøj (353) I: Mmmm. A: Og jeg bliver (...) Så har de sagt "tag den lidt med ro" I: Ja. A: "Sæt dig ned og så tager du dine strømper først". "Jamen kan du kun få en strømpe på, jamen så nøjes med det i første omgang". I: Ja. A: Om det tager en halv time eller en time, det betyder ikke noget, og sådan trøster de og så siger jeg, at det tager den tid det skal. I: Så bliver det lettere.  Ja jeg skal (...) jeg skal (...) jeg drikker fløde i stedet for mælk (der grines). Og øhhh (pause i tale), jamen øhhh (...) jamen øhhh, jeg går meget op i at jeg kan få mine fisk, så...(368)  (samvær med familien) Nej det er det	C:... nej det er ikke nemmere, men jeg ser anderledes på nogen ting,...  C: ... den her (træning), jeg bliver nødt til at sige... det er min favorit, den er med til at gøre nogle ting... så var der noget der havde været sværere for mig at gøre	

			ikke. Øhhh (...)jeg har det problem, at jeg blev lidt uglest, når jeg er sammen med familien, for de har det altid en masse med, at der skal være stearinlys over det hele, og det er det værste, som jeg kan blive udsat for.	
	Netværksressourcer. Familie og venner der kan hjælpe.	A: Ja, DET har jeg. Venner og naboer (382) A: Også familien. Men de bor lige så langt væk, så det er ikke lige dem, man ringer efter, hvis man lige skal have båret noget ind eller noget (384)	A: Øhhh, hvis jeg lige ringer og siger, hør her, jeg har lige behov for hjælp, jamen så kommer de og hjælper mig. I: Okay. Så de bor i nærheden? A: Ah, 15 km, det er ikke så (...)det er ikke længere, end det kan de hurtigt klare. I: Okay, så kommer de og hjælper dig.(386-390)  A: ...min nabo herinde, hun holder meget øje med mig (391)	C:..., ja hvis jeg ber om dem, hvis jeg ber om det... så jeg har venner og familier der hjælper, når jeg ber..
	Har det med at tage imod hjælp	A: Jamen jeg bliver jo nødt til at acceptere det, at jeg bliver nødt til at bede om hjælp, fordi for fanden jeg kan jo ikke gøre det, jeg kan jo ikke, om jeg så bliver nok så tos-	A: Det har jeg det sådan set godt nok med. Så (...) Jamen (pause i tale). Jeg siger, nu har jeg hjulpet jer i mange år, nu må I hjælpe mig på mine gamle dage, og det griner de af og så siger de, jamen det er	C: ... jeg har ikke svært ved at bede om hjælp...  C:..øhm, men jeg er ikke bange for at bede om hjælp, hvis der er øh,

		set og hidsig over det. Så hjælper det jo ikke en skid. (393)	også i orden, så... I: Ja så det er okay. A: Ja. (398-401)	hvis jeg er ude blandt noget, det det er jeg ikke, altså (353-354)
	Hjemmehjælp		I: Hvor ofte modtager du hjemmehjælp? A: Der var engang, der fik jeg hver 14. dag, men så fik jeg lige pludselig et brev nu her, jamen jeg tror at det startede her til nytår og nu får jeg kun hver 3. Uge (rensning). (406)	I: hjemmehjælp, det var kun i perioden efter du havde fået øh, efter du var indlagt C: ja, det var det
	Andre indsatser			C: ...jeg har en der kommer her hver 14. dag og gør rent for mig...(privat)
<b>Meningsfuldhed</b>	Motivations-elementet for at deltage i hjemmerehabilitering	A: Ja ja det var automatisk. De tog sig af KOL-patienter jo, og så spurgte de, om jeg ville være med i det.(404)  A: Og det syntes jeg da godt, at jeg kunne bruge. Kunne lige så godt få noget at vide. Og det har sgu været godt.(406)	A: Det der motiverer mig er, det er, at jeg skal have det bedre. (422)	C: altså, jeg er så glad for livet... jeg vil blive 90...
	Hjemmerehabiliterings indflydelse på valg	A: Jamen også igen, altså jeg ved, hvad jeg bør gøre, ikk', og jeg ved, hvad jeg ikke skal gøre. (412)	A: Øhhh (pause i tale). De havde nok fortalt mig nogle ting hen ad vejen, som jeg altid har i baghovedet, hvordan f.eks. med nu kan du bare	C: ..., jamen de har altså givet noget alle sammen (motion, diætist, medicin)...

			<p>tage kostvejledningen, jamen det sidder jo i bagehovedet det der med at du skal spise, og hvad du helst skal have meget af, så...</p> <p>A: Ja. Øhhh (pause i tale). Jamen den dag de siger til mig, jamen tag det nu med ro.</p> <p>I: Ja.</p> <p>A: Øhhh, det du ikke når i dag, det når du nok i morgen. (436-444)</p>	<p>...kosten har jeg jo også med der fra, fra rehabiliteringen</p>
	<p>Hjemmerehabiliterings indflydelse på deltagelse i vigtige ting</p>	<p>I: ...Du deltager i de samme ting? A: Ja. Næsten (420)</p>	<p>A: Øhhh, jeg ved ikke, om der er noget, der er vigtigt for mig. Det vigtigste for mig er, at jeg kan komme ud. Det er (...) men det er ligesom, det har jeg ikke rigtig haft energi til i år. (456)</p>	<p>C: igen må jeg sige, ja, men jeg kan bare ikke forklare, hvad øhm, jeg tror hvis ikke jeg havde det, så havde jeg siddet der mere, og siddet og kigget mere ud af vinduet, øh, og havde nok ikke engang have lyst til at tage strikkesøj, hvis jeg sidder der så sidder jeg med min Ipad, zapper eller så strikker jeg eller hækler eller syr.</p>
<b>Afslutning</b>	<p>Generel tilfredshed med udgående rehabilite-</p>	<p>A: 10 ud af 10.(427) A: Jamen det er</p>	<p>I: Så kommer vi ned til omkring din tilfredshed med fysioterapeuten, diætisten</p>	<p>C: 12 med pil op ad I: er der noget specifikt der</p>

	rings-indsats	<p>både dem, der har været her ikk', og jamen de har været nogle rare personer, der har skåret det ud i pap, så man kan forstå det. (432)  A: Og den der vilighed til, "jamen vi kan komme igen, hvis det er" og "du ringer bare" og "du skriver bare". (435)</p> <p>A: Man føler, at man bliver taget sig af, ikk'. Det synes jeg sgu at det er rart (437)</p> <p>A: De står standby bare, ikk'(439)</p>	<p>og sygeplejersken og de her, der har kommet hjemme ved dig, om hvor tilfreds du har været med ...?  A: 100 %.</p> <p>I: 100 % tilfreds? (472)</p>	<p>har gjort at du er så tilfreds? (borgeren tager post-it seddel med træning og viser frem)  I: det er træningen?  C: ja</p> <p>C: ja, de har været rigtig søde, <i>alle sammen</i></p>
--	---------------	---	--	--

## Bilag 13: Tematisering – lederen

### Interview med leder og to medarbejdere fra udgående rehabiliteringsteam

Tema	Kategori	Informant H	Informant J/bisidder1	Informant L/bisidder2
<b>Indledende spørgsmål</b>	Hvor længe arbejdet med indsatsen	H: tre år siden til sommer... så var det i 11' (18+22)	J: Siden august 2006...(47) J: ja, det har jeg (været med fra starten af udgående rehabiliteringsindsats)(57)	L: jeg kom i ...2008.(65)
	Kendskab til indsatsen	H: men jeg har været på side linjen (36)	J:...den har måske nok været der tidligere end at den er blevet beskrevet (59)	L: fra vi begyndte at køre ud (69)
	Udd. baggrund	H: Jeg er Cand. Mag. I historie og internationale forhold(38) H:...men jeg har arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i 12 år nu...(40)	J: jeg er fysioterapeut (63)	L: sygeplejerske (67)
<b>Programteori</b>	Overordnet mål	H: målet har været lidt dobbelt, målet var først og fremmest at have et tilbud til dem som ikke havde mulighed for at komme ind på hold, ...som de svagere borgere med kroniske sygdomme og ku få et tilbud, og det var det fordi vi tænkte, at alle borgere, har ligesom ret til og få et rehabiliterings-tilbud og dem som ikke er i stand til at fragte sig ind på et trænings centre, eller fragte sig, hvad der også kunne være alternativ op til det sygehus som de var tilknyttet, sygehuset (73)  H: så noget af tænkningen i det her er at, hvis vi har et tilbud I borgeres nærområde, så er det mere sandsynligt, at de siger ja til det (89)	J: ... de bøger journaler I får ud, der tænker jeg, det er omkring 30 % at, af de udgående øh, at der kom, at der lykkes os at få ind på forløb, øhm, altså, ved at løfte dem fysisk, og ved at de bliver tryk ved en fagperson, øh, og der, det er ikke så mange indsats ude i deres hjem, nødvendigvis der har sku til (114)	L: det er meget mere diagnose specifik det vi laver <b>nu</b> i vores udgående, øhm, teams, det er meget, altså, det er få gange vi tilbyder, men det er meget i forhold, altså, meget diagnose specifik(136)



		<p>H: sikret at der bliver noget til de svageste (92)</p> <p>H: ... jeg ser ikke sådan på det at det var det eneste primære formål at få dem ind på vanlig rehabilitering heller ikke den gang (ved projektstart)... det var at have et tilbud til de svage borgere, ...det kunne være en mulighed også, det ville jo være det bedste, hvis vi kunne få dem ind (på vanlig rehabilitering) (103-105).</p> <p>H: ja ja, fordi det lyder lidt som om at det det, er sån lidt kommet til at stå som den der meget store overskrift og det tænker jeg ikke er helt rigtigt, så det tænker jeg lige, det er vigtigt at I lige retter ind, det det, er ikke, øh, det primære formål det er egentlig at give tilbuddet til de svage (608)</p>		
Kommunalreform / kontekst		<p>H: ...altså på det her tidspunkt vi startede det her op, der var det stadigvæk en ny opgave ude i kommunerne der var under opbygning, så det her med konteksten og historikken er også lidt vigtigt til at forstå, hvordan, der er sket rigtigt meget siden, så det er vigtigt at prøve at tænke på hvordan var situationen på det tidspunkt, hvad havde kommunerne at tilbyde på det tidspunkt, det var jo der vi var ved at bygge samarbejdet op omkring de her nye sundhedsaftaler, og finde ud af hvordan skal vi dele opgaverne imellem sygehus, kommunen og almenpraksis, så noget af det her handlede også om at det er en opgave, hvad for nogen borger kan kommunen rumme og have et</p>		

		<p>tilbud til, og noget af det vi oplevede ved de svage KOL borgere og også nogen af de andre svage kronikker gruppe, ... de var tilbøjelige til ikke at tage imod sygehusenes tilbud hvis de var for svage og synes at det var simpelthen for langt væk, (78-87)</p> <p>H: udforske hvad kan kommunen på det her område, hvordan bringer vi vores styrker i spil og nærhed til borgeren en af styrkerne, og så det her med at også og gi nogle brikker ind i det udviklings arbejdet med og finde ud af de her sundhedsaftaler, hvad for nogen borger kan kommunen rumme (93)</p> <p>H: ...fra vi startede det her op i Kommune til og, og der var jo ikke ret meget fokus på den, på træning og så videre på det tidspunkt, til hvor man i løbet af hele den her årrække her, så har kommunen jo startede hverdagsrehabilitering op også, så vores udgående funktion har nu en anden, en anden status end, hvad skal man sige, den tjener et andet formål nu, og supplere noget hjemmetræning med nogle øhm, med nogle hverdagsrehabilitering terapeuter også, så den indgår egentligt i et andet setting nu, end den gjorde den gang (122-127)</p> <p>H: der er sket noget kommunen øvrige tilbud på det område her, og øvrige tilgang til borgerne, kan man sige, hvor hele, det vi startede op, den rehabiliterende tækning er jo blevet bredt ud til hele ældreområdet i de her år der er gået (132)</p>		
--	--	--	--	--

		<p>H:... altså at der er sket så meget I de her år, hvor vi, hvor det her har været undervejs og derfor har det, funktionen for vores udgående funktion ændret sig, (709)</p> <p>H: fra fra der i starten, hvor der stort set ingen rehabilitering i nogen kommuner ingen læger havde tiltro at det ku kommuneren, ingen sygehus havde tiltro til, det ku kommunerne, alt det her, og vi sku bygge nogle kompetencer til hvor vi i dag kan sige, jamen hele tænkningen i rehabilitering, gennem syrlig, står det hele hjemmeplejen og vi har fået etableret nogle samarbejdsrelationer i den her trekant her, mellem sygehus, almen praksis og kommunerne, som er på et helt andet niveau, end det var for en 7-8 år siden, øhm, og som jo stadigvæk skal udvikles, videreudvikles men der er bare sket så meget, og hvor det her, det har så været noget der ligesom har kørt, sån hele tiden, men rammerne har jo ændret sig voldsomt, (714)</p> <p>H: så det synes jeg er vigtigt at I har for øje, øh, der med også, den kan virke nogen antiværet, når jeg kigger på ansøgningen her igen så tænker jeg HMMM, (grines), men det er kun lige til at man husker på at den er skrevet der tilbage, hvis vi var nye endnu i det her, og hvor ingenting bare kørte på skinner og sån, så man skal lige huske det der (719)</p>		
	Caseflow	H: men det bruger vi fuldt ud som dokumentationssystem nu, det		L: jamen det har været okay og

		gør vi stadigvæk, (147)		bruge case flow som dokumentationssystem, udfordringen har været at øh, ældreområdet og hjemmeplejen har brugt et andet omsorgssystem end vi har, øh, så der var en periode hvor vi ku læse, hvad hjemmeplejen lavede men de havde sværere ved at se hvad vi lavede, men den løsning op, den blev fundet sådan så at vores ting slog i gennem over til dem, men det gav jo nogle udfordringer at vi ikke arbejde i samme system på det tidspunkt, men øhm, som systemer, har case flow været fint og brugt (148)
Faggrupper i indsatsen	H: det er sygeplejerske, fysioterapeut og diætist... på et tidspunkt der eksperimenteret teamet lidt med at inddrage ergoterapeut timer som man købte sig til i vores træning afdeling, øh, det er vi gået bort fra igen  H: i kommunens hverdagsrehabiliteringsteam er ergoterapeuterne en stræk, spiller en stor rolle der, så nu tænker at egentligt, der får i den der, altså de borgere vi er ude			

		<p>hos, som har behov for det, de får simpelthen noget ergoterapi øh, andet steds i kommunen, og den behøver ikke at være diagnose-specifik (162) (evt under kontekst)</p>		
Rehabiliteringsindsatsen	<p>H: altså det er sådan set, som udgangspunkt er det jo de samme tilbud, men vi strikker det jo sammen udfra opstartssamtale i forhold til hvad borgeren har mest brug(180)</p> <p>H: ...det er de færreste hvor vi kan se de li, hvor vi får et langt forløb, hvor alt det her det bliver løst der hjemme (205)</p> <p><u>Opstartssamtale:</u> H: den borger gruppe vi har med at gøre er meget meget bred selv om det er KOL med sygdom, så er det både for de der 50, 55, 60 årige som øh, som skal ha et, som skal blive ved med at have helst et aktivt liv, øh, i mange år endnu med KOL, og så er det de, folk som er nærmest terminale, hvor vi prøver at lette hverdagen, øh, og gør det tåleligt for det at være der, øhm, i den tid de har tilbage. Så der er jo rigtigt rigtigt stor spænd der (219)...begge grupper får faktisk, kan faktisk være målgruppen for den udgående (225)</p> <p><u>Medicinering:</u></p> <p><u>Træning:</u></p> <p><u>Kostvejledning:</u></p> <p><u>Strukturering af hverdag:</u> H:...hjælp til at strukturer hverdagen, det lægger jo også meget på</p>	<p><u>Opstartssamtale:</u> J: det er også alt fra en til 10 gange, altså sån har vi sådan sat 10 som max... så kan man så overdrage trænings, til en af de terapeuter der er i hverdagsrehabiliteringen, eller plejen (212+215)</p> <p><u>Medicinering:</u></p> <p><u>Træning:</u></p> <p><u>Kostvejledning:</u></p> <p><u>Strukturering af hverdag:</u></p> <p><u>Ændringer:</u></p>	<p><u>Opstartssamtale:</u> L:... hvis jeg er på som sygeplejerske, så er jeg typisk derude tre gange, 4 gange, lidt afhængig af hvor meget de kan rumme(207)</p> <p><u>Medicinering:</u></p> <p><u>Træning:</u></p> <p><u>Kostvejledning:</u> diætisten er ude en en, 1, 2, 4 gange afhængig af også, hvor store problematikker og så, og hvordan situationen er, ....(210-211)</p> <p><u>Strukturering af hverdag:</u> L: ja hvor er det du skal bruge din energi hen i løbet af dagen, hvor giver det mest øh, mening for dig, altså hvad der giver, mest glæde og ja, men også i forhold til at få hverdagen til at hænge sammen, til så kan man måske ikke går i bad, og øh, lave</p>	

		<p>en ergoterapeut bord, ikke os, men men, men vi går jo også sån ind og snakker med dem om det (193)...</p> <p><u>Ændringer:</u> H: i får vores indsats, men i skal huske der foregår meget andet omkring dem (143)</p>		<p>aftensmad, lige oveni hinanden (197)</p> <p><u>Ændringer:</u></p>
	<p>Under-visning af spl. fra sgh.</p>	<p>H: ... men det var vi ikke mere, men vi har stadig væk på de andre områder, de nyansatte sygeplejersker vi har ansat, er nogen med rigtig mange års erfaring fra sygehusverden, så vi, så vi, tænker den her, det er jo der man, øhm, det nyeste viden og opdateringer osv. Øhm, så derfor var det vigtigt for os i starten også at få nogle kompetencer ud, fordi dem havde vi jo ikke, i kommunen, så situationen er lidt en anden i dag, nu har vi jo opbygget det er nogle kompetencer, vi har sat i system, og blive opgraderet så det er en lidt andet situation i dag.</p>		
	<p>SF-36</p>	<p><u>Hvordan måle effekt.</u> H: ja, der var to grunde, den ene er at det er ret omfangsrigt, æh, og det det, var vi sån, det var vi sådan stadigvæk, er det indsatsen værd, hvis man kan sige det sådan, og bruge alt den tid på det, det var den ene ting, og anden ting var det, nej det var faktiske tre ting, men den anden ting var også at vi i kommunen simpelthen, det der statistik program, som er ret dyrt, og der sku også være nogle folk der havde forstand på at bearbejde det, dem har vi heller ikke, så vi der stod, så den blev lavpraksis ting, men den blev, den fik jo også en rolle at spille her, og det tredje er at vi kom med i KOALA databa-</p>	<p><u>Hvordan måle effekt:</u> J: det er brugt meget sparsom (15D) i den udgående funktion, fordi vi skal prioritet, hvad vi vil med dem, derude, og hvis jeg kommer førstegange od de i forvejen har barrierene lidt oppe, hvad er det nu lige hun skal, og jan kommer med spørgeskemaet og ting og skager, så kan jeg lige så godt lade være med at komme mere, så det har også meget været et prio-</p>	

		<p>sen, som er en database over KOL på landplan og de brugte en andet skema, så det der sket, det var at vi vælge det der 15-D skema, fordi så skulle vi kan bruge et (252)</p> <p>H:... vi ikke så godt kan sammenligne med de kommuner som bruger SF-36 (256)... der har været nogen ting der har spændt ben for det (261)</p> <p>H: men det, ja, så det er mere ved dem vi har inde på hold (hehe), og der laver, har vi jo også, vi har lavet noget hjemmelavet noget der, altså vi, hvor vi spørger dem til sidst sådan en vurdering af, altså hvor vi be'r dem og at vurdere om de har flyttet sig i det her forløbe her, i forskellige parameter(280)</p> <p><u>Overvejelser ift måling:</u></p>	<p>riteringssspørgsmål, hvad er det vi skal ude ved de her borgere, så. Meget sparsom er det blevet brugt, derude, fordi krudtet på at bruge den, var for lidt værd (273)</p>	
	<p>Andre effekter; tryghed Funk.løft motivation</p>	<p><u>Hvordan målt:</u> H: man kan ikke sige vi har målt på det, men vi øh, vi øh, det dét vi kan se, det er jo det vi oplever at det er det der flytter, men vi har ikke været ude og spørge borgerne... (296) ... det er vores fornemmelse at det er de har ting, vi lykkes med, (304)</p> <p><u>Medvirkende til vanlig rehab:</u> H: ja, ja det er en professionel vurdering at det er de her tre ting der gør at øh, at de kommer ind (på vanlig rehabilitering) (309)</p>		
	<p>Yderligere effekter</p>	<p>H: jeg tænker nærhed, fysisk nærhed, at det er til... det at vi også kommer hjem til dem og der hvor vi lykkes at få dem ind, der er det også fordi det er, i deres nærmiljø (312)</p>		<p>L: det er jo egentlig meningen at de aller dårligste at de skal til Hjørring herfra, og det kommer de ikke,</p>

				det er for en lang tur, altså, til dem, det kan si simpelthen ikke klare rent fysisk, så, nærheden er da helt klart (316)
	Modera- torer	<p><b>Individualitet</b> -&gt; ex nært kendskab til borger, nært samarbejde mellem instanser, udgående, hjemmepleje, spl...(ex linje 461)</p> <p><b>Tryghed,</b></p> <p><b>Nærmiljø /tværfagligt samarbejde</b> ex 514 599 690+697-&gt; at de kender borgerne og har flere kasketter på-&gt; de er dem der læser data fra telecare nord og ser de et behov så er de bare i det udgående team</p>		
<b>Mål og teori</b>	Formål	<p><u>Generer erfaring som har til formål at fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader:</u> H:...de sundhedsaftaler, dem udvikler vi jo også stadigvæk på, øhm, nu øh, den på KOL den skal vi til at kigge på igen, der er kommet nogle nye nationale kliniske retningslinjer, som vi skal sikre, er den nu opdateret på det, og så hele Telecare Nord område jo med at og sætte fokus snitfladerne, fordi vi kommer til at snakke om, hvem er det der har hvilke borgere, og vi har, mm, ja, et tættere samarbejde omkring dem som er med i projektet her,</p> <p><u>Forebygge genindlæggelser:</u> H: det er godt, og forebygge indlæggelsen, og så hvis vi skal prioritere det her, så er det jo også nogen med, øhm, ..... amen det har</p>	<p><u>Generer erfaring som har til formål at fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader:</u></p> <p><u>Forebygge genindlæggelser:</u></p> <p><u>Forebygge uhenigtsmæssige mange lægekontakter:</u> J: må jeg sige noget for det, fordi jeg tænker, jeg er ikke sikker på at vi har færre lægekontakter men vi får nogle relevante lægekontakter, på den på måde at vores KOL borgere de tit venter med at ringe til egen læge indtil de er så dårlige at de</p>	<p><u>Generer erfaring som har til formål at fastlægge anbefalinger vedrørende snitflader:</u></p> <p><u>Forebygge genindlæggelser:</u></p> <p><u>Forebygge uhenigtsmæssige mange lægekontakter:</u></p> <p><u>Sikre individuel forløb:</u></p> <p><u>Genere statistisk materiale for den enkelte borger og rehabiliteringsindsatsen som helhed:</u></p>



		<p>vil være næsten, og sån, og så er der vel, jeg vil sige den her den er sån lidt mere tricky efterhånden (...),407-409</p> <p>Forebygge uhensigtsmæssige mange lægekontakter: H: måske skal man også se den her, med lægekontakterne i sammenhængene med Telecare Nord, fordi det har jo de sidste per år, eller halvandet år i hvert faldt, været en del af vores indsats i den ene ende af kommunen, og øh, der kan man sige der, det er i høj grad a forebygge indlæggelser, men det giver faktisk erfaringsmæssige lidt flere læge kontakter H: vi ser jo også lidt vores udgående funktion i samspil med Telecare Nord, altså (355)</p> <p><u>Sikre individuel forløb:</u> O: sikre individuelle forløb H: så det er sikre et forløb også til borgere som ellers ikke ville få, det er jo det vi gør her, ikk os, det der med at sikre individuelle forløb det skal nok være, hvor der er behov, altså fordi vi vil ikke sikre individuelle forløb til alle, det handler det ikke om,402-405</p> <p><u>Generer statistisk materiale for den enkelte borger og rehabiliteringsindsatsen som helhed:</u> hvis vi har fokus på det udgående, så er det ikke, længere et formål vi sådan har for øje, at generere statistisk materiale for den enkelte borgere og rehabiliteringsindsatsen som helhed vel?(425-427)</p>	<p>rent faktisk skal indlæggelse, så på den måde har vi måske faktisk flere lægekontakter men vi forebygger måske nogle indlæggelser (344)</p> <p><u>Sikre individuel forløb:</u></p> <p>Generer statistisk materiale for den enkelte borger og rehabiliteringsindsatsen som helhed:</p> <p>Sikre samarbejdsmodel mellem praktiserende læge, sygehus og kommuner:</p>	<p>Sikre samarbejdsmodel mellem praktiserende læge, sygehus og kommuner:</p>
--	--	--	---	--

		<p>Sikre samarbejdsmodel mellem praktiserende læge, sygehus og kommuner: ...det jo en ON GOING proces, ja det er det, øhm, og det flytter sig jo hele tiden øhm, nogle læger, har vi fået etableret et rigtig god samarbejde med, som henviser deres borgere og der er stadigvæk nogen læger vi får meget få henvisninger fra, så det er stadigvæk en bevidstgørelsesproces og en kommunikationsproces øhm, informationsproces, som som, er løbende vil jeg sige (361)</p> <p>H: øh, Telecare Nord har på KOL området jo været til at løfte bevidstheden om, hvordan vi spiller sammen, rigtig meget (366)</p>		
	<p>Gældende og vigtigst</p>	<p>I: jeg gentager lige så vi får det med på bånd, øhm, så de tre vigtigste det er og sikre individuel forløb, forebygge genindlæggelser og forebygge uhensigtsmæssige mange længekontakter H: ja, ja (420)</p> <p>H: og de næst vigtigst er at sikre samarbejdes modellen mellem læger, sygehus og kommuner og generer erfaringer i forhold til anbefalinger vedrørende snitflader, og en som jeg ikk synes, hvis vi har fokus på det udgående, så er det ikke, længere et formål vi sådan har for øje, at generere statistisk materiale for den enkelte borgere og rehabiliteringsindsatsen som helhed vel? <u>Hvordan Måle:</u> H: vi har ikke sådan, en fast systematisk monitorering af det (442) H:...jeg tænker det er svært, fordi det netop er så individuelle forløb,</p>		<p><u>Hvordan måle:</u> L(..)hurtigt på besøg og så ude igen(..)...så kan vi sådan ikke rigtig måle på om vi har gjort en forskel, det har vi på en eller anden måde, men har det haft en betydning, måske, ja (hentyder til at der er mange forskellige kontakter til borger og i tæt samarbejde)</p>

		<p>og det er jo det der jo vilkåret i det her, øhm, øhm, vi tæller lidt sammen på det der med, hvor mange vi får ind, altså vi holder, vi har selvfølgelig for øje hvor mange får vi ind, på nogen hold, men det er jo ikke, det eneste formål altså, og for nogen er det slet ikke et formål, fordi det er helt urealistisk, det er slet ikke det vi gå efter... i teamet foregår der jo hele tiden en dialog af kvaliteten af indsatsen... men vi kan ikke sige vi har, vi har et eller andet monitoring hvor vi vinger af, og sige, nu er vi i hus, eller at vi har et mål og at, altså så og så mange skal vi ku, ha en eller andet, opnå et eller andet med, sådan arbejder vi ikke med de individuelle, det gør vi ikke,</p>	
	Afledte effekter	<p><u>Reduktion i genindlæggelser:</u></p> <p>og reduktion i genindlæggelser, altså vi kan ikke, vi har ikke, vi kan ikke lave den der, vi må ikke bare be om CPR nummer og følge dem ind i statistikkerne,, så vi kan ikke lave den der med at sige, de her vi har haft på forløb her, hvordan ville det havde været hvis de nu ikke havde været på forløb hos os, altså, det, vi kan ikke, vi kan ikke rigtige øh, vi prøver det nu med Telecare Nord, fordi så er vi jo inde i et randomiseret og jeg skal komme efter sig (...) der prøver vi jo at lave noget, ja bliver der færre mindre træk som kraft øh, mindre træk på alle vores sundhedsudgifter, som følge af den her indsats her for den her samlet gruppe borgere, her</p> <p><u>Optimering af behandlingsforløb:</u></p> <p>H:... vi prøver og opdrage dem til og tage kontakt til lægen noget</p>	<p><u>Optimering af behandlingsforløb:</u></p> <p>L:...hopper lige lidt over til det tværfaglige samarbejde, derovre fordi, øhm, optimering af behandlingsforløb, ja nogen gange så skaber jo i hvert fald nogle rammer der også gør at man kan optimere, men jeg har jo i hvert fald enormt afhængig af at der er nogen der følger op på det arbejde jeg laver, fordi når nu jeg går ud derfra igen, jamen så kommer jeg må-</p>

	<p>før, prøve at overbevise folk om at de skal have en selvbehandlingsplan, men det er der jo mange der har modstand på (501)</p> <p>H:... også få instruktion i inhalationsteknikkerne og i medicin, altså... alt, så på den måde er det rigtig mange elementer i det her, som bidrager til at optimere behandlingsforløbet(505)</p> <p><u>Tværfagligt samarbejde mellem hjemmeplejen og rehabiliteringsteamet:</u></p> <p>H:... vi har lavet også nogen samarbejdsaftaler med vores, det hedder hverdagsrehabilitering, det hedder FRI i vores kommune og de FRI teams dem har vi lavet nogen samarbejdsaftaler med også, hvor vi siger, jamen det er os der står for den diagnose specifikke indsats, og så er det dem der står for det andet (529)</p> <p><u>Mere tilfredsstillende hverdagsliv:</u></p> <p>H: øhm, vi tænker også at i og med, at de beskrivelser vi jo giver af de borger og status beskrivelser, der kan vi jo se, at øh, der hvor vi, når vi lykkes, så få en stor del af dem et, det her, et mere tilfredsstillende hverdagsliv, vi hjælper dem simpelthen med at få hverdagen til at hænge sammen</p> <p>O: her tænker du i journalerne</p> <p>H: og det er jo også en faglig vurdering af ja, som vi beskriver i journalerne, (494)</p> <p><u>Flere borgere modtager rehabilitering:</u></p> <p>H: ... altså hele ideen med og øh, gi til dem der stadig var hjemme og ikke fik noget, det gør vi at vi er</p>		<p>ske ikke igen, eller måske kommer jeg først om en måned og det kan da godt være de har sat volumatic'en op i skabet og gør som de plejer at gøre ligeså snart jeg er gået ud af døren, så det kan da godt være jeg jeg tror jeg har optimeret et eller andet, men men øhm, jeg er enorm afhængig af borgeren selv arbejder videre eller at hjemmeplejen støtter op omkring det arbejde vi har</p> <p><u>Tværfagligt samarbejde mellem hjemmeplejen og rehabiliteringsteamet:</u></p> <p>L: det er ikke nemt, det samarbejde (548)</p> <p>L: og når det spiller så spiller det bare helt fantastisk, men men, kan godt være svært at få til at lykkes (550)</p>
--	---	--	---

		<p>ret sikker på at der er nogen der får noget, som de ellers ikke ville have fået (482)... å den, den, det synes jeg ikke er så svært at forholde sig til, det tænker jeg godt vi kan se, vi kan jo tælle hvor mange vi har været ude ved (486)</p> <p>H: de borgere vi har været ude ved, ville ikke have fået noget hvis ikke vi var der, altså, så, det er vi ret sikre på (491)</p>		
	<p>Vurdering af opnåelse af afledte effekter</p>	<p>H: vi også godt kan sige, og det journaliserer vi jo alt det her, altså vi dokumenterer alt hvad vi gøre, oh hvad vi oplever hvad effekterne er på den enkelte borger (512)</p> <p>Ift reduktion i genindlæggelser: hvornår kontakter kommunen har til sygehus og almen praksis, øh, som følge af bestemte kroniske lidelser, og der kan vi se der ligger Brønderslev kommune og det gjorde det i hvert faldt på det tidspunkt her, der lå de nede i den lave ende i Nordjylland (560)</p> <p>H: ...vi kan ikke lave den der, vi må ikke bare be om CPR nummer og følge dem ind i statistikkerne...(551)... vi prøver det nu med Telecare Nord, fordi så er vi jo inde i et randomiseret og jeg skal komme efter sig (...) der prøver vi jo at lave noget, ja bliver der færre mindre træk som kraft øh, mindre træk på alle vores sundhedsudgifter, som følge af den her indsats her for den her samlet gruppe borgere, her (554)</p> <p>H: og det tillader jeg mig frisk fra fad og tolke som at, det er, det kunne godt være en resultat af, at vi var en af de første kommuner der var i gang med at arbejde med</p>	<p>J: altså så kan vi have vore fornemmelser, men øhm, vi kan ikke dokumentere det (580)</p>	

		<p>at arbejde med de her rehabiliteringsopg... og vi har faktisk, også relativ, i forhold til vore kommune størrelse har vi relativ mange borgere igennem vores rehabiliteringstilbud, altså man, vi laver sådan nogle statistikker på regionalplan om, hvor mange rehabiliteringsforløb vi har per 1000 indbyggere (564)</p> <p>H: i hver enkelte kommune indenfor de enkelte diagnoser og vi ligger relativt, der ligger vi faktisk ret pænt i toppen, øhm, på på de her diagnose grupper her, øh, og det er jo ikke kun de udgående funktioner det, det er jo hele (570)</p> <p>H:... vi kan ikke dokumentere at lige præcist for Per Poul og Palle at øh, der har vore udgående funktion betydet at de ikke kom, blev indlagt, øh, så meget på sygehuset som de ellers ville havde været, altså det kan være rigtig svært at vurdere (577)</p>		
	Andre afledte effekter		<p>J: øhm, hjemmepleje timer, altså at man øh, er selvhjulpen i længere tid</p> <p>I: så reduktion af hjemmeplejetimer, tænker du?</p> <p>J: ja (584)</p> <p>J: (..)eller altså måske ikke man, reducere dem ude ved den enkelte, men i forhold til hvad det kunne have blevet til (587-588)</p> <p>J:..jeg ikke et sekund i</p>	

			tvivl om at vores indsats har gjort dem mere selvhjulpen og dermed også altså, givet livskvalitet for dem, indtil, indtil det sidste altså at, øhm, af de senge liggende dag er blevet færre, altså og så bliver de jo mere plejekrævende (589),	
	Overensstemmelse mellem ledelse og medarbejder mål			
	Mål opfyldelse	H: nej, vi havde ikke nogle konkrete forventninger da vi startede det her op, om hvor mange det kun lykkes ved, det havde vi faktisk ikke, men de, de er helt konkret talt sammen de der 20 (653)		
	Udformning af mål og formål	Det er der svaret på løbende		
	Visioner	H:...jeg tror visionen for tilbuddet det er nok, at det øh, at det bliver ved med at være der, men at det i højere grad vil komme til at spille sammen nogle forskellige telemedicinske løsninger, også på de andre diagnose grupper tænker jeg, æhm, og at samspil med hjemmeplejen og hverdagsrehabiliteringsindsatsen bliver tættere (664) H:... at få afklaret, og mere hverdagsrehabiliterings tænkning den kommer til at udt.. altså blive vir-	J: så der bruger vi vores udgående, at vi kan få lov til det, ud fra det vi ser i Telecare Nord og så kan man fange det lidt hurtigere, og indsatsen kan være lidt lavere fordi den kan følges op, eller, følges op på telefonen(697)	L: jamen kun at, øh, i forhold til vores arbejde med Telecare Nord, er der slet ingen tvivl om at, øh, hold nu op hvor vi møder og fanger og fornemmer vi er rigtig godt dem, på afstand, med de få data de sen-

		<p>kelig, omdrejningspunktet i hjemmeplejen, så bliver det jo noget med at få lavet nogle mere præcise grænser for, hvornår der det vi skal spille ind, med det fag-specifik... altså det der diagnose-specifikke, hvornår det der, vi starter på, hvornår er det der er brug for det, og hvornår er det, ... sådan så vi bruger ressourcerne bedst muligt... det ku også være nogen med at vi måske i højere grad kommer til og arbejde igennem de der hverdagsrehabiliteringsteam ved også at undervise dem i noget, det har vi snakket om nogle gange det kunne vi godt tænkte os, mere, alts vi har gjort det, men, øhm, det ku, det kunne godt systematiseres noget mere, altså at vi var specialisterne i kommunen, som kunne give den viden videre til frontpersonalet der er ude i dagligdagen, mere systematisk, og at men Telemedicinske løsninger ude ved borgerne så kunne det kommer til at spille rigtig godt (674)</p> <p>H:... det har også været bragt i spil i vores afdelings katelog, sidste år, fordi det er en luksus vi har, men politikerne valgte heldigvis at lade den ligge øhm, man det, det er også, det er en risiko(671)</p>		<p>der ind en gang om ugen, øhm, vi fanger rigtig mange forværring vi fanger rigtig meget på vej nedad i god tid, (690) -&gt; måske mere ift tværligt samarbejde????</p>
	Henvisninger			



## Bilag 14: SAS Syntax

```
Data KOL;
```

```
input kon alder MRC FEV1 status samtale traning undervis  
medicin kostvejl struktur hjemmehj telecare hverdagsrehab  
fysisktest fystestfor fystestefter d henvisn motivation  
trykthed funktloft vanrehab andentran;
```

```
cards;
```

```
0 73 . . 0 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0 0  
0 87 . . 0 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0 1  
0 87 . . 0 1 1 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0  
0 89 . . 0 1 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0  
0 55 . . 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
0 78 . . 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
0 95 . . 0 1 1 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
1 78 . . 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
1 72 . . 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
1 72 . . 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
0 72 . . 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 . 0 0 0 1  
1 96 . . 1 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
0 79 . . 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 1  
0 54 . . 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 3 0 0 0 0  
0 74 . . 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0  
1 66 . . 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
1 80 . 57 0 0 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0  
1 83 4 . 0 1 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 4 0 0 0 0  
1 83 4 . 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0  
1 88 . 83 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 1 1 1 0 1 0 0 0 1  
0 73 4 . 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 3 0 0 0 1  
0 72 2 . 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1  
0 72 . . 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
0 72 . . 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0  
0 72 . . 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 0 0 0 0  
0 80 . . 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 5 0 0 0 0  
0 . . . 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
1 79 . . 0 1 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0  
0 54 4 21 0 1 1 0 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 3 0 0 0  
0 54 4 26 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 . 0 0 1 1  
0 76 . 71 0 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 1 0 3 0 0 0 1  
0 76 . 71 0 1 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 3 0 0 0 0  
1 81 . 40 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0  
0 49 . . 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 5 0 0 0 0  
0 85 . . 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0  
0 79 . 42 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 5 0 0 0 0  
1 88 4 . 0 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 . 0 0 0 0  
0 64 . . 1 1 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 6 0 0 0 0  
0 74 . . 0 1 1 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 5 0 0 0 0
```

```
run;
```

```
/*Kodninger: mand 1, kvinde 0, ellers begivenheden 1,  
henvisning: 1-Eldreområdet (hj.spl. og hj. pl.), 2- visitationen,  
3- sygehus, 4-borger selv(+familie), 5-egen læge, 6- træningsafdeligen  
--- OBS! variable d=15d*/
```

```
Proc freq data=KOL;
```

```
tables kon samtale traning undervis  
medicin kostvejl struktur henvisn vanrehab;
```

```
run;
```

```
/*frekvenstabeller på køn og henvisning*/
```

```

proc means data=KOL;
var alder FEV1 MRC;
run;
/*Median for Alder, FEV1 og MRC*/

Proc freq data=KOL;
tables fysisktest fystestfor fystestefter d;
run;
/*Frekvens for antal gange fysisk test(6. min. gangtest) og 15D er anvendt*/

proc freq data=KOL;
tables samtale*vanrehab traning*vanrehab undervis*vanrehab medicin*vanrehab
kostvejl*vanrehab struktur*vanrehab;
Run;
/*Krydstabel over de forskellige elementer og rehab - hvor mange kommer på van-
lig rehabilitering der har modtaget x?*/

```

## Bilag 15: Søgebilag

I følgende bilag beskrives og dokumenteres projektets systematiske litteratursøgning, herunder kritisk gennemgang af relevante artikler. Bilaget består indledningsvis af to PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) skemaer, som indeholder de søgetermer, som er blevet anvendt i de udvalgte databaser. Efterfølgende beskrives anvendte databaser, udvalgte afgrænsninger i de udvalgte databaser, resultaterne af søgningen, udvælgelsesprocessen og kritisk vurdering af de fundne artikler.

### Problemformulering

*Hvilke tilsigtede og utilsigtede effekter har Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats til borgere med svær og meget svær KOL, der ikke kan komme på vanlig rehabilitering, samt hvilke forandringer kan anbefales således, at indsatsen kan forbedres?*

Følgende undersøgelsesspørgsmål belyses i henhold til at besvarer den overordnet problemformulering:

- 1. Hvordan påvirker Brønderslev Kommunes udgående rehabiliteringsindsats borgerens vurdering af eget helbred?*
- 2. Hvilken sammenhæng er der mellem Brønderslev Kommunes formulerede mål og formål for den udgående rehabiliteringsindsats og indsatsens effekter?*

### PICO skema

I nærværende projekt er søgningen, til det første undersøgelsesspørgsmål, udført via fire facetter, hvor af de to første facetter er af sammen karakter. Dette er valgt, da dette da projektets problemstilling omhandler borgere med svær og meget svær KOL, som samtidig er hjemmebundne. Derved bliver problemet KOL og hjemmebundne borgere.

Søgningen til det andet undersøgelsesspørgsmål er udført via tre facetter; problem, intervention og outcome. Dette er valgt, da udvalgte undersøgelsesspørgsmål har til formål, at undersøge, hvilke mål de udgående rehabiliteringsindsatser kan have.

I det følgende præsenteres facetterne og PICO – skemaerne til de to undersøgelsesspørgsmål.

### Undersøgelsesspørgsmål 1:

*Facet 1:* Kronisk obstruktiv lunge lidelse (COPD, chronic obstructive pulmonary disease, chronic obstructive lung disease)

*Facet 2:* Hjemmebundne borgere (homebund, housebound – patient/persons)

Facet 3: Hjemme rehabilitering (Homebased, inhouse, home - rehabilitation)

Facet 4: Vurdering af eget helbred (Sences of coherence, self-rated, self-reported, self-assesed - health)

	Patient 1 FACET	Patient 2 FACET	Intervention 3 FACET	Outcome 4 FACET
	<b>AND</b>			
<b>OR</b>	<p><b><u>CINAHL:</u></b> COPD (TX ALL TEXT)  Chronic obstructive pulmonary disease (CINAHL Headings)</p>	<p><b><u>CINAHL:</u></b> Homebound patient (CINAHL Headings)</p>	<p><b><u>CINAHL:</u></b> Homebased rehabilitation (TX ALL TEXT)  Home rehabilitation (CINAHL Headings)  Inhouse rehabilitation (TX ALL TEXT)</p>	<p><b><u>CINAHL:</u></b> SOC (TX ALL TEXT)  Selfrated health (TX ALL TEXT)  Selfreported health (TX ALL TEXT)</p>
	<p><b><u>PubMed:</u></b> Chronic obstructive pulmonary disease (MeSH)</p>	<p><b><u>PubMed:</u></b> Homebound persons (MeSH)</p>	<p><b><u>PubMed:</u></b> Home-rehabilitation (tiab)</p>	<p><b><u>PubMed:</u></b> SOC (tiab)  Selfrated health (tiab)  Selfassessed health (tiab)  Selfreported health (tiab)</p>
	<p><b><u>Cochrane:</u></b> Chronic obstructive pulmonary disease (MeSH)</p>	<p><b><u>Cochrane:</u></b> Housebound persons (MeSH)</p>	<p><b><u>Cochrane:</u></b> Homebased rehabilitation (tiab)  Home rehabilitation (tiab)  Inhouse rehabilitation (tiab)  In-house rehabilitation (tiab)</p>	<p><b><u>Cochrane:</u></b> SOC (MeSH)  Selfrated health (tiab)  Selfassessed health (tiab)  Selfreported health (tiab)</p>
	<p><b><u>Embase:</u></b> Chronic Obstructiv</p>	<p><b><u>Embase:</u></b> Homebound pa-</p>	<p><b><u>Embase:</u></b> Homebased rehabili-</p>	<p><b><u>Embase:</u></b> Sence of coherence</p>

	lung disease (Emtree terms)	tient (Emtree terms)	tation (ALL FIELDS)	scale (Emtree terms)
			Home rehabilitation (Emtree terms)	Selfrated health (ALL FIELDS)
			Inhouse rehabilitation (ALL FIELDS)	Selfassessed health (ALL FIELDS)
				Selfreported health (ALL FIELDS)

Tabel 12: PICO inspireret facetskema til 1. undersøgelsesspørgsmål

## Undersøgelsesspørgsmål 2:

*Facet 1:* Hjemme rehabilitering (Homebased, inhouse, home - rehabilitation)

*Facet 2:* Effekt (Effect)

*Facet 3:* Mål og målsætning (Goal, goal setting, measurement)

	Problem 1 FACET	Comparison 2 FACET	Outcome 3 FACET
	<b>AND</b>		
<b>OR</b>	<u><b>ProQuest Research Library:</b></u> Homebased rehabilitation (Anywhere)  Home rehabilitation (Anywhere)  Inhouse rehabilitation (Anywhere)  Homebound Instruction (Anywhere)	<u><b>ProQuest Research Library:</b></u> Effekt* (Anywhere)	<u><b>ProQuest Research Library:</b></u> Goal setting (Subjects) <sup>12</sup>
	<u><b>Academic Search Premier:</b></u> Homebased rehabilitation (TX ALL TEXT)  Home rehabilitation (TX ALL TEXT)  Inhouse rehabilitation (TX	<u><b>Academic Search Premier:</b></u> Effect* (TX ALL TEXT)	<u><b>Academic Search Premier:</b></u> Goal (Psychology) (Subjects terms)  Measurement – aims & objectives (Subjects terms)

<sup>12</sup> ProQuest thesaurus

ALL TEXT)		
Homebound Instruction (Subjects terms)		

Tabel 13: PICO inspireret facetskema til 2. undersøgelsesspørgsmål

### Udvalgte databaser

Udvalgte databaser	Begrundelse
Cinahl	Cinahl er en sygeplejefaglig database, der indeholder artikler relateret sundhedsområdet (Aalborg Universitetsbibliotek 2015) Begrundelse for, at denne databaser er valgt, er at projektets problemstillinger omhandler borgere med KOL, rehabilitering udført sundhedspersonale, herunder sygeplejerske og fysioterapeut, hvilket det formodes at denne database indeholder emner omkring.
PubMed	PubMed er en database, der indeholder artikler relateret til det biomedicinske- og sundhedsfaglige område (Aalborg Universitetsbibliotek 2015) . Begrundelsen for, at denne database er valgt er, at den indeholder artikler om det sundhedsfaglige område, hvilket nærværende projektets problemformulering omhandler.
Cochrane	Cochrane er en database, som indeholder artikler af høj evidens indenfor det sundhedsvidenskabelige område (Aalborg Universitetsbibliotek 2015) . Denne database er valgt for at undersøge, hvorvidt der forefindes artikler af høj kvalitet indenfor rehabilitering, til borgere med svær og meget svær KOL, i eget hjem.
Embase	Embase er den største database indenfor det biomedicinske- og sundhedsvidenskabelige område (Aalborg Universitetsbibliotek 2015) . Databasens fokus på sundhedsfaglige artikler er begrundelsen for at denne er valgt.
Academic search pre-	Academic search premier er en omfangsrig, ikke-emne specifik database, som indeholder alt fra artikler på det medicinske område til sprog og litteratur

mier	område (Aalborg Universitetsbibliotek 2015) Denne database er valgt til at undersøge projektets fokus på mål, grundet dens brede fokus.
ProQuest Reseach libe- rary	ProQuest er en database, som på samme vis som Academic search premier, indeholder artikler uden emnespecifik kontekst (Aalborg Universitetsbibliotek 2015). Denne database er valgt til at undersøge projektets fokus på mål, grundet dens brede fokus.

Tabel 14: Oversigt over de udvalgte søgedatabaser

### Afgrænsninger i de udvalgte databaser ved søgningen

Database	Afgrænsning
Cinahl	Mennesker, voksne Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk.
PubMed	Mennesker, voksne Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk.
Cochrane	Mennesker, voksne Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk.
Embase	Mennesker, voksne Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk.
Academic search premier	Mennesker, voksne Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk.
ProQuest Reseach liberary	Mennesker, voksne Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk.

Tabel 15: Afgrænsninger i databaserne

### Søgningen

Den første tabel, viser søgningen, som havde til formål at belyse det første undersøgelses-spørgsmål.

Facetter/ databaser	CINAHL	PudMED	Cochrane	Embase
<b>1. facet</b> COPD OR Chronic Obstructive Pulmonary Disease	11.846 hits  7.854 hits	  37.780 hits	  2.645 hits	  76.796 hits
<b>2. facet</b> Housebound persons OR Homebound patients/ persons	  482 hits	  480hits	26 hits	  432 hits
<b>3. facet</b> Home based rehabilitation OR Home rehabilitation OR In- house rehabilitation	103 hits  1.351 hits  2 hits	0 hits  201 hits  0 hits	682 hits  1.485 hits  4 hits	3 hits  347 hits  1 hits
<b>4. facet</b> Sense of coherence OR Selfrated health OR Selfassessed health OR Selfreported health	2.105 hits  94 hits  0 hits  85 hits	1.371 hits  4.134 hits  564 hits  3.026 hits	7 hits  179 hits  4.721 hits  214 hits	93 hits  4.605 hits  626 hits  3.513 hits
1facet AND 2facet AND 3facet AND 4facet	0 Hits		0 hits	
1 facet AND 2 facet AND 3 facet	1 hits	0 hits		
1 facet AND 3 facet	48 hits	6 hits		
1 facet AND 3 facet		1 hits		
1 facet AND 3 facet AND 4 facet		0 hits	4 hits	

Tabel 16: Systematisk søgning ud fra 1. undersøgelsesspørgsmål

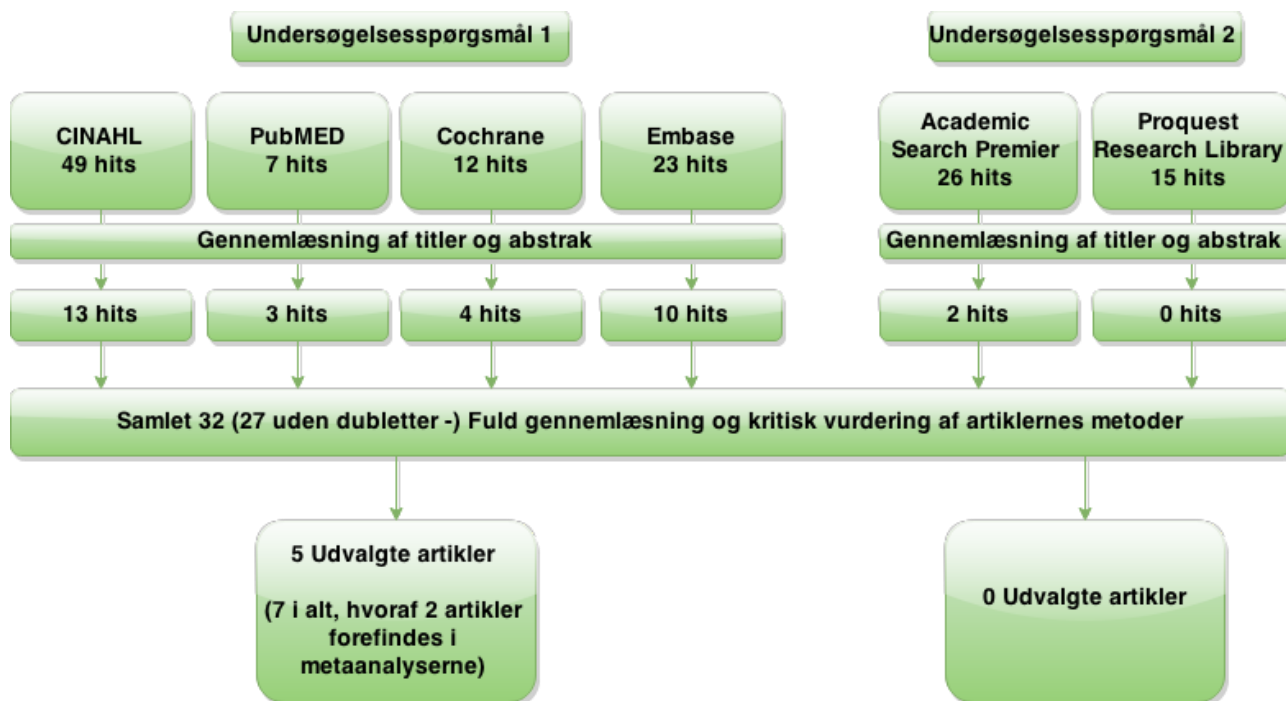
Følgende tabel viser søgningen på det andet undersøgelsesspørgsmål.



Facetter/databser	ProQuest	Academic Reseach
<b>1. facet</b>		
Homebased rehabilitation	285 hits	867 hits
OR		
Home rehabilitation	103.611 hits	6.615 hits
OR		
Inhouse rehabilitation	216 hits	3 hits
OR		
Homebound instruction	940 hits	29 hits
<b>2. facet</b>		
Effect	5.857.071 hits	6.827.836 hits
<b>3. facet</b>		
Goal	3.176 hits	6.609 hits
1 facet AND 2 facet AND 3 facet	15 hits	26 hits

Tabel 17: Systematiske søgning ud fra 2. undersøgelsesspørgsmål

I henhold til at skabe et overblik over søgeprocessen og udvælgelsen er der, på efterfølgende side, et flowchart over hele søgeprocessen. Inden gennemgang af artikler blev det undersøgt, hvorvidt der er dubletter databaserne iblandt. De resterende artikler gennemlæses og vurderes, ved hjælp af de tjeklister, som passer til det enkelte studies design.



Figur 17: Flowchart over den systematiske litteratursøgning

De fem udvalgte artikler er som følgende:

- McFarland, C. et al. (2012) *"A randomized trail comparing 2 types of In-house Rehabilitation for chronic Obstructive pulmonary disease: A pilot study."*
- Wedzicha, J. A. et al. (1998) *"Randomized controlled trail of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnea scale."*
- Akinci, A.C. et al. (2007) *"The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPS in Turkey"*
- Vieira, D.S.R et al. (2010) *"Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients."*
- Thomas, M. J. (2010) *"The impact of home-based physiotherapy interventions on breathlessness during activities of daily living in severe COPD: A systematic review."*

Udover de fem artikler blev yderligere to vurderet relevant for nærværende projekt. Disse indgik dog allerede i det systematiske review, hvorfor disse ej er anvendt. De to artikler er som følgende:

- Maltais, F. et al. (2008) *"Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease"*
- Fernandez A. M. et al. (2009) *" Home-based pulmonary rehabilitation in very severe COPD"*

De fem artikler er alle med relevans for projektets første undersøgelsesspørgsmål. Det har ikke været muligt, trods supplerende litteratursøgning, af finde artikler omhandlende mål og formål i organisationssammenhæng.

### **Kriterier for udvælgelse af relevant litteratur**

De udvalgte artikler vurderes ud fra gyldighed, relevans og anvendelighed.

**Relevans:** I henhold til at sikre, at studierne har relevans for nærværende problemformulering er søgetermer grundigt undersøgt med inspiration fra artikler omhandlende sammenemne. Sproget er, hvor der er fundet relevant, begrænset til engelsk, norsk, dansk og svensk af hensyn til at sikre forståelse. I de tilfælde, hvor sproget ikke er begrænset fra start, er studier med andre end de fire førnævnte, frasorteret undervejs. Studier, som ikke omhandler mennesker frasorteres. Aldersgruppen er ikke afgrænset, da de differentiere, hvornår svær og meget svær KOL opstår.

**Gyldighed:** Artikler, som er fremkommet på baggrund af ovenstående søgninger, er indledningsvis vurderet på baggrund af titel og resumé. I de tilfælde, hvor resumet virkede relevant for nærværende problemformulering, blev hele artiklen læst igennem og vurderet ved brug af tjeklister. De fremfundne studier er systematiske reviews og randomiserede og kontrollerede forsøg, hvor CONSORT og PRISMA tjeklisten er anvendt til at vurdere studiernes metodologiske kvalitet.

**Anvendelighed:** De fem studier er relevant i relation til projektets overordnet problemformulering, samt det første undersøgelsesspørgsmål. Det har ikke været muligt at finde litteratur, som omhandlede projektets andet undersøgelsesspørgsmål omhandlende formål og mål.

### **Supplerende litteratursøgning**

I forbindelse med, at der ikke blev fundet nogle relevante artikler, der kan anvendes til diskussion af 2. undersøgelsesspørgsmål, er der foretaget en supplerende søgning. Denne søgning er foretaget som en kædesøgning i Google Scholar, på søge termerne; *home rehabilitation, healthcare settings, Organizationa structure* samt *SMART goal setting*. Der blev i denne søgning heller ikke fundet relevante artikler til at understøtte, hvordan mål og målsætning, i en organisation, påvirker arbejdets udførelse, idet artiklerne omhandlede målsætning i rehabiliteringsforløb, og ikke målsætning i organisatoriske sammenhæng.

Forfatter	Titel	Design og evidensniveau	Formål	Studiepopulation	Intervention	Outcome mål	Resultater	Kommentarer
McFarland, C et al. (2012)	A randomized trial comparing 2 types of In-house Rehabilitation for chronic Obstructive pulmonary disease: A pilot study	RCT-studie (pilotstudie) Evidensniveau 1b	Vurdere effekten af hjemmehabilitering til personer med KOL der er hjemmebundne. Der testes to former for rehabiliteringsstrategi	41 deltagere, > 40 år, diagnosticeret KOL, FEV < 70, dyspnøniveau der forhindrer dem i at forlade hjemmet uden assistance	Fysisk træning: (aerob træning eller funktionel styrketræning)	<b>CQR</b> (livskvalitet) <b>GDS</b> (depression) <b>2 min. gangtest</b>	Begge former for træning kan forbedre sygdomsspecifik livskvalitet og fysisk funktionsniveau	Kort opfølgningsperiode-16 uger. Lille stikprøve. Stort frafald (41 %) To interventions-grupper ingen kontrolgruppe, før, midt og eftermålinger
Wedzicha, J. A. Et al. (2004)	Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnoea scale	RCT-studie Evidensniveau 1b	Undersøger om effekten af træning afhænger af det initiale niveau af dyspnø	126 patienter med KOL. (MRC 3/4, n=66, træning foregår ambulant) (MRC 5, n=60, er hjemmebundne og træning foregår hjemme)	Øvelser ved fysioterapi (sammen øvelser for hjemmebundne og ambulante). Kontrolgruppe modtager undervisning	<b>Gangdistance</b> målt vha 2 min. gangtest <b>Livskvalitet</b> målt vha: <i>SGQR</i> - sygdomsspecifik redskab til måling af helbredsstatus, <i>CQR</i> -redskab til måling af forandringer i helbredsstatus, <i>EADL</i> , <i>HAD</i> -redskab til måling af angst og depression.	MRC 3/4 der modtog træning opnåede signifikant øgning af deres i øvelses-tolerance (p<0.001). Den største forbedring i livskvalitet ses hos MRC 3/4	Ældre studie, Kort opfølgning (8 uger), incl. og excl. kriterier angivet, der er foretaget før- og eftermålinger. Bortfaldsanalyse

Akinci, A.C. Et. Al.	The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPS in Turkey.	RCT- studie. Evidensniveau 1b.	Effekten af sygeplejeske-vejledt hjemmerehabilitering til borgere med KOL stage 3-4 ifølge GOLD skalaen.	52 deltagere med KOL svarende til stage 3-4 ifølge GOLD skala og klinisk stabile, hvilket betyder at deltagerne ingen exacerbationer, ændringer i medicineren eller infektioner har haft indenfor de sidste to måneder.	Rehabiliteringen i interventionsgruppen bestod af undervisning, samt træning, som var tilrettelagt ud fra den enkeltes kapacitet.	<b>Lungefunktion</b> , American thoracic society's criteria. <b>Blodprøver. Livskvalitetsmålinger</b> , St. George Respiratory Disease Questionnaire. <b>Dyspnø</b> , Baseline Dyspnea index. <b>Fysiske formåen</b> ved brug af 6 minutters gangtest. Disse tests blev udført på en klinik før studiets start og efter den tre måneders studieperiode.	Fysisk formåen, livskvalitet og FEV1 er signifikant forbedret hos interventionsgruppen. Ingen ændring eller forværring hos kontrolgruppen.	Frafald på 38 pct. grundet død, exacerbationer og manglende ønske om at forsætte. Ej beskrevet hvilket år, den er udgivet(studiet udført 2005-2007). Fejl i konklusion i forhold til tabeller.
----------------------	--	--------------------------------	--	---	---	---	--	--

Vieira, D.S.R et. Al. (2010)	Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients.	Systematisk Review. Evidensniveau 1a.	Undersøger effekten af rehabilitering til borgere med svær og meget svær KOL(GOLD 3-4) i eget hjem på baggrund af randomiserede kontrollerede studier.	12 studier var i overensstemmelse med inklusions- kriterierne. Interventionsgruppen var hjemmerehabilitering og kontrolgruppen var <i>standard care</i> eller hospitalsbaserede rehabilitering.	Træning i form af blandt andet 6 minutters gangtest, trappetest og shuttle test.	Helbredsrelaterede livskvalitet, træningskapacitet, dyspnø, indlæggelser, muskelstyrke og exacerbationsinterval.	Hjemmerehabilitering forbedrer livskvaliteten og den fysiske formåen i forhold til standard care. Det ses dog ingen signifikante forskelle imellem hjemmerehabilitering og hospitalsbaseret rehabilitering. Det ses ligeledes ingen signifikant forskel imellem interventions- og kontrolgruppen med hensyn til indlæggelser.	De inkluderede studier var af moderat til lav kvalitet, vurderet ved brug af PEDro skala.
------------------------------	--	---------------------------------------	--	---	--	--	---	---

Thomas, M.J. (2012)	The impact of home-based physiotherapy interventions on breathlessness during activities of daily living in severe COPD: A systematic review	Systematisk Review. Evidensniveau 1a.	Undersøge effekten af fysioterapi til borgere med svær KOL, i eget hjem på baggrund af randomiserede kontrollerede studier.	Syv studier var i overensstemmelse med inklusionskriterierne. Interventionsgruppen modtog enten respiratorisk træning eller fysisk træning. Kontrolgruppen varierede afhængig af studiet.	Respiratorisk - eller fysisk træning i hjemmet.	<b>ADL</b> (activities of daily living), <b>CRDQ</b> (Chronic respiratory Disease Questionnaire ), <b>BDI/TDI</b> (Baseline/ Transition dyspnoea index)		Bredt CI, hvilket kan indikere, at det ikke er sikkert at det har den forventede effekt.
---------------------	--	---------------------------------------	---	---	---	---	--	--

**Dato og identifikation**

Søgningen er afsluttet 20-05-2015 og er foretaget af Pia Noekjær Jensen Gunvald, Mette Dyrholm Hundsholt og Mie Jeanette Sørensen, specialestuderende på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.



# Bilag 16: Den færdige programteori

