



The Back to Life Project – Evaluering og forandring af en kompleks intervention

Anslag med mellemrum: 239.259
07-06-2018



Gruppe: 10309

Alexander Arndt Pasgaard
Michelle Brøbech Esrup

Vejleder:

Henrik Bøggild

Speciale

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
- Institut for Medicin &
Sundhedsteknologi - Faggruppen
for Folkesundhed & Epidemiologi -
Aalborg Universitet

Resumé

Titel: The Back to Life Project – Evaluering og forandring af en kompleks intervention

Baggrund: The Back to Life Project (BTL) er et rehabiliteringstilbud til personer med funktionsnedsættelse som følge af en ulykke eller sygdom. BTL søger at tilbyde et rehabiliteringsforløb, der er bedre og mere helhedsorienteret, end hvad der tilbydes i kommunen. For at kunne tilbyde en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats til så mange som muligt, ønsker folkene bag BTL mere finansiering og udbredelse. På nuværende tidspunkt er evidens for tilbuddet usikkert, hvilket kan være en barriere for en fremtidig kommunal finansiering.

Formål: Formålet med indeværende speciale er at evaluere BTL, mhp. at analysere om BTL er en effektiv og omkostningseffektiv tilgang til rehabilitering. På baggrund af den usikre evidens for interventionen stilles et udviklingsforslag for øget dokumentering af BTL's rehabiliteringstilbud, der bedre belyser tilgangens effekter og omkostninger og på sigt muliggør en mere sikker evaluering af indsatsen.

Metode: Dette speciale tager udgangspunkt i MRC-modellen for evaluering af komplekse interventioner og anvender en kombination af systematisk litteratursøgning og sundhedsøkonomisk metode. Den systematiske litteratursøgning bidrager med en effektevaluering af de centrale elementer i tilbuddet. For at beskrive omkostninger forbundet med BTL, og for at vurdere om tilgangen er et omkostningseffektivt alternativ til rehabilitering af ulykkesramte sammenlignet med kommunal praksis, anvendes en cost-minimization analyse og en tærskelværdi-analyse. For at imødekomme den usikre evidens fra de to evalueringer, anvendes en Context-Mechanism-Outcome (CMO) tilgang til at kortlægge de vigtigste mekanismer i interventionen, hvilket fører til udviklingsforslag om øget dokumentation af interventionen.

Resultater: Litteratursøgningen finder en begrænset mængde evidens, der indikerer at rehabiliteringstilgangen i BTL har sammenlignelig eller bedre effekt end konventionelle alternativer. Den sundhedsøkonomiske evaluering finder, at et rehabiliteringsforløb i BTL er 5.881 kroner dyrere end hos kommunen, hvorfor BTL skal opnå en inkrementel effekt på 0,024 QALY per deltager for at være et omkostningseffektivt alternativ. For at fastslå om den effekt er tilstede, stiller indeværende speciale et udviklingsforslag bestående af øget dokumentation, i form af: A) EQ-5D-3L spørgeskema og øget dokumentation af omkostninger og B) ICF spørgeskema til muskuloskeletale sygdomme.

Konklusion: Den nuværende evidens er ikke tilstrækkelig til at anbefale finansiering og udbredelse af BTL. Dette kan potentielt adresseres gennem øget dokumentation vha. ICF og EQ-5D-3L spørgeskemaerne.

Abstract

Title: The Back to Life Project – Evaluating and changing a complex intervention

Background: The Back to Life Project (BTL) is a small enterprise offering free rehabilitation services to persons with reduced level of functioning as a consequence of accident or disease. BTL aims to offer a better and more comprehensive rehabilitation service than what is currently provided by the Danish municipalities. To increase the availability of the service to a larger demographic, BTL is looking to secure stable funding. Currently the evidence for the BTL approach to rehabilitation is lacking which could be a barrier to further funding.

Aims: The aim of this thesis is to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of the BTL rehabilitation service. Due to uncertainty in the investigated evidence, we propose that BTL increase the level of documentation, to facilitate further documentations of costs and effects. This would furthermore be beneficial to subsequent evaluations.

Methods: This thesis is based on the MRC approach to developing and evaluating complex interventions. The use of a systematic review of literature and a health economic evaluation, is included in this thesis. The systematic review of literature contributes with evidence concerning the central elements of BTL. In order to investigate costs attributed to BTL and furthermore assess whether the intervention is a cost-effective alternative to the rehabilitation of individuals with reduced functioning, a cost-minimization and threshold analysis is used. To accommodate the uncertainty of the evidence underlying the two evaluations, a Context-Mechanism-Outcome approach is employed to investigate the most important mechanisms of the intervention, which ultimately results in a proposal to increase documentation within BTL.

Results: The review of literature finds limited evidence to indicate that the BTL approach is equal to or more beneficial than conventional approaches to rehabilitation. The health economic evaluation finds that the incremental costs per participant in BTL amounts to 5.881 DKK. As a result, BTL needs to produce an incremental effect of 0,024 QALY per participant to be considered cost-effective at a willingness-to-pay threshold of 250.000 DKK/QALY. As the true incremental effects of BTL has not been established, this thesis proposes to increase the level of documentation in BTL using A) the EQ-5D-3L health questionnaire alongside increased documentation of costs, and B) the ICF-classification coreset for musculoskeletal disease.

Conclusion: At present there is insufficient evidence to recommend public funding and expansion of BTL, however increased documentation, using the ICF-classification and the EQ-5D-3L health questionnaire, might assist in addressing this issue.

Indholdsfortegnelse

1.	Initierende Problem.....	10
2.	Problemanalyse	12
2.1.	Rehabilitering i Danmark	12
2.1.1.	Rehabiliteringsbegrebet og rehabiliteringsforløb.....	12
2.1.2.	Hvad er indholdet af rehabilitering i Danmark	14
2.1.3.	Finansiering af rehabilitering	15
2.1.4.	Ulykker som årsag til funktionsnedsættelse.....	18
2.2.	The Back to Life project.....	19
2.2.1.	Etik i The Back to Life Project	20
2.2.2.	Elementer i The Back to Life Project.....	23
2.2.2.1.	Vand Virker!	24
2.2.2.2.	Peerstøtte.....	26
2.2.2.3.	Koordination	28
2.2.2.4.	Den samlede effekt af The Back to Life Project.....	30
2.3.	Udfordringer i The Back to Life Project	35
3.	Problemafgrænsning	37
4.	Problemformulering	38
5.	Metode	38
5.1.	The Back to Life Project i et MRC perspektiv	38
5.1.1.	Evaluering (fase 3)	40
5.1.2.	Implementering (fase 4)	42
5.1.3.	Udvikling (fase 1)	42
5.1.4.	Pilotundersøgelse/afprøvning (fase 2)	43
5.2.	Videnskabsteoretisk position.....	43

5.2.1.	Kontekst-mekanisme-outcome (CMO).....	46
6.	Empiri.....	47
6.1.	Metode - Litteratursøgning.....	47
6.1.1.	Initierende søgning.....	47
6.1.2.	Systematisk litteratursøgning.....	47
6.1.2.1.	Søgeprocessen.....	47
6.1.2.2.	Artikeludvælgelse	50
6.2.	Resultat af den systematiske litteratursøgning	53
6.2.1.	Vandtræning.....	54
6.2.2.	Peerstøtte	57
6.2.1.	Koordinering	61
6.3.	Metode – Sundhedsøkonomi	64
6.3.1.	De to alternativer.....	65
6.3.2.	Cost-minimization analyse.....	65
6.3.3.	Omkostninger.....	66
6.3.3.1.	Omkostninger for The Back to Life Project	67
6.3.3.2.	Omkostninger for kommunal rehabilitering	69
6.3.3.3.	Nutidsværdi af omkostningerne.....	70
6.3.1.	Tærskelværdianalyse.....	71
6.3.1.	Følsomhedsanalyse	72
6.3.1.	Den inkrementelle omkostningseffektivitetsbrøk	72
6.3.2.	ICER-plan	73
6.4.	Resultater - Sundhedsøkonomi.....	74
6.4.1.	Omkostninger.....	74
6.4.2.	Evaluering	75
6.4.3.	Følsomhedsanalyse	76

7.	Diskussion.....	78
7.1.	Diskussion af litteratursøgningens resultater	78
7.1.1.	Udvalgte studier i den systematiske litteratursøgning	78
7.1.2.	Diskussion af evidens for delelementerne	79
7.1.2.1.	Vandtræning	79
7.1.2.2.	Peerstøtte.....	81
7.1.2.3.	Koordinering.....	83
7.2.	Metodediskussion - Systematisk litteraturstudie	85
7.2.1.	Søgestrategi.....	85
7.2.2.	In- og eksklusionskriterier	87
7.2.3.	Kvalitetsvurdering af studierne	87
7.1.	Resultatdiskussion af sundhedsøkonomisk evaluering	88
7.2.	Diskussion af sundhedsøkonomisk metode.....	90
7.2.1.	Omkostninger og værdisætning	90
7.2.2.	Cost-minimization og evaluering af komplekse interventioner	92
7.2.3.	Omkostningseffektivitet og QALY i komplekse interventioner	93
8.	Diskussion af metodevalg og CMO-evaluering.....	93
9.	The Back to Life Project i et samlet perspektiv	95
9.1.	Udviklingsforslag - Sundhedsøkonomisk evaluering.....	98
9.2.	Udviklingsforslag - ICF.....	101
9.3.	Udviklingsforslag - Kontekst	104
10.	Diskussion af udviklingsforslag.....	105
10.1.	Diskussion af udviklingsforslagets komponenter	105
10.2.	Diskussion af udviklingsforslagets konsekvenser	106
10.3.	Udviklingsforslagets begrænsninger	109
10.4.	Dokumentation i et bredere perspektiv	109

11.	Konklusion	111
12.	Referenceliste	112
13.	Bilagsoversigt	123

Figur- og tabeloversigt

<i>Figur 1 - Medical Research Council – Model for udvikling og evaluering af komplekse interventioner (Craig et al., 2008b).....</i>	<i>39</i>
Figur 2 - Virkelighedens 3 domæner, A.J. Fletcher (2017)	44
Figur 3 - Flowdiagram over udvælgelsesprocessen i den systematiske søgning	53
Figur 4 - Plot over omkostningseffektivitet	77
Figur 5 - Programteori over The Back To Life Project.....	98
Figur 6 - EQ-5D-3Ls rolle i dokumenteringen af The Back to Life Project.....	100
Figur 7 - ICF's rolle i dokumenteringen af The Back to Life Project	103
Tabel 1 - Evidens af vandtræning, peerstøtte og koordinering	32
Tabel 2 - Inklusions- og eksklusionskriterier for den systematiske litteratursøgning	51
Tabel 3 - Resultatmatrix over studier identificeret via systematisk litteratursøgning - Vandtræning	55
Tabel 4 - Kontekst-Mekanisme-Outcome: Vandtræning.....	57
Tabel 5 - Resultatmatrix over studier identificeret via systematisk litteratursøgning - Peerstøtte	58
Tabel 6 - Kontekst-Mekanisme-Outcome: Peerstøtte	60
Tabel 7 - Resultatmatrix over studier identificeret via systematisk litteratursøgning - Koordinering	61
Tabel 8 - Kontekst-Mekanisme-Outcome: Koordinering	64
Tabel 9 - Omkostninger i BTL for perioden 1. januar 2017 – 31. december 2017	68
Tabel 10 - Omkostninger i HRC i perioden 1. april 2008 – 31. oktober 2009	70
Tabel 11 - Omkostninger i The Back To Life Project og Nyborg Kommunes hjerterehabilitering ..	74
Tabel 12 - Cost-minimization analyse	75
Tabel 13 - Tærskelværdianalyse	76
Tabel 14 - Resultater ved lønsats på 187,51 kroner / time - Følsomhedsanalyse	76
Tabel 15 - CMO-oversigt over The Back to Life Project	96

Forord

Indeværende speciale er skrevet i forbindelse med det afsluttende semester af kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Projektet er udarbejdet i perioden 1. februar 2018 til 7. juni 2018 af Michelle Brøbech Estrup og Alexander Arndt Pasgaard under kyndig vejledning af hovedvejleder Henrik Bøggild og Bi-vejleder Cathrine Elgaard Jensen. Specialet er rettet mod fagpersoner og personer med interesse for ”The Back to Life Project” og/eller komplekse interventioner indenfor rehabiliteringsfeltet generelt. Specialegruppen ønsker at takke vores yderst kyndige vejledere for en god og lærerig proces. Derudover skal der rettes en stor tak til ”The Back to Life Project”, Cæcilie Andersen og projektleder Mikkel Salling Holmgaard, for at bidrage med tid og data til dette speciale.

1. Initierende Problem

I 2013 foretog Det Nationale Forskningscenter for Velfærd en undersøgelse af danskernes hverdagsliv og levevilkår med funktionsnedsættelse. Undersøgelsen fandt at 30% af befolkningen havde enten fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Heraf rapporterede 9% en større fysisk funktionsnedsættelse (Damgaard, Steffensen, & Bengtsson, 2013). Undersøgelsen peger endvidere på, at personer med funktionsnedsættelse oplever barrierer for deltagelse i og udfordringer indenfor både deres private-, sociale- og samfundsmæssige sfære (Damgaard et al., 2013). Rehabilitering har til sigte at mindske og forebygge disse barrierer (Diderichsen, 2008), og litteratur på området indikerer, at der er et stort potentiale for at den rehabiliterende indsats i Danmark kan bedre borgernes livssituation (Lund & Hjortbak, 2017; World Health Organization, 2017) og skabe store besparelser for samfundet ved at øge borgerens funktionsniveau (Momsen, 2010). Det er blandt andet vist, at rehabilitering øger borgerens sandsynlighed for at vende tilbage til arbejdet (Feuerstein, Menz, Zastowny, & Barron, 1994) og forbedrer borgerens helbredsrelaterede livskvalitet (Roine et al., 2009).

I Danmark har kommunen det primære ansvar for rehabilitering uden for hospitalet og ønsket er at tilbyde en helhedsorienteret indsats centreret omkring borgeren (Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, & Sundhedsministeriet, 2011), men traditionelle kommunale rehabiliteringsindsatser for borgere med nedsat funktionsevne indeholder en række udfordringer. Ønsket om en helhedsorienteret indsats, begrænses af de ofte standardiserede procedurer, tidsafgrænsede perioder samt begrænsede midler og manglende højt specialiserede ydelser, hvilket kan begrænse effekten af indsatsen (Bonfils & Draborg, 2011; Cour, Thisted, Hjortbak, Lund, Karen Margrethe Dahl, & Henriksen, 2011; Højberg, Quistgaard, Jensen, & Engberg, 2011; Wind, 2011).

Det frivillige rehabiliteringstilbud "The Back to Life Project" (BTL) forsøger at tage højde for og løse nogle af disse udfordringer for at skabe det bedst mulige rehabiliteringsforløb (Navne, 2017). BTL er et dansk rehabiliteringstilbud til mennesker, der har været ude for en pludselig eller drastisk skade eller sygdom. Effekten er dog kun dokumenteret i en enkelt evaluering (Navne, 2017), og der er derfor stadig usikkerhed omkring størrelsen af effekten og hvilke elementer fra BTL der bidrager hertil. Evalueringen peger dog på, at BTL har haft succes med at øge funktionsnedsatte borgeres livskvalitet og tilknytning til arbejdsmarkedet (Navne, 2017).

Da BTL er et frivilligt tilbud til borgere med funktionsnedsættelse, der er afhængig af donationer og fonde til at finansiere omkostninger og drift forbundet med tilbuddet, er der usikkerhed omkring BTL's økonomiske fremtid (Navne, 2017). Et tættere samarbejde med den kommunale praksis, kunne bidrage til mere finansiell stabilitet og mulighed for udbredelse af tilbuddet til flere deltagere. BTL er dog ikke blevet sundhedsøkonomisk evalueret, og derfor vides det ikke, om BTL er et omkostningseffektivt alternativ til den nuværende praksis, da hverken effekterne eller omkostningerne er tilstrækkeligt evaluerede på nuværende tidspunkt.

Ud fra ønsket om at tilbyde funktionsnedsatte borgere den bedst mulige rehabiliteringsindsats er det derfor relevant at undersøge, om BTL er et effektivt og omkostningseffektivt alternativ til den kommunale rehabilitering.

2. Problemanalyse

Den følgende problemanalyse vil starte med en udforskning af det danske rehabiliteringsfelt. Herefter følger en kortlægning og analyse af BTL for at undersøge opbygningen og effekten af tilbuddet. Dette skal bidrage til at kortlægge BTL's rolle i den danske rehabiliteringsindsats, samt bidrage til at forstå fordele og ulemper ved tilgangen.

2.1. Rehabilitering i Danmark

I dette kapitel (2.1) vil kompleksiteten i den danske rehabiliteringsindsats blive udfoldet. Dette gøres mhp. at klarlægge den kontekst, som BTL agerer indenfor. Det første afsnit vil derfor introducere de eksisterende definitioner, forståelser og indhold af rehabilitering for at tydeliggøre formålet med rehabilitering. Slutteligt vil de finansielle omstændigheder omkring rehabilitering blive analyseret, for at blotlægge de økonomiske incitamenter og strukturer der har indflydelse på rehabiliteringsprocessen. Dette kapitel (2.1) vil primært tage udgangspunkt i danske forhold og derfor dansk litteratur, idet indholdet og implementeringen af rehabiliteringsinterventioner er underlagt den kontekst hvori de indgår (M. L. Møller, 2011). Hvor det er muligt og relevant inddrages international litteratur for at supplere den danske viden på området.

2.1.1. Rehabiliteringsbegrebet og rehabiliteringsforløb

Rehabilitering er et ord, der varierer i associationer og betydning mellem både forskellige sektorer, faggrupper og individer. For nogen er rehabilitering blot et synonym for genoptræning, mens det for andre er en fællesbetegnelse, der rummer alle elementerne i en kompleks helheds – og individorienteret indsats, der søger at bedre eller opretholde en borgers funktionsniveau gennem værktøjer som genoptræning, hjælpemidler, uddannelse, omstrukturering af hverdagen og potentielt omstrukturering af arbejdsmiljøet (Johansen, Rahbek, Møller, & Jensen, 2004). For at lette kommunikationen omkring rehabilitering er der blevet udarbejdet en række definitioner af begrebet i både national og international sammenhæng. WHO har udarbejdet en funktionel definition af rehabiliteringsbegrebet der, i vid udstrækning, danner ramme om den internationale forståelse af rehabilitering:

” Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat

funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.” (Bjarne Rose Hjortbak, Bangshaab, Johansen, & Lund, 2011, p. 21)

Dog er rehabilitering en kontekstafhængig indsats, hvorfor forskellige landes tilbud vil variere væsentligt i struktur og indhold (Bjarne Rose Hjortbak et al., 2011). Derfor er der blevet udarbejdet tilsvarende definitioner af rehabilitering, der tager udgangspunkt i den danske kontekst. I de indledende afsnit af problemanalysen vil netop den danske rehabiliteringspraksis være i centrum, for at kortlægge den indsats og kontekst som BTL agerer i.

I 2004 blev hvidbogen ”Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet – rehabilitering i Danmark” (Johansen et al., 2004) udgivet. Denne søger gennem involvering af specialister og interessenter indenfor rehabiliteringsfeltet at skabe et samlet udgangspunkt for den danske rehabiliteringsindsats. Hvidbogens definition af rehabilitering er stadig den officielle definition for Rehabiliteringsforum Danmark og lyder:

” 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 består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats ” (Johansen et al., 2004, p. 4; Rehabiliteringsforum Danmark, 2018).

I tillæg til hvidbogens definition af rehabilitering er der udarbejdet en vejledning omkring rehabilitering i Danmark, der særligt har fokus på beskæftigelsesmæssig rehabilitering og betydningen af pårørendes støtte i processen. I denne vejledning understreges det, at rehabilitering ikke blot er til den enkelte borgers bedste, men at indsatsen også har en potentielt stor samfundsmæssig økonomisk gevinst (Socialministeriet et al., 2011).

Da rehabilitering involverer en række indsatser, der ikke blot er møntet på de direkte konsekvenser af borgerens sygdom, men også de omkringliggende strukturer og individets hverdagsliv, vil brugen af rehabiliteringsbegrebet i dette speciale, referere til den brede helhedsorienterede definition fremsat i hvidbogen.

I tilslutning hertil vil begrebet genoptræning blive brugt til at beskrive de indsatser, der alene er kendetegnet ved et fysisk træningsforløb. Denne distinktion er vigtig, da terminologien er mere flydende i det praktiske arbejde, og da der er tale om to potentielt meget forskellige forståelser

(Johansen et al., 2004). Den samme terminologiske uklarhed gør sig gældende i international litteratur, hvor ”rehabilitation” bliver brugt både til at beskrive interventioner, der udelukkende består af genoptræning (se fx (Edwards et al., 2017)), og i den bredere WHO-forståelse af begrebet (fx (Kamper et al., 2015)), hvorfor det er nødvendigt med en klar definition for indeværende speciale.

Ud fra disse definitioner ses kompleksiteten i rehabilitering. Det er ikke blot borgerens sygdom, der skal behandles. Det er hele borgerens livssituation, der skal hjælpes mod et selvstændigt og meningsfuldt liv. Både den kommunale tilgang til rehabilitering og BTL rummer denne kompleksitet i deres rehabiliterende arbejde. BTL har fokus på at tilbyde den brede rehabilitering til alle deltagere efter behov (Navne, 2017), hvor kommunerne i mange tilfælde tilbyder en bred rehabiliteringsindsats til kronikere og ældre, men ofte har et mere genoptræningsfokuseret tilbud til borgere med fysisk funktionsnedsættelse, hvilket i nogle tilfælde ikke er tilstrækkeligt til at opnå rehabiliteringens målsætning (Aalborg Kommune, 2018; Dahl, 2008b; Nielsen & Bengtsson, 2008). For at opnå denne målsætning om et selvstændigt og meningsfuldt liv, vil det ofte være nødvendigt at inddrage både flere forskellige offentlige sektorer, men også borgeren selv, i det rehabiliterende arbejde. Derved bliver det enkelte rehabiliteringsforløb ofte resultatet af et unikt samarbejde mellem borgere, behandlere og koordinatore, men der findes alligevel fællestræk mellem forløbene. I det følgende afsnit, vil der blive fremlagt, hvem der har ansvaret for den offentlige rehabiliteringsproces, for at denne kan sammenholdes med BTL.

2.1.2. Hvad er indholdet af rehabilitering i Danmark

Kommunerne har det primære ansvar for rehabilitering udenfor hospitalet i Danmark (H. R. Møller, 2011). Der er ingen særskilt lovgivning omhandlende rehabilitering, hverken indenfor beskæftigelses-, social-, undervisnings- eller sundhedsområdet. I stedet foreligger der en ministeriel anbefaling til kommunerne, hvor der beskrives, hvordan rehabilitering i kommunerne kan håndteres i overensstemmelse med den gældende lovgivning indenfor de forskellige sektorer (H. R. Møller, 2011).

Rehabiliteringsindsatser er forskellige afhængigt af den enkelte borgers behov for rehabilitering og dennes situation. Indsatserne kan bestå af forebyggende elementer, der minimerer yderligere funktionsnedsættelse eller komplikationer, samt akut individuel behandling og hjælp. Rehabilitering kan eksempelvis bestå af smertelindring, vejledning og rådgivning, genoptræning og træning,

psykisk, fysisk og social behandling, specialundervisning, personlig hjælp og støtte til bl.a. økonomien, omgivelserne og personlig udvikling (Jensen, 2008).

Den konkrete rehabiliteringsindsats kan generelt inddeles i 5 faser. Første fase er en indledende identifikation af borgerens behov for rehabilitering, herunder borgerens vanskeligheder og problemer i hverdagslivet (Lund & Hjortbak, 2017). Anden fase er en uddybende udredning af borgerens behov og vanskeligheder, hvor konkrete behov for rehabiliteringsprocessen besluttet, og en professionel indsats tilrettelægges. Beslutningen for rehabiliteringsprocessen er en kombination af borgerens (og pårørendes) ønsker om hjælp og de professionelle skøn over rette faglige indsats for borgeren (Lund & Hjortbak, 2017). Tredje fase er fastlæggelse af mål, plan og tidsramme for rehabiliteringsprocessen. Der er behov for en klar aftale borgeren og de professionelle imellem for at øge motivationen og forståelsen mellem parterne (Lund & Hjortbak, 2017). Fjerde fase er gennemførelse af det planlagte forløb. Her er det centralt i et komplekst rehabiliteringsforløb, at det tværprofessionelle samarbejde prioriteres, da professionelle repræsenterer forskellige tænkemåder, systemer og traditioner, hvorfor koordination og samarbejde kan være en udfordring. Femte fase er en evaluering af borgerens effekt af rehabiliteringsforløbet. Efter evalueringen sker der en vurdering af, om borgeren skal igennem en ny udredning, eller om forløbet skal afsluttes med en plan for vedligeholdelse af opnåede mål og revurdering af borgeren (Lund & Hjortbak, 2017). ICF ("International Classification of Functioning, Disability and Health"), som er en international klassifikation af helbredstilstand, funktionsevnenedsættelse og funktionsevne (Dahl, 2008a; World Health Organization, 2002), kan anvendes som det styrende redskab gennem faserne (Lund & Hjortbak, 2017). Først ved en helhedsorienteret behovsvurdering, hvor funktionsnedsættelse, funktionsevne og helbredstilstand klassificeres. Ligeledes kan ICF skabe en fælles referenceramme når borgerens mål fastsættes, og modellens flerstrengede dimensioner for funktion kan anvendes for at fremme et helhedsorienteret forløb. Dernæst er ICF et anvendt redskab til at evaluere borgerens funktion ved afsluttet rehabiliteringsforløb (Lund & Hjortbak, 2017).

2.1.3. Finansiering af rehabilitering

I de forudgående afsnit er det blevet belyst, at rehabilitering er en kompleks intervention, der involverer mange aktører. Derfor er der betydelige omkostninger forbundet med rehabilitering. Disse omkostninger kan generelt blive finansieret af enten borgeren eller andre private aktører, sundhedsforsikringer eller det offentlige (Bonfils & Draborg, 2011). Det er skrevet tidligere, at hovedparten af rehabiliteringsforløb foregår gennem kommunerne, hvilket medfører, at det også er kommunerne, der har den største finansieringspost i forbindelse hermed (Bonfils & Draborg, 2011).

Kommunernes finansiering af rehabiliteringsydelserne betyder, at det ofte vil være den enkelte kommune, der bestemmer hvilke ydelser der tilbydes. Derfor kan der være stor variation imellem kommunerne, der dog som minimum skal udbyde ydelser svarende til sundheds-, beskæftigelses-, undervisnings- og sociallovgivningen (Socialministeriet et al., 2011).

Kommunernes interesse i rehabilitering er ikke alene styret af lovgivning. Der er også en række økonomiske incitamenter indlejret i særligt finansieringen af sygedagpenge (Beskæftigelsesministeriet, 2017). Dette skaber et incitament for kommunen for at få borgeren helt eller delvist tilbage på arbejdsmarkedet. Da dette blandt andet opnås gennem rehabiliteringsforløbene, er der altså en økonomisk interesse i at udbyde dem for kommunen (Bonfils & Draborg, 2011). Derved har kommunen incitament for at tilbyde den bedst mulige rehabiliteringsindsats på trods af højere omkostninger, så længe omkostningerne forbundet hermed modsvares af besparelser i forhold til sygedagpenge og øgede skatteindtægter, samt ikke mindst en bedre helbredsstatus for borgeren.

Da kommunerne ikke kan udbyde alle ydelser, vil der fra kommunens side blive foretaget en prioritering af, hvilke elementer der bør indgå i de udbudte rehabiliteringsforløb. I denne prioritering bør der indgå overvejelser om elementernes omkostningseffektivitet, altså en overvejelse af hvor meget effekt kommunen får for pengene. Disse overvejelser er afhængige af den eksisterende evidens (Bonfils & Draborg, 2011). På rehabiliteringsområdet er det ikke trivielt at udregne omkostningseffektiviteten efter gængse sundhedsøkonomiske metoder. Dette skyldes mangfoldigheden og kompleksiteten i de udbudte rehabiliteringsinterventioner, der gør det vanskeligt at definere og efterfølgende måle konkrete effektmål (Bonfils & Draborg, 2011). Derfor er der også kun identificeret relativt lidt litteratur omhandlende omkostningseffektiviteten af rehabiliteringstilbud i Danmark. Dette drejer sig bl.a. om rapporten ”Hjerterehabilitering i Danmark - En oversigt over danske erfaringer og omkostninger”, der finder at en øget indsats indenfor rehabiliteringen af borgere med iskæmisk hjertesygdom, vil kunne resultere i en samlet besparelse for samfundet grundet færre udgifter til behandling og et nedsat produktionstab (Rasmussen, 2011). Der er derfor et behov for at inddrage international litteratur for at supplere den danske viden på området.

Der er udarbejdet flere internationale systematiske reviews over omkostningseffektiviteten af rehabiliterende tiltag. Et systematisk review undersøgte omkostningseffektiviteten af træningsbaserede interventioner til personer med forskellige sygdomme, bestående af 65

undersøgelser, hvor størstedelen var randomiserede kontrollerede studier. Undersøgelsen viste stor variation i andelen af interventioner, der var omkostningseffektive. Bl.a. var 54% af interventionerne rettet mod muskel- og skeletlidelser omkostningseffektive, hvor andelen var 60% ved hjertepatienter og 75% ved slidgigt patienter (Roine et al., 2009). En systematisk oversigtsartikel undersøgte sundhedsøkonomiske evalueringer omhandlende rehabilitering af forskellige lidelser og inkluderede 64 systematiske reviews. Studiet viste, at flere rehabiliteringsinterventioner rettet mod blandt andre patienter med rygsmerter, slagtilfælde og arbejdsrelaterede funktionsnedsættelser var omkostningseffektive eller besparende (Howard-Wilsher et al., 2016). Et andet systematisk review bestående af 15 økonomiske evalueringer, undersøgte omkostningseffektiviteten af hjerterehabilitering og fandt at længerevarende træningsbaserede interventioner resulterede i lavere omkostninger, længere kumulativ levetid og reduceret indlæggelsestid (Edwards et al., 2017). Det ses i litteraturen at rehabiliteringsindsatser kan være omkostningseffektive, men ikke altid er det. Derfor er der behov for evaluering af de konkrete indsatser, for at prioriteringen af midler bliver foretaget bedst muligt.

Den manglende evidens omkring omkostningseffektiviteten af rehabiliteringstilbud i Danmark betyder, at det kan være svært for kommunen at prioritere tilbud på tværs af sektorer, metoder og funktionsnedsættelser. Derved risikerer kommunen at prioritere suboptimale ydelser, hvilket i sidste ende kan resultere i et dårligere eller manglende rehabiliteringsforløb for borgeren, da pengene er brugt andetsteds. Der er derfor et behov for at supplere dansk litteratur med international litteratur omkring omkostningseffektiviteten af rehabiliteringsforløb, med justeringer svarende til de begrænsninger der kan være i overførbarheden af studierne. En af fremtidens udfordringer bliver derfor at kombinere den helhedsorienterede rehabiliteringsindsats med sundhedsøkonomiske principper, således at rehabiliteringsforløb bliver en effektiv og attraktiv ydelse set fra både borgerens, kommunens og samfundets perspektiv.

Da kommunerne har en økonomisk interesse i at skabe effektive rehabiliteringsforløb, kan der derfor være et incitament til at forandre og effektivisere de nuværende kommunale rehabiliteringsforløb. BTL kan potentielt være et omkostningseffektivt alternativ til den kommunale praksis, hvorfor det er nødvendigt at evaluere interventionen. I de følgende afsnit vil BTL's primære målgruppe blive præsenteret, efterfølgende vil BTL-tilgangen blive udfoldet og den eksisterende viden om effekterne af dennes indhold analyseret.

2.1.4. Ulykker som årsag til funktionsnedsættelse

I Danmark kommer 600.000 – 700.000 årligt på skadestuen som følge af ulykker, enten i relation til arbejde, trafik eller hjem og fritid (Hanne Møller, Damm, & Laursen, 2012). Ulykker omfatter her en lang række skader, der går fra hudafskrabninger til større multitraumer og dødsfald. Ulykker er i Danmark den tredjestørste årsag til tabte leveår og den største årsag for 0-35 årige (Hanne Møller et al., 2012). En andel af disse ulykker fører til varig funktionsnedsættelse, og det estimeres at op mod 7% af alle voksne danskere lever med langvarige konsekvenser af skader efter en ulykke (Hanne Møller et al., 2012). Ulykker resulterer i en lang række negative effekter for individets sundhed, og forskningslitteraturen indikerer bl.a. at ulykkesramte har højere dødelighed (Cameron, Purdie, Kliewer, & McClure, 2005), højere brug af sundhedsydelser (Dryden et al., 2004), og lavere helbredsrelateret livskvalitet (En kvantitativ definition af livskvalitet der blandt andet benyttes indenfor sundhedsøkonomi, herefter HRQOL) (Overgaard, Høyer, & Christensen, 2011; Ulvik, Kvåle, Wentzel-Larsen, & Flaatten, 2008) flere år efter ulykken.

Ulykker er derfor et betydeligt folkesundhedsproblem i både udlandet og i Danmark. For Danmark er den gennemsnitlige omkostning alene til behandling af ulykker over en milliard kroner årligt, og i tillæg hertil er der et betydeligt tab i produktion (Hanne Møller et al., 2012). De totale omkostninger forbundet med ulykker er ikke opgjort i en dansk kontekst, men i USA estimeres det at ulykker koster det amerikanske samfund over 400 milliarder dollars årligt (Corso, Finkelstein, Miller, Fiebelkorn, & Zaloshnja, 2015).

De store helbredsmæssige og finansielle omkostninger forbundet med ulykker betyder, at der er en interesse i at forebygge langvarige konsekvenser. Dette sker blandt andet gennem rehabilitering, og derfor bør det belyses, om der findes mere effektive alternativer end den nuværende praksis.

I Danmark vil det akutte forløb oftest varetages af hospitalerne, hvorefter opgaven overleveres til kommunen (B R Hjortbak, 2010). Her bør kommunen tilbyde en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, der følger anbefalinger fra hospitalet (Biering- Sørensen & Kjølner, 2004). Der er dog indikationer for, at denne indsats begrænses til traditionel genoptræning i mange tilfælde (Dahl, 2008b; Praksishistorie 38 i B R Hjortbak, 2010).

BTL er ikke begrænset til en specifik målgruppe, men tilbuddets nuværende fokus er primært på rehabiliteringen af ulykkesramte (Navne, 2017). BTL ønsker at tilbyde en bredere og mere intensiv indsats, med det formål at opnå et højere funktionsniveau for deltagerne, end det der kan opnås indenfor de kommunale rammer (Navne, 2017). Derfor vil der i de næste afsnit være fokus på at

klarlægge indholdet af BTL, for at fremanalysere hvilke elementer af tilbuddet der potentielt har en effekt, og om tilbuddet er et bedre alternativ til den kommunale rehabilitering af ulykkesramte.

2.2. The Back to Life project

BTL blev oprettet af Mikkel Holmegaard i 2010, da han oplevede begrænsninger i rehabiliteringstilbuddet fra kommunen (Navne, 2017). BTL indeholder ikke en standardiseret træningsplan, men er et individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb, hvor der er fokus på deltagernes udfordringer, gennem træning, koordination og sociale relationer (Navne, 2017). BTL har en satellitposition i forhold til de offentlige rehabiliteringsydelser, og tilbuddet drives uafhængigt af kommunale indsatser. Med Mikkel Holmegaard som stifter og driftsleder, samt den primære kontaktperson til alle deltagere tilknyttet BTL, ligger et stort ansvar hos Mikkel (Navne, 2017). BTL har i alt tilknyttet 35 frivillige medarbejdere med faglig baggrund, der er ansvarlige for eller involverede i de ydelser BTL leverer (Navne, 2017).

BTL arbejder med at hjælpe mennesker, der har været ude for en pludselig sygdom eller skade, tilbage til et godt og velfungerende hverdagsliv (Navne, 2017), en målsætning der går hånd i hånd med definitionen af den offentlige rehabiliteringsindsats. Derved er BTL situeret i det bio-psyko-sociale perspektiv. I dette perspektiv er fokus ikke blot på lindring af symptomer eller helbredelse af sygdom, men på generel øgning af deltagerens livskvalitet og meningsfuldhed (Dahl, 2008b). Tilbuddet havde ved evalueringens udførelse cirka 50 deltagere med stor aldersmæssig spredning (Navne, 2017). Rekruttering af deltagerne foregår gennem sociale medier, projektets medarbejders personlige netværk, forskellige samarbejdspartnere eller pårørende til deltagerne (Navne, 2017). Forløbene varierer efter deltagernes behov. Nogle forløb er kortere og nogle længere end et år, og har altså ikke lige så rigide tidsrammer, som der findes indenfor det offentlige, hvor rehabiliteringsindsatsen er tidsbegrænset (Navne, 2017). BTL kommer ind i deltagernes liv på forskellige tidspunkter i deres forløb, både tidligt i forløbet umiddelbart efter skaden eller sygdommen, men også senere når andre aktører har opgivet at hjælpe vedkommende (Navne, 2017).

På trods af at BTL er et selvstændigt initiativ, berører BTL stadig alle faserne indenfor den traditionelle rehabiliteringstilgang, men med mere flydende overgange. Det er en fordel at opgøre BTL's indsats i forhold til de fem rehabiliteringsfaser, da det herved bliver nemmere at sammenligne tilbuddet med den kommunale praksis, hvilket ellers kan være en udfordring grundet indsatsernes kompleksitet.

BTL foretager en indledende identifikation af deltagerens behov, vanskeligheder og problemer i første fase, hvor projektlederen enten holder det indledende møde ved deltageren selv eller i lokaler tilknyttet BTL (Navne, 2017). BTL inddrager både det professionelle perspektiv, men også deltagerens subjektive opfattelser, for at skabe det bedste rehabiliteringsforløb. Der benyttes ikke et standardiseret værktøj til at dokumentere funktionsnedsættelsen, hvilket står i kontrast til nogle kommuners brug af ICF (Hyldgaard & Nielsen, 2008). Dernæst følger anden og tredje fase, hvor konkrete behov for rehabiliteringsprocessen besluttet, og selve indsatsen samt slutmål diskuteres. De mulige tilbud i BTL præsenteres her, men der lægges ikke en fast tilrettelagt plan for rehabiliteringsforløbet, da det er essentielt at deltagerne træner efter behov (Navne, 2017). I fjerde fase gennemføres rehabiliteringsforløbet, hvor en styrke i BTL er deres prioritering af koordineringsarbejdet. Dette fordrer en vellykket rehabiliteringsproces, vha. det tværprofessionelle samarbejde og kontakt til deltagernes omkringliggende aktører (Navne, 2017). Dette er nødvendigt, da det konkrete indhold planlægges løbende gennem forløbet (Navne, 2017). BTL har gennem forløbet stor fokus på at fremme deltagernes funktionsevne, men også på vedligeholdelse, der sikrer og bevarer funktionsevnerne hos deltagerne (Navne, 2017). Dette er også vigtige elementer i den traditionelle rehabiliteringsindsats (Lund & Hjortbak, 2017). Resultaterne i Navne (2017) indikerer, at der findes en uformel dokumentation af deltagernes forløb i BTL, men denne er ikke beskrevet i materialet fra BTL (Navne, 2017). Denne slutevaluering fremstår dog som værende begrænset og ikke formaliseret, hvilket kan vanskeliggøre arbejdet med at estimere effekten af BTL. Dette vil fremgå i et senere afsnit af dette speciale.

I det følgende afsnit vil etiske værdier og problemstillinger i forbindelse med BTL blive analyseret for at afklare, hvorledes de indlejrede værdier i interventionen stemmer overens med de etiske principper i det danske samfund.

2.2.1. Etik i The Back to Life Project

Sundhedsvidenskabeligt arbejde indeholder altid en etisk dimension. Dette gør sig gældende uanset om arbejdet er forebyggende, behandlende eller rehabiliterende. Den etiske dimension opstår idet mennesker interagerer og derigennem får indflydelse på hinandens tilværelse. Derfor er det nødvendigt at have ekspliciterede overvejelser omkring hvilke etiske forhold, der gør sig gældende i forbindelse med rehabiliteringsarbejdet (Christensen, Mogensen, & Præstegaard, 2011). For rehabilitering, som det defineres og appliceres i den danske hvidbog, er det primære formål at fremme borgerens følelse af meningsfuldhed og livskvalitet (Johansen et al., 2004). Her ses den

positive intention med BTL tydeligt, da motivet er at øge funktionsevnen og livskvaliteten, så borgerne kan vende tilbage til en overskuelig hverdag (Navne, 2017). Det er således nødvendigt at overveje de etiske aspekter i det rehabiliterende arbejde og de ydelser, som BTL tilbyder, da tiltaget rummer flere niveauer af menneskelige interaktioner.

I Danmark sættes individets ret til selvbestemmelse højt, og derfor vil stærkt styrende sundhedsinterventioner ofte møde modstand blandt befolkningen og hos politikere. Denne prioritering af den enkeltes frihed stammer fra den etiske og ideologiske grundforestilling kaldet liberalisme (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014). Indenfor liberalismen er den enkeltes frihed det mest værdifulde der findes, og derfor skal det altid prioriteres at øge og facilitere individets mulighed for at føre en selvstændig tilværelse (Vallgård et al., 2014). I BTL ses der liberalistiske elementer, da den er udformet, så den er informerende, frivillig og sigter mod genoprettelsen af borgerens evne til at varetage sit eget liv. På denne måde hjælpes borgeren til at træffe et informeret, rationelt valg, om hvorvidt denne ønsker at deltage i et rehabiliteringsforløb, hvor antagelsen er, at borgeren vil handle rationelt i overensstemmelse med egne mål og præferencer. (Vallgård et al., 2014). Dette ses blandt andet ved, at der er frihed til, at deltagerne selv tager aktiv del i udformningen af deres rehabiliteringsforløb i samarbejde med BTL's projektleder. Her sammensættes et individuelt, skræddersyet rehabiliteringsforløb, hvor deltagerne frit kan vælge, hvilke delelementer der giver mening i forhold til deres situation (Navne, 2017).

Der kan dog herske tvivl om, hvorvidt deltagerne reelt foretager et informeret valg i overensstemmelse med egne prioriteringer, eller om valget er foretaget på baggrund af informationer fra en projektleder, der praktiserer egne oplevelser, værdier og holdninger. Det sidstnævnte kan, med udgangspunkt i den liberalistiske forståelse, være en risiko, da rehabiliteringsfeltet kan være stort og ugenomsigtigt for den enkelte borger, hvorved borgeren er nødsaget til at foranledige sig på ekspertviden, der i dette tilfælde stammer fra projektlederen eller det øvrige personale.

BTL vægter "Ligevægtsprincippet" højt, hvor en ligestillet relation forventes, og der stilles krav til deltagerne om, at de skal være motiverede, målrettede og have en drivkraft (Navne, 2017). Dette kan resultere i at borgere, der kan have brug for hjælp, ekskluderes på baggrund af manglende motivation og målrettethed, hvilket kan skyldes mange bagvedliggende faktorer, der i så fald får betydning for den enkeltes livskvalitet og sundhed. Dette strider ikke nødvendigvis imod de liberalistiske principper, hvor borgeren vil handle rationelt i overensstemmelse med egne mål og præferencer (Vallgård et al., 2014), men det kan bidrage til at ressourcetsvage borgere ikke bliver

tilbudt BTL rehabilitering. Indenfor den offentlige rehabilitering kan der indgå paternalistiske elementer, hvor borgeren i højere grad opfordres til at indgå i rehabiliteringsforløbet uanset motivation (Løkke A, Fabricius PG, Vestbo J, Marrot JL, 2007), da det menes at det er til borgerens eget bedste.

Den paternalistiske etik er på mange måder en modsætning til den liberalistiske. Paternalismen har et mere forbeholdent menneskesyn og det betyder, at paternalismen antager, at det enkelte individ ikke nødvendigvis har tilstrækkelig viden eller ressourcer til at handle rationelt, hvorfor det, ud fra det paternalistiske menneskesyn, er rimeligt at gribe ind eller præge individet for vedkommendes egen skyld (Vallgård et al., 2014). I BTL er der ingen tvang om deltagelse, hvilket betyder, at der er lille risiko for, at borgerens autonomi bliver overtruffet for borgerens ”eget bedste”(Vallgård et al., 2014). Dette er i overensstemmelse med målsætningen for rehabilitering i Danmark, der netop lægger vægt på at fremme individets autonomi (Bjarne Rose Hjortbak et al., 2011). Denne målsætning kan blive udfordret hvis forløbskoordinationen fratager borgeren dele af dennes ansvar for egen sundhed. BTL tilbyder blandt andet koordination, hvilket på den ene side bidrager med støtte og en erfaren sparringspartner til den enkelte borgers situation (Navne, 2017), der kan fremme dennes evne til at agere i overensstemmelse med sine egne prioriteringer. Samtidigt resulterer det dog også i, at BTL i nogle tilfælde overtager ansvaret for fx kommunikation med advokaten (Navne, 2017), hvilket kan ses som en indgriben i borgerens autonomi og netop begrænse dennes ansvar for egen sundhed. Det er derfor vigtigt at overveje, om de opnåede effekter står mål med de potentielle etiske problemstillinger i det koordinerende arbejde.

På trods af, at sådanne tilbud ikke er påtvungne og den enkelte borgers selvbestemmelse respekteres, er der også konsekvenser ved ikke at deltage, såsom vedvarende eller på sigt ringere helbred, sundhed og livskvalitet for den enkelte, men også konsekvenser for samfundet i form af finansielle meromkostninger.

Indenfor rehabiliteringsfeltet er der en række etiske problemstillinger i forhold til både liberalisme og paternalisme, man bør have opmærksomhed på i det rehabiliterende arbejde. Dette gælder også for BTL, og særligt hvis en bredere implementering skal udføres på en måde, der også inddrager ressourcessvage borgere.

2.2.2. Elementer i The Back to Life Project

Et rehabiliteringsforløb i BTL har ikke en fast ramme, men bliver sammensat ud fra den enkelte deltagers behov og ønsker. Der er dog nogle centrale elementer i BTL, der indgår i de fleste af deltagernes forløb (Navne, 2017). De centrale elementer i BTL er Vand Virker!, peerstøtte og koordinering, men derudover indeholder BTL også enkeltstående træningselementer som *Let's Go*, Race Running, Paddle Board surfing, Gokart og oplevelsesrehabilitering (Navne, 2017). Oplevelsesrehabilitering fokuserer på sociale relationer og træning, og har tidligere bl.a. bestået af skiture, vandreture og varmtvandstræning i udlandet (Navne, 2017). Den samlede BTL tilgang er derfor en kompleks intervention, bestående af flere komponenter, der alle påvirker hinanden, og hvor alle deltagerne har et unikt forløb med en eller flere af de nævnte indsatser (Navne, 2017). Komplekse interventioner kan konventionelt defineres ved at indeholde flere interaktive komponenter, og der kan opstå en række udfordringer, når evaluering af en kompleks intervention skal finde sted (Craig et al., 2008b). Arbejdet med komplekse interventioner vil derfor ofte benytte modeller, der er designet til at håndtere kompleksiteten heri. I dette speciale tages der udgangspunkt i The Medical Research Council's (MRC) tilgang til udvikling og evaluering af komplekse interventioner.

Der foreligger på nuværende tidspunkt kun en enkelt evaluering af hele BTL (Navne, 2017), og det vurderes, at der mangler yderligere evaluering og dokumentation, for at kunne udtale sig om effektstørrelsen for indsatsen. Derudover er evalueringen kun foretaget på udvalgte deltagere, og den er udarbejdet i samarbejde med BTL, hvorfor der kan være en risiko for interessekonflikter. Derfor tages der forbehold for at anvende evalueringen som den eneste kilde til at evaluere indsatsen. Derfor vil evalueringen blive suppleret med national og international litteratur for at klarlægge den eksisterende evidens for de elementernes rehabiliterende effekt. I de efterfølgende afsnit vil elementerne Vand Virker!, peerstøtte og koordinering blive fremlagt og analyseret. Afsnittene indeholder resultater fra en systematisk litteratursøgning, der blev foretaget i forbindelse med dette speciale samt anden relevant litteratur for at evaluere den eksisterende evidens på området. Dette giver mulighed for at undersøge effekten af de enkelte elementer i BTL, med det formål at undersøge om indsatsen er et effektivt alternativ til rehabilitering og bør have en større plads i den danske rehabilitering.

2.2.2.1. *Vand Virker!*

Det primære træningstilbud i BTL er Vand Virker!, der er et vandtræningstiltag med det sociale element i fokus (Navne, 2017; The Back to Life project, 2018). Vand Virker! tiltaget er opstartet indenfor BTL, men er nu drevet uafhængigt af projektet. Vand Virker! foregår 1-2 gange om ugen og retter sig primært til borgere der er i gang med et rehabiliteringsforløb, med fokus på BTL deltagere, men tilbydes også til andre der har interesse for vandtræning og det sociale element heri (The Back to Life project, 2018). Vand Virker! er primært for deltagere der har brug for genoptræning som følge af fysiske skader og kan gennem træningsmæssige og sociale fordele være med til at øge livskvaliteten for deltagerne (The Back to Life project, 2018). De fysiske gavnlige effekter af træning i vand er blandt andet øget balance, øget kondition, øget muskelstyrke, smertelindring, bevægelsesfrihed og kredsløbsstimulering (Becker, 2009).

Evidensen for brugen af vandtræning til rehabilitering er i dette speciale undersøgt gennem en systematisk litteratursøgning (Afsnit 6.2.1.), hvor der er fundet to studier, der inkluderer ulykkesramte borgere (Subaşı et al., 2012; Zoheiry, Ashem, Ahmed, & Abbas, 2017), som er BTL's primære målgruppe.

Et randomiseret kontrolleret studie, fandt signifikant forbedring i fysisk ydeevne indenfor alle målte parametre efter 12 ugers vandtræning sammenlignet med 12 ugers landtræning hos patienter med alvorlig brandskade. Dog viste begge grupper signifikant forbedring i fysisk ydeevne. Fysisk ydeevne blev målt gennem VO2max og aktivitetstest, som stol-, trappe- og gangtests (Zoheiry et al., 2017). Dette studie viste, at begge genoptræningsmetoder gavnede patienter med brandskade, men at vandtræning gav en større effekt sammenlignet med landbaseret træning.

Et randomiseret kontrolleret studie omhandlende skulderskader fandt signifikant smertereduktion samt forbedringer i funktionsdygtigheden hos både vandtræningsgruppen og landtræningsgruppen. Der var dog ikke signifikant forskel mellem grupperne ved interventionens afslutning. Studiet fandt en signifikant større reduktion i smerte og større forbedringer i funktionsdygtigheden ved follow-up opfølgningen tre måneder efter behandlingens begyndelse, når de sammenlignede vandtræning med landtræning (Subaşı et al., 2012). Dette indikerer, at der kan være potentielle gavnlige effekter af vandtræning ift. landtræning på længere sigt. Da studiet af Zoheiry et al. (2017) ingen opfølgning har efter træningsperiodens ophør, vides det ikke om den effekt dette studie finder, vedligeholdes. Samlet viser ovenstående studier at vandbaseret træning har sammenlignelig effekt med landbaseret

træning og potentielt bedre effekter. Dette skal dog holdes op mod, at vandbaseret træning ofte medfører høje omkostninger, bl.a. ved driften af varmvandsbassiner (Gigtforeningen, 2011).

De få identificerede studier i den systematiske litteratursøgning indikerer, at evidensen på området er begrænset, hvilket øger risikoen for at et beslutningsgrundlag potentielt foretages på et sparsomt grundlag. Derfor kan der være et behov for at inkludere anden litteratur af relaterede målgrupper, for at kunne vurdere og give et bud på den samlede effekt af vandtræning til borgere, der modtager rehabilitering.

Et systematisk review og meta-analyse fandt ingen forskel i effekt mellem rehabiliterende træning på land og rehabiliterende træning i vand. Studiet indeholdte 10 randomiserede kontrollerede studier på personer, der lider af gigt i hofte og knæ. Studiet undersøgte bl.a. funktionsniveau og bevægelighed. Studiet konkluderede, at træning på land og i vand havde sammenlignelige effekter (Batterham, Heywood, & Keating, 2011). I tilslutning hertil fandt en metaanalyse af vandtræning til rehabilitering af muskel- og skeletsygdomme, at vandtræning havde signifikant bedre effekt på smerteniveau, HRQOL og fysisk funktionsniveau sammenlignet med ingen træning. Effekten var dog ikke signifikant bedre for de studier, der sammenlignede med landbaseret træning (Barker et al., 2014).

De to metaanalyser indikerer, at vandtræning virker i forhold til ingen træning, men at effekten ikke er større end effekten for landbaseret træning. Dog påpeger begge studier potentielle positive effekter ved vandtræning, der ikke ses hos landbaseret træning. Batterham et al. (2011) lagde vægt på, at borgere med alvorlige fysiske funktionsnedsættelser havde bedre mulighed for at deltage i vandtræning end landtræning. Dette skyldes formentlig de fysiske og fysiologiske forhold, der gør sig gældende i vandtræning bl.a. lavere vægt, ændrede trykforhold og lavere ledbelastning (Becker, 2009). Barker et al. (2014) fandt at enkelte af de inkluderede studier tydede på, at vandtræning oplevede højere tilslutning end de landbaserede træningsinterventioner (Barker et al., 2014).

Evalueringen af BTL fandt ligeledes, at Vand Virker! havde en effekt på deltagernes velvære, fysiske funktionsevne, gang, balance og gjorde flere af deltagerne i stand til bedre at klare hverdagens udfordringer (Navne, 2017). Vandtræning er ikke unik for BTL. Metodikken er også implementeret i nogle kommunale rehabiliteringsindsatser. Her har brugerevaluering fundet resultater svarende til den internationale litteratur. De fandt, at deltagerne oplevede, at træningen forbedrede deres fysiske tilstand og psykiske velvære (Mindegaard, Ibsen, Kissow, & Johansen, 2013; Sundheds-og Omsorgsafdelingen, 2017).

Evalueringen af BTL, viste ligeledes at de borgere, der har deltaget i Vand Virker!, fremhævede, at en af de vigtigste motivationsfaktorer i denne træningsform var det sociale aspekt og de nye bekendtskaber (Navne, 2017). Dette understøttes af en kommunal brugerevaluering (Sundheds-og Omsorgsafdelingen, 2017). Evalueringen af BTL indikerede, at deltagerne var meget positive overfor delelementet Vand Virker! som en del af rehabiliteringsforløbet, da det både rummede sociale og helbredsmæssige fordele (Navne, 2017).

Vandtræning viser flere sundhedsmæssige fordele, som forbedret fysisk tilstand og ydeevne, samt psykisk velvære og øget mulighed for at klare hverdagens udfordringer (Mindegaard et al., 2013; Navne, 2017; Sundheds-og Omsorgsafdelingen, 2017; Zoheiry et al., 2017). Litteraturen indikerer, at effekten af vandtræning på fysiske parametre er ligeværdig med, men ikke overstiger effekten af landbaseret træning (Barker et al., 2014; Batterham et al., 2011; Subaşı et al., 2012). Dog indikerer et enkelt studie, at vandbaseret træning har bedre effekt på smerte og funktionsniveau i forhold til landbaseret træning ved 3-måneders follow-up (Subaşı et al., 2012). Det sociale element og de nye bekendtskaber i vandtræningen fremhæves som vigtige motivationsfaktorer for deltagerne i BTL. Eventuelle fordele ved Vand Virker! sammenlignet med traditionel træning, må derfor findes i de sociale elementer og potentielle afledte effekter såsom højere deltagertilfredshed og deltagelse, samt tryghed, entusiasme fra projektlederne og følelsen af at være i vand.

2.2.2.2. Peerstøtte

Et af de centrale elementer i BTL er begrebet ”peer support” eller ”peerstøtte” (Navne, 2017). Interventioner, der benytter peerstøtte, er kendetegnet ved, at de benytter individer med personlig erfaring indenfor problemfeltet fremfor og/eller i supplement til traditionelle behandlere (Korsbek & Petersen, 2016). I BTL indgår peerstøtte både i relationen mellem deltagerne, og ved at flere behandlerne har været igennem et rehabiliteringsforløb (Navne, 2017). Det fælles erfaringsgrundlag bidrager til en mere ligestillet relation mellem deltager og behandler, hvilket kan øge den enkelte deltagers motivation for rehabiliteringen (Navne, 2017).

BTL anvender peerstøttende elementer på flere niveauer. For det første er BTL udviklet og drevet af en peer (Navne, 2017). Derved kommer principperne bag peerstøtte til at spille en stor rolle for interventionen. Derudover indgår peerstøtte i de enkelte komponenter af BTL. For eksempel foregår de forskellige træningsforløb fortrinsvist sammen med peers (Navne, 2017). Overordnet indikerer evalueringen af BTL, at deltagerne er meget positive overfor brugen af peerstøtte, og enkelte cases angiver peerstøtte som det væsentlige bidrag af BTL (Navne, 2017). Da BTL anvender peerstøtte

elementer på flere niveauer, vides det ikke, hvilket niveau der skaber størst effekt, men at den samlede effekt synes positiv. Hvilket vil sige at peerstøtte som en del af det samlede BTL rehabiliteringstilbud indikerer en positiv effekt for deltagerne.

Evalueringen af BTL fremstiller brugen af peerstøtte positivt, men hvis fremtidige forandringstiltag skal finde sted, kan der være et behov for at klarlægge effektiviteten af de enkelte niveauer, da de forskellige niveauer har hver deres funktion og betydning for en given implementering. Et systematisk review fandt, at effekten af interventioner, der inddrog peerstøtte, som minimum havde samme effekt som konventionelle interventioner, uanset hvilket niveau peerindsatsen foregik på i behandling og rehabilitering af mental helbred (Korsbek & Petersen, 2016). Dog fandt de ikke en større effekt i peerstøtte interventionerne, når der blev målt på traditionelle biomedicinske effektmål (Korsbek & Petersen, 2016). Den manglende positive effekt af peerstøtteindsatser sammenlignet med konventionelle interventioner kan, ifølge forfatterne, måske forklares af brugen af effektmål, der ikke indfanger peerstøttens formodede effekt (Korsbek & Petersen, 2016).

Evidensen for brugen af peerstøtte til rehabilitering af ulykkesramte er i dette speciale undersøgt gennem en systematisk litteratursøgning (Afsnit 6.2.2.). I denne blev der identificeret begrænset evidens for brugen af peerstøtte til denne målgruppe, heriblandt i et systematisk review (Wobma, Nijland, Ket, & Kwakkel, 2016) og et tværssnitsstudie (Sweet, Noreau, Leblond, & Martin Ginis, 2016).

Det systematiske review bestående af to randomiserede, kontrollerede studier omhandlende anvendelsen af peersupport i rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade, fandt positive effekter af peersupport for patienterne og deres plejepersonale indenfor social støtte, adfærdskontrol, coping og HRQOL (Wobma et al., 2016). Dog bemærker forfatterne, at der er begrænset evidens på området, og at den store heterogenitet mellem studierne gør det umuligt at sammenligne resultaterne. Samtidigt påpeger reviewet, at der er potentielle negative konsekvenser af peerstøtte. I et af de undersøgte studier fandt man højere prævalens af depression i peerstøtte gruppen, hvilket ifølge Wobma et al. kan skyldes øget opmærksomhed på komplikationerne forbundet med erhvervet hjerneskade (Wobma et al., 2016).

I tværssnitsstudiet på 1549 canadiere med rygmærskade fandt man, at peerstøtte var associeret med højere deltagelse i helbreds-, udendørs-, arbejds- og skoleaktiviteter. Samtidigt fandt man, at peersupport var associeret med højere livstilfredshed (Sweet et al., 2016). I begge tilfælde var effektstørrelsen dog beskeden (1-2% forklaret varians) (Sweet et al., 2016).

Der er altså påvist en beskedent effekt af peerstøtte på HRQOL og forskellige sociale parametre i rehabiliteringen af ulykkesramte. For at supplere den fundne evidens, er der yderligere identificeret studier, der omhandler brugen af peerstøtte i rehabiliteringen af relaterede målgrupper.

Et systematisk review og metaanalyse fandt begrænsede effekter af peersupport i behandlingen og rehabiliteringen af mennesker med svær mental sygdom (Lloyd-Evans et al., 2014). Dette studie inkluderede 18 randomiserede kontrollerede studier og fandt i nogle af de mindre studier, at der var mindre eller ingen effekt af peersupport på mængden af hospitalsindlæggelser, symptomer eller tilfredshed. Der var dog tegn på, at peersupport havde enkelte positive effekter, men studiet konkluderer, at den nuværende evidens for effekten af peerstøtte til mennesker med mental sygdom er begrænset (Lloyd-Evans et al., 2014).

Et kvalitativt systematisk review fandt positive effekter af peer-baserede programmer. Studiet inkluderede fire kvalitative undersøgelser af personer med rygmærskader, og under analysen opstod tre temaer, som var medvirkende til den opfattede positive effekt af indsatsen. Temaerne var et unikt læringsmiljø som følge af peerstøtte, peerstøtte som en unik læringsressource, hvor deltagerne kunne relatere sig til vedkommende og derigennem motiveres, samt at interventionen fokuserede på uopfyldte behov og urealiserede potentialer (Divanoglou & Georgiou, 2017).

På trods af at BTL og to systematiske reviews finder positive effekter af peerstøtte (Divanoglou & Georgiou, 2017; Navne, 2017; Wobma et al., 2016), finder andre systematiske reviews begrænset effekt eller samme effekt som traditionelle professionelt styrede tilbud (Korsbek & Petersen, 2016; Lloyd-Evans et al., 2014). Det kan ikke udelukkes, at flere faktorer har betydning for effektiviteten af peerstøtte, såsom målgrupper, kontekst, setting og forskellige niveauer af peerstøtte. Derfor er det vigtigt at evaluere om peerstøtte, som det er implementeret i BTL, også virker, hvis konteksten ændres i en eventuel udbredelse af BTL.

2.2.2.3. Koordination

BTL tilbyder en flerstrengt koordinationsindsats til deltagerne, hvor projektlederen blandt andet hjælper deltagerne med at planlægge træningsforløb og hverdagen samt tager kontakt til deltagernes omkringliggende aktører efter behov (Navne, 2017). Kontakten kan være til deltagernes kommune i forbindelse med deres rehabiliteringsforløb, men ved behov også deres bank, forsikringselskab, uddannelsessted, venner og familie (Navne, 2017). Denne koordinering er et centralt element i BTL, der har til sigte at skabe mentalt overskud for deltageren, hvorved rehabiliteringsforløbet kan være i fokus (Navne, 2017).

Til forskel fra den brede indsats i BTL, har det kommunale koordinationsarbejde primært fokus på forløbskoordination, hvor intentionen er at koordinere den tværfaglige rehabiliteringsindsats mellem alle de involverede parter (Mathiesen, Birgitte Ebbe Handberg & Thomsen, 2011). Det offentlige koordinationsarbejde, både i national og international litteratur, har en mere snæver tilgang til koordination, end den der findes indenfor BTL, men da koordination indenfor det offentlige er mere velbeskrevet i litteraturen og bygger på de samme grundelementer, vil erfaringer herfra blive anvendt i dette afsnit.

For at undersøge den eksisterende evidens omkring brugen af koordination i rehabiliteringen af ulykkesramte er der i dette speciale foretaget en systematisk litteratursøgning (Afsnit 6.2.1.). I denne blev der identificeret to studier (Semlyen, Summers, & Barnes, 1998; Wiechman et al., 2015), der levede op til de stillede inklusions- og eksklusionskriterier.

Et randomiseret kontrolleret studie omhandlende brugen af en såkaldt ”expanded care coordinator” (ECC) i rehabiliteringen af brandskadede, fandt ingen signifikante forskelle i de målte outcome mellem interventions- og kontrolgruppen efter 6 og 12 måneders follow-up (Wiechman et al., 2015). ECC personalet havde i interventionsgruppen til opgave at koordinere lokale indsatser og rådgive deltagerne gennem i alt 7 planlagte telefonsamtaler i follow-up perioden (Wiechman et al., 2015). På denne måde minder ECC interventionen om BTLs koordineringsindsats, da den både består af forløbskoordinerende opgaver samt mere individnær rådgivning. På trods af dette fandt studiet ingen effekt af interventionen målt på blandt andet 12-Item Short Form Survey (almen helbred spørgeskema) og et målopfyldelseskema.

I kontrast hertil fandt et quasi-eksperimentelt studie, at interventionsgruppen oplevede større forbedringer i funktionsniveau sammenlignet med kontrolgruppen, og at forbedringerne for interventionsgruppen fortsatte efter behandlingens ophør, hvilket de ikke gjorde for kontrolgruppen (Semlyen et al., 1998). Studiet sammenlignede effekten af rehabilitering på et rehabiliteringscenter med særligt fokus på koordinering med rehabilitering på lokale afdelinger, for personer med funktionsnedsættelse som følge af traumatisk hjerneskade (Semlyen et al., 1998).

Der er altså stadig usikkerhed om, hvorvidt koordination bidrager til en øget effekt af rehabilitering for ulykkesramte. Derfor er den systematiske søgning i dette speciale suppleret med evidens fra andre målgrupper, for at sikre at det eksisterende evidensgrundlag er blevet afdækket.

Et systematisk review omhandlende koordinering indenfor pleje i sundhedssektoren fandt, at mere end 50% af undersøgelserne viste forbedrede patienttilfredsheds- og sundhedsresultater. Eksempelvis forbedringer i patienternes sygdom og mentale helbred. Studiet undersøgte 2 grupper af koordination, henholdsvis kommunikation og støtte til ydere og patienter, samt understøttelse af de strukturelle forhold omkring koordinationen. Studiet fandt, at interventioner, der indeholdt elementer af begge strategier, var mest succesfulde (Davies et al., 2008). Dette underbygger resultaterne i evalueringen af BTL, der ligeledes viste positive effekter af koordinering for længerevarende forløb, da deltagerne udtrykker stor tilfredshed med koordineringsindsatsen. De afledte effekter af det altomfattende koordineringsarbejde i BTL er, at borgerne aflastes og støttes i hverdagen (Navne, 2017).

Koordinering er prioriteret i BTL og afspejler en bredere tilgang end det, der tilbydes i det offentlige regi (Navne, 2017), og selvom evidensen for koordineringsarbejdet er sparsom, indikeres der flere positive effekter i litteraturen (Davies et al., 2008; Navne, 2017; Martin, 2010). Der er dog usikkerhed omkring effekten af den specielle form for koordination der tilbydes i BTL. I evalueringen af Navne (2017) kan effekten ikke adskilles fra de andre tiltag i BTL, og tiltaget er samtidigt ikke direkte sammenligneligt med koordination i den videnskabelige litteratur. Da koordinationen i BTL indeholder de kommunale elementer, men også yderligere tiltag, antages det at koordinationens effekt er sammenlignelig og potentielt bedre end den kommunale forløbskoordination.

2.2.2.4. *Den samlede effekt af The Back to Life Project*

Evalueringen af BTL, der blev foretaget af VIVE, viste, at størstedelen af deltagerne var positive overfor BTL og oplevede stor effekt af tiltaget. Interviews fandt, at deltagerne oplevede forbedret funktionsniveau, gangfunktion og balance, samt at have mere mod på udfordringer i hverdagen (Navne, 2017). Deltagerne angav, at BTL har givet deres hverdag mening og indhold, samt motiveret dem til at træne mere.

BTL arbejder indenfor en anden rammesætning, der tilbyder en anden form for træning, samt ekstra træning og intensitet som er mere fleksibel, end det offentlige regi kan tilbyde (Navne, 2017). Intentionen med en højere intensitet af træningsindsatsen i BTL er, at det virker motiverende for deltagelse, og at der forventes en større effekt på dennes funktionsniveau (Navne, 2017), hvilket understøttes af flere internationale studier (L. Anderson et al., 2016; Khan et al., 2011; Nieuwland

et al., 2000). Derudover er sociale relationer prioriteret i træningen indenfor BTL, hvilket ligeledes øger deltagernes motivation (Navne, 2017).

VIVE-evalueringen er baseret på kvalitative metoder, hvilket betyder, at der ikke indgår en egentlig kvantitativ vurdering af effekten af et BTL rehabiliteringsforløb. Evaluering fandt, at 19 ud af de 23 borgere med forskellige sygdomme og ulykker, der deltog i evalueringen, lykkedes med at genoprette en ny og velfungerende hverdag (Navne, 2017). Dog er disse 23 borgere en stikprøve af deltagere tilknyttet BTL på daværende tidspunkt, og det er uvist, hvordan disse er udvalgt, og derfor hvor repræsentativ denne stikprøve er. Evalueringen har flere begrænsninger, da den udelukkende er bygget på subjektive mål, og det er derfor kun deltagernes egne vurderinger af udbyttet af BTL, der fremgår i evalueringen. Samtidigt er der ikke nogen sammenligningsgruppe, hvilket forhindrer en mere direkte undersøgelse af de kausale forhold. Derfor er den eksisterende videnskabelige evidens for de vigtigste komponenter i BTL blevet undersøgt i dette speciale ved hjælp af en systematisk litteratursøgning. Fundene fra denne søgning præsenteres i nedenstående skema sammen med supplerende evidens relateret til disse komponenter (Tabel 1).

Nedenstående skema opsummerer effekterne af den fundne litteratur inden for hvert element, der indgår i BTL, der alle bidrager til den samlede rehabiliteringsindsats med det formål at overskueliggøre effekten af BTL. For at kunne sammenholde denne litteratur, er der anvendt en klassifikation af evidens og styrke gennem et evidenshierarki (Juul, 2013), hvilket fremgår af kolonnen til højre. Dermed tillægges en højere troværdighed til de studier, der ligger højere i evidenshierarkiet. Høj styrke og evidens inkluderer randomiserede forsøg eller metaanalyser/systematiske reviews over randomiserede forsøg, hvor middel bl.a. er quasi-eksperimentelle studier, kohorteundersøgelser eller tværsnitstudier, mens lav bl.a. angiver kvalitative studier (Juul, 2013). Når der i skemaet er angivet ”Bedre”, henviser dette til, at interventionen i litteraturen sammenlignes med konventionelle forløb, mens ”Positiv” henviser til den litteratur, der ingen sammenligningsgruppe har, og derfor ikke kan betegnes som bedre eller værre end en anden intervention.

Tabel 1 - Evidens af vandtræning, peerstøtte og koordinering

Effekt Studier	Funkti- onsevne	Livskvalitet / velvære	Smerte	Sociale relationer/ Social støtte	Patient- tilfreds- hed	Samlet vurdering	Evidens- hierarki
Vandtræning							
Ulykkesramte							
Zoheiry et al. 2017 (sammenlignes med træning på land) ¹	Bedre					Bedre effekt	Høj
Subasi et al. 2012 (sammenlignes med træning på land) ¹	Samme effekt Opfølg- ning: bedre	Samme effekt Opfølg- ning: bedre				Samme effekt/ opfølgning: forbedret effekt	Høj
Navne 2017 ²	Positiv	Positiv		Positiv		Bedre effekt	Lav
Andre målgrupper							
Batterham et al. 2013 (sammenlignes med træning på land)* ¹	Samme					Samme effekt	Høj
Barker et al. 2014 (sammenlignes med træning på land)* ¹	Samme	Samme	Samme			Samme effekt	Høj
Mindegaard et al. 2013 ²	Positiv	Positiv	Positiv	Ingen		Bedre effekt	Lav
Nyborg- Kommune 2017 ²	Positiv	Positiv	Positiv	Positiv		Bedre effekt	Lav
Peerstøtte							
Ulykkesramte							
Wobma, Nijland, Ket, & Kwakkel 2016* ¹		Bedre		Bedre		Bedre effekt - Risiko for utilisgtede	Høj

						konsekvenser.	
Sweet, Noreau, Leblond & Ginis 2016 ⁴		Bedre				Positiv effekt	Middel
Navne 2017 ²					Positiv	Positiv effekt	Lav
Andre målgrupper							
Korsbek & Petersen 2016 ^{*1}	Samme					Samme effekt	Høj
Lloyd-Evans et al. 2014 ^{*1}		Usikker			Ingen	Usikker effekt	Høj
Divanoglou & Georgiou 2017 ^{*2}				Positiv	Positiv	Positiv effekt	Lav
Koordination							
Ulykkesramte							
Wiechman, Carrougner, Esselman, Klein, Martinez, Engrav & Gibran ¹ 2015	Ingen				Ingen	Ingen effekt	Høj
Semlyen, Summer & Barnes 1998 ¹	Bedre				Bedre**	Bedre effekt	Middel
Navne 2017 ²					Positiv	Positiv effekt	Lav
Andre målgrupper							
Davies et al. 2008 ^{*1}		Bedre			Bedre	Bedre effekt	Høj

*systematisk review og/eller metaanalyse. ¹ Sammenlignes med konventionelle forløb. ² Ingen sammenligningsgruppe. ³Tværsnittsstudie. **For behandlere.

Den skematiske oversigt viser evidens for, at de enkelte elementer alle bidrager positivt til rehabilitering i forhold til ingen intervention. I de studier, hvor elementerne sammenlignes med traditionelle rehabiliterings- og træningstilbud, findes både bedre og sammenlignelig effekt mellem grupperne. Der er ikke identificeret studier, der pegede på dårligere effekt af hverken vandbaseret træning, peerstøtte eller koordinering. Enkelte studier indikerede dog, at der potentielt var utilsigtede konsekvenser af interventionerne. Heriblandt fandt et enkelt studie, at peerstøtte var associeret med højere forekomst af depression i interventionsgruppen (Wobma et al., 2016). Ingen af studierne undersøgte interventioner, der er direkte sammenlignelige med hele BTL-tilgangen, men de indeholdt elementer, der tilnærmelsesvis minder om de, der benyttes indenfor BTL.

Overordnet vurderes det derfor, at BTL indeholder elementer, der som minimum har en effekt, der svarer til den traditionelle rehabilitering. Derudover kan andre afledte effekter, såsom sociale relationer, tryghed, entusiasme fra personalet, opbakning og deltagertilfredshed, have betydning for deltagernes positive oplevelser i BTL. Den meget positive evaluering af BTL kan yderligere indikere, at interventionen er mere end summen af sine dele, hvilket kan betyde at effekten af interventionen bliver undervurderet, hvis vurderingen udelukkende er baseret på den fundne litteratur.

Den sparsomme litteratur indenfor flere af de elementer og den samlede intervention bidrager dog med en usikkerhed til ovenstående konklusion. Dette udfordrer fremtidige implementeringstiltag og samarbejde med det kommunale regi. Dette forstærkes af den begrænsede dokumentation af indsatsen, der ikke muliggør en egentlig effektevaluering af den samlede intervention. Selvom elementerne viser positive effekter eller sammenlignelig effekt overfor traditionelle forløb, er det fortsat uvist, hvorvidt BTL er et omkostningseffektivt alternativ til den kommunale praksis. I indeværende speciale er der fokus på evaluering af rehabiliteringsindsatsen i BTL mhp. at vurdere, hvorvidt BTL eller elementer heraf burde udbredes til den offentlige rehabilitering. Der er imidlertid en række udfordringer i forbindelse med BTL, der også bør overvejes. Disse vil blive uddybet i det følgende afsnit.

2.3. Udfordringer i The Back to Life Project

BTL står overfor en række udfordringer, der vanskeliggør en udbredelse af interventionen. En af disse udfordringer er, at tilbuddet mangler finansiering (Navne, 2017), hvorfor et samarbejde med det kommunale regi kunne bidrage med finansiell stabilitet og mulighed for udvidelse af tilbuddet. Da kommunerne har økonomiske interesser i at få borgere helt eller delvist tilbage på arbejdsmarkedet, og dette blandt andet opnås gennem rehabiliteringsforløbene (Beskæftigelsesministeriet, 2017; Bonfils & Draborg, 2011), kan der potentielt være et incitament for det kommunale regi om at skabe et samarbejde med BTL for at forandre og effektivisere de nuværende kommunale rehabiliteringsforløb, såfremt BTL-tilgangen er et effektivt alternativ til den kommunale rehabilitering. Derfor er evaluering og dokumentation af BTL nødvendig, så effekten og omkostningseffekten af tilbuddet kan etableres, og potentielle kontekstuelle barrierer kan udforskes.

BTL er skabt og hovedsageligt styret af én projektleder og centrerer omkring denne ildsjæl (Navne, 2017). Dette vanskeliggør overførbareheden til det kommunale regi, da effekten af tiltaget ikke nødvendigvis er det samme uden denne person. Det er således usikkert, om effekten af interventionen også er gavnlig i andre kontekster og sågar også hos andre målgrupper, og i hvilket omfang interventionen er generaliserbar (Juul, 2013). Målgruppen i BTL er motiverede borgere, der selv henvender sig (Navne, 2017), hvilket målgrupperne i de kommunale rehabiliteringsforløb ikke nødvendigvis er. Dette giver en risiko for, at en potentiel overestimering af effekterne kan ske at finde sted, hvis effekterne for motiverede borgere er større end for de ikke-motiverede borgere (Juul, 2013).

Det er eksempelvis blandt de socialt dårligst stillede personer, at overskuddet og motivationen for at deltage i interventioner er mindst (Juul, 2013). Derved er det usikkert, hvorvidt en bredere implementering af BTL vil have samme effekt, hvis målgruppen udbredes, hvilket muligvis er en nødvendighed, hvis interventionen skal fungere som et kommunalt tilbud.

En klar udfordring, BTL står overfor, er manglende dokumentation og evaluering af deres tilbud og de afledte effekter. Den eneste officielle evalueringsrapport af BTL's rehabiliteringstilbud er udarbejdet af VIVE (Navne, 2017) og er en deskriptiv kvalitativ undersøgelse, der har fokus på de oplevede effekter hos deltagerne. Evalueringen ligger derfor lavt i det traditionelle kvantitative evidenshierarki (Juul, 2013), særligt da der ikke er nogen sammenligningsgruppe, og derved kan de observerede effekter ikke nødvendigvis tilskrives deltagelse i BTL. Derfor er der en usikkerhed

omkring effekterne af BTL og de enkelte elementer heri, hvorfor der er brug for mere evaluering og dokumentation af tilbuddet.

Flere af de fundne udfordringer i BTL, kan skabe implementeringsudfordringer i udbredelsen til det kommunale regi. Heriblandt at dokumentationen af BTL er mangelfuld, den usikre effekt, at det er en enkeltmandsvirksomhed og at der er uklare guidelines for selve tilbuddet i forhold til indhold, rekruttering og målgruppe. Dette kan besværliggøre et fremtidigt samarbejde mellem det kommunale regi og BTL, samt være medvirkende faktorer til en lavere interesse fra kommunernes side. På trods af eventuelle implementeringsudfordringer, er der stadig et potentiale for, at et samarbejde mellem BTL og det kommunale regi kan bidrage med forandring og øget effektivisering af de nuværende rehabiliteringsforløb, hvis den formodede effekt af BTL og de mekanismer der fører til den kan dokumenteres.

3. Problemafgrænsning

BTL er en rehabiliteringsindsats, der har et formodet potentiale til at øge funktionsevne og livskvalitet/HRQOL hos borgere med nedsat funktionsevne. BTL mangler imidlertid finansiering og har på nuværende tidspunkt et beskedent antal deltagere. Derfor er der en potentiel folkesundhedsmæssig gevinst ved at forandre den nuværende rehabiliteringspraksis mhp. at inkludere BTL, eller elementer herfra, i det offentlige rehabiliteringsarbejde.

Den følgende problembearbejdning tager udgangspunkt i BTL's rehabiliteringspotentiale for borgere med funktionsnedsættelse som følge af ulykker. Dette beror på, at de eksisterende rehabiliteringstilbud for denne gruppe primært er fokuseret på genoptræning, og at denne målgruppe udgør en stor del af deltagerne i BTL.

Den eksisterende evidens indikerer, at effekten af de enkelte elementer i BTL-tilgangen som minimum er tilsvarende den traditionelle kommunale rehabiliteringsindsats. Denne vurdering er dog baseret på et relativt lille antal studier, og det er fortsat usikkert om den særlige sammensætning og kontekst, der kendetegner BTL, bidrager til en anden effekt end den, der er indikeret i litteraturen. Derudover foreligger der ingen vurdering af, hvorvidt tilbuddet er et omkostningseffektivt alternativ til den nuværende kommunale praksis.

Eftersom evidensen bag BTL er usikker, vil specialets formål være todelt. Første del vil forsøge at svare på, om der er et sundhedsøkonomisk potentiale i BTL. Findes det at interventionen er forbundet med urealistisk høje omkostninger, vil det ikke være meningsfuldt at udbrede BTL ved hjælp af offentlig finansiering. Hvis den sundhedsøkonomiske evaluering derimod indikerer, at BTL har et rimeligt omkostningsniveau vil anden del af specialet fokusere på, hvordan BTL kan dokumenteres og evalueres, således at usikkerheden omkring BTL's effekt kan reduceres. Dette kan bidrage til at BTL bliver et attraktivt alternativ eller supplement til den kommunale rehabilitering.

Med udgangspunkt i, at BTL er en kompleks intervention med flere komponenter, der tilpasses den enkelte borger, vil den følgende problembearbejdning tage afsæt i The Medical Research Councils (MRC) guide til udvikling, evaluering og implementering af komplekse interventioner med særligt fokus på realistisk evaluering. Dette gøres mhp. at opstille et udviklingsforslag, hvis fokus er at sikre at fremtidig dokumentation og evaluering af indsatsen indtænker denne kompleksitet.

4. Problemformulering

Hvilke omkostninger er forbundet med BTL, og er tilgangen et omkostningseffektivt alternativ til rehabilitering af ulykkesramte sammenlignet med kommunal rehabilitering?

Hvordan kan en fremtidig evaluering og dokumentation af BTL foretages på en måde, der bedre belyser tilgangens effekter og omkostninger?

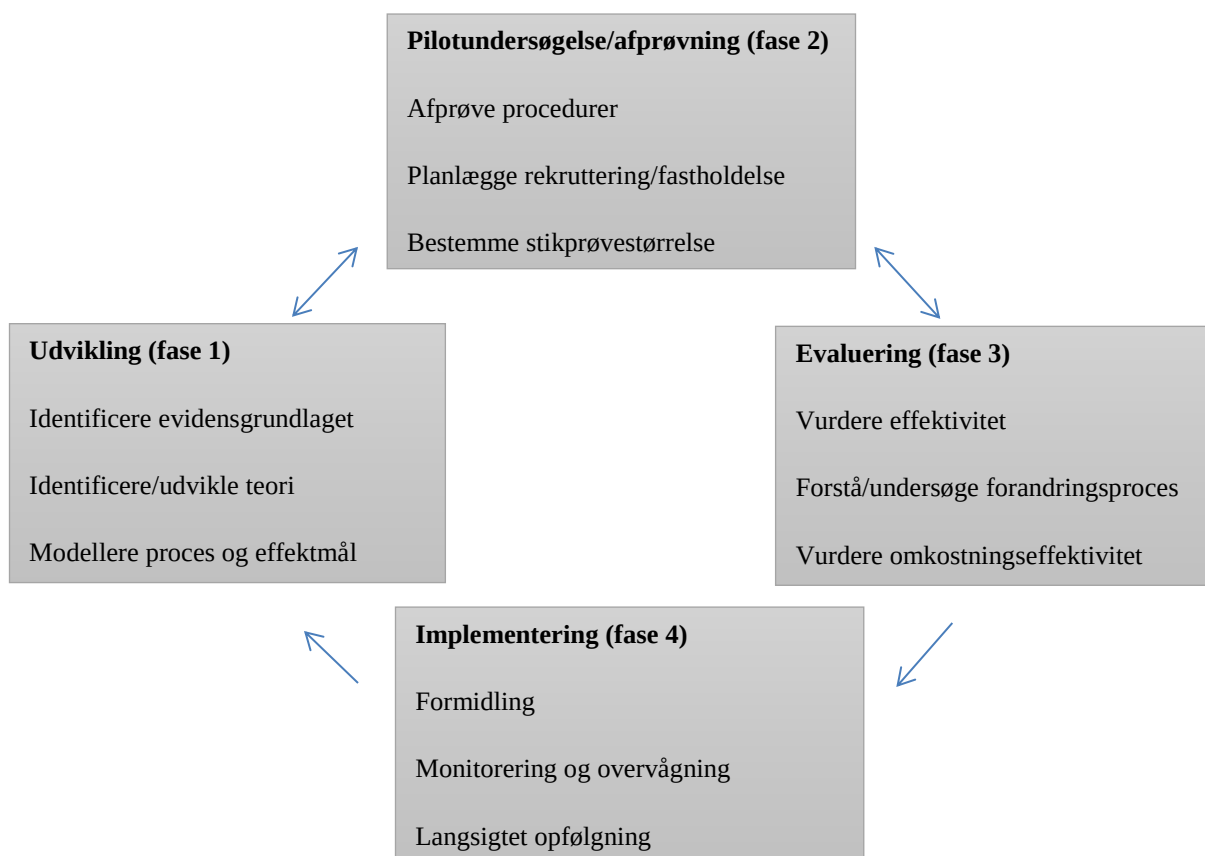
5. Metode

5.1. The Back to Life Project i et MRC perspektiv

Igennem problemanalysen er det blevet belyst, at BTL er en kompleks indsats, der indeholder flere elementer, der alle har til hensigt at støtte rehabiliteringsprocessen hos deltagerne. Udover de enkelte trænings – og koordineringstilbud er der også et gennemgående fokus på sociale processer, og involveringen af begreber som for eksempel peerstøtte (Navne, 2017). Der foreligger på nuværende tidspunkt kun en enkelt evaluering af BTL (Navne, 2017). Denne evaluering er grundig, men den er ikke peer-reviewed og består primært af kvalitative observationer. Evalueringen konkluderer dog, at BTL er en effektiv tilgang til rehabilitering, og derfor rejses spørgsmålet om hvorvidt en bredere implementering vil være til gavn for det danske rehabiliteringsfelt (Navne, 2017).

For at skabe forandring indenfor rehabiliteringsfeltet ud fra BTL-tilgangen, er det nødvendigt med et værktøj, der tillader ikke blot evidens for de enkeltstående interventioner, men også den bredere sammenhæng og de synergetiske effekter, der måtte være indlejret i tiltaget. Samtidigt med at usikkerheden, der er forbundet med effekten af interventionen, kan belyses. Et af disse værktøjer er The Medical Research Councils (MRC) guideline til evaluering og udvikling af komplekse interventioner (Craig et al., 2008a).

MRC guidelinen indeholder råd og vejledning fra undfangelsen af interventionen og frem til selve implementeringen, men guiden er tilrettelagt således, at også eksisterende interventioner kan analyseres ud fra vejledningen (Craig et al., 2008a). MRC beskriver 4 faser, der indgår i arbejdet med komplekse interventioner: udvikling, pilotundersøgelse/afprøvning, evaluering og implementering.



Figur 1 - Medical Research Council – Model for udvikling og evaluering af komplekse interventioner (Craig et al., 2008b).

Da BTL er en allerede eksisterende intervention, vil der i dette speciale primært være fokus på at evaluere indsatsen, mhp. at vurdere hvorvidt indsatsen skal implementeres bredere, eller om der er behov for yderligere udvikling af indsatsen. Det er her vigtigt at påpege, at MRC-retningslinjerne lægger op til en interaktiv og iterativ tankegang omkring den komplekse intervention (Craig et al., 2008a). Det vil sige, at alle faserne har gensidig indflydelse og afhængighed af hinanden. For eksempel bør en ny intervention udvikles med evaluering i mente, og resultatet af evalueringen bør påvirke interventionens indhold (Figur 1). Dette speciale tager afsæt i evalueringsfasen, men vil

senere arbejde indenfor udviklingsfasen, da evalueringen ikke lægger op til direkte implementering af BTL.

5.1.1. Evaluering (fase 3)

MRC anbefaler, at en kompleks intervention i udgangspunktet bør evalueres gennem et eksperimentelt design, som for eksempel et RCT (Craig et al., 2008a). Et eksperimentelt design ligger dog uden for dette speciales sigte, og derfor vil evalueringen primært være informeret af eksisterende litteratur suppleret med teoretiske overvejelser og indsamlet data. Herved bliver evalueringsarbejdet udført på baggrund af metoder, der normalt vil findes i både fase 1 og 3 af MRC modellen. Metoderne fra fase 1 inddrages, da BTL ikke har været igennem en struktureret udviklingsfase, hvorfor evidensgrundlaget og teorien bag interventionen ikke er givet.

MRC anbefaler, at evaluering af en kompleksintervention altid begynder med en systematisk litteratursøgning for at sikre, at den eksisterende viden om interventionens elementer bliver inddraget (Craig et al., 2008a). For BTL gælder det, at elementerne er udviklet ud fra projektlederens egne erfaringer med rehabilitering (Navne, 2017). Dette betyder, at de ikke nødvendigvis stemmer helt overens med eksisterende litteratur, og derfor er elementerne blevet evalueret gennem en systematisk litteratursøgning i problemanalysen, mhp. retrospektivt at kortlægge den evidens, der findes for tiltagene.

Dernæst bør interventionens målgruppe identificeres (Craig et al., 2008a). Principielt kan alle med et ønske om træningsbaseret rehabilitering indgå i et BTL forløb. Projektets placering som et frivilligt særtilbud uden for den kommunale praksis betyder dog, at det ofte vil være særligt motiverede borgere med fysisk funktionsnedsættelse, der vælger at opsøge og deltage i projektet (Navne, 2017). Efterfølgende anbefaler MRC, at indhold kortlægges, således at der sikres en høj reproducerbarhed og gennemsigtighed af den intenderede indsats og de forventede resultater (Craig et al., 2008a). Den høje tilpasningsgrad af BTL til den enkelte borgers behov er betegnet som en af interventionens store fordele (Navne, 2017), imidlertid vanskeliggør dette element en konkret skitsering af interventionens indhold. I denne problemanalyse er det forsøgt at belyse, hvilke elementer der kan indgå i rehabiliteringsforløbet, og det er blevet fremanalyseret, at de primære komponenter i BTL er Vand Virker!, peerstøtte og koordinering. I forbindelse med problembearbejdningen i dette speciale, er der yderligere udarbejdet en indledende programteori (Afsnit 9), der illustrerer den komplekse interaktion mellem komponenterne i BTL og den

forventede effekt heraf. Programteorien understreger behovet for øget dokumentation og gennemsigtighed af indsatsen, hvilket vil bidrage positivt til fremtidig evaluering af BTL.

MRC anbefaler desuden eksplicitte overvejelser omkring outcome målet, da komplekse interventioner ofte vil indeholde både flere primære og sekundære, tilsigtede og utilsigtede konsekvenser (Craig et al., 2008a). Det primære mål for BTL er beskrevet i problemanalysen, og omhandler forbedring af deltagerens hverdag og dermed livskvalitet. Derudover vil en række sekundære, tilsigtede og utilsigtede konsekvenser blive præsenteret i den følgende problembearbejdning og diskussion heraf. Forsimples indsatsens konsekvenser, risikeres det, at effekten af interventionen bliver fejlrepræsenteret i evalueringen (Craig et al., 2008a). For BTL betyder den variable indsats i kombination med den brede målgruppe, at egentlig effektevaluering vanskeliggøres, da det er svært at opsætte et outcome mål, der rummer alle de formodede effekter af BTL. Derfor er evalueringen foretaget indenfor de enkelte elementer mhp. bedst muligt at beskrive deres individuelle effekt.

Yderligere anbefaler MRC proces – og omkostningseffektivitets evaluering af interventionen (Craig et al., 2008a). Begge evalueringsformer er i dette speciale vanskeliggjort af de samme elementer som effektevalueringen, dog er disse helt essentielle i det videre arbejde med BTL.

En Omkostningseffektivitetsevaluering er betinget af behovet for prioritering i sundhedsvæsenet grundet knappe ressourcer (Bonfils & Draborg, 2011). Derfor er det vigtigt at undersøge, om de potentielle omkostninger forbundet med BTL står mål med de forventede effekter. Omkostningseffektivitetsevaluering vil oftest foretages ved hjælp af sundhedsøkonomisk modellering (Craig et al., 2008a). Modellering indeholder naturligt en række antagelser, og har derfor også værktøjer til at tage højde for usikkerheder i disse (Drummond et al., 2015). Derfor anbefaler MRC, at der foretages en estimering af omkostningseffektiviteten, også selvom der ikke foreligger klare effekt- og/eller omkostningsmål (Craig et al., 2008a). Derfor vil der i dette speciale blive udarbejdet en sundhedsøkonomisk evaluering til at estimere omkostningseffektiviteten af BTL på trods af de metodiske udfordringer og komplikationer i forhold til den tilgængelige data, der er forbundet hermed.

Evalueringen foretaget af Navne (2017) dokumenterer en oplevet effekt af interventionen. Derfor bliver procesevalueringen interessant, da den kan bidrage til at svare på, hvad der virker, for hvem og i hvilken kontekst. Uden egentlig patientspecifikke data og et eksperimentelt design kan der ikke

gives et endegyldigt svar, men den eksisterende evaluering og litteratur om delelementerne giver et indblik i, hvilke mekanismer der kan være i spil.

5.1.2. Implementering (fase 4)

MRC's fokus er i høj grad på forskningsbaseret evaluering af komplekse interventioner, men i retningslinjerne er der også forskrifter for implementeringsarbejdet (Craig et al., 2008a). Første trin i implementeringen er at kommunikere fundene fra evalueringen til beslutningstagerne. Dette indebærer, at effekterne præsenteres på en måde, der er både forståelig og relevant for beslutningstagerne (Craig et al., 2008a).

Effektmål, der er relevante i praksis, vil afhænge af konteksten og interventionen, men de kan ofte opgøres i fordele, skadevirkninger og omkostninger (Craig et al., 2008a; Lavis, 2005). Derudover bør anbefalingen fra forskeren til beslutningstageren være specifik og eksplicit. Derved bliver konteksten og sikkerheden af viden også vigtig (Craig et al., 2008a). For BTL betyder det, at det skal sandsynliggøres hvor, hvornår og for hvem interventionen vil være et godt alternativ til normal rehabilitering,

Derfor er implementeringsfasen også stærkt afhængig af resultaterne fra evalueringsfasen. Manglende sikkerhed omkring interventionens effekt og omkostninger kan netop bidrage til, at en direkte implementering ikke finder sted, hvis interventionens værdi ikke kan sandsynliggøres for beslutningstageren.

Slutteligt bør der i implementeringsstrategien indtænkes yderligere evaluering af både effekt, omkostninger og processen (Craig et al., 2008a; Moore et al., 2015). Effekten af interventionen vil altid afhænge af konteksten den agerer i (A. Fletcher et al., 2016), og en implementering af BTL som tilbud i den kommunale praksis, kan påvirke både hvilke tilbud der bliver udbudt, og hvordan disse udføres.

5.1.3. Udvikling (fase 1)

MRC påpeger vigtigheden af, at udvikling af nye komplekse interventioner baseres på eksisterende evidens og foregår med evaluering i mente. Denne anbefaling gælder også for eksisterende interventioner, hvis de andre faser indikerer, at der er behov for yderligere udvikling (Craig et al., 2008a).

Mhp. BTL's ønske om større udbredelse og mere finansiering, vil udviklingsdelen i dette speciale centrere sig om de eksisterende elementer og rammer i BTL. Der vil særligt være fokus på, hvordan

BTL kan udvikles, så der er større fokus på dokumentering af effekter og indsatser i interventionen. Dette udviklingsforslag tager afsæt i resultaterne af specialets problembearbejdning og MRC's anbefalinger om, at en kompleks intervention opbygges med evaluering i mente.

5.1.4. Pilotundersøgelse/afprøvning (fase 2)

I MRC-tilgangen benyttes fase 2 til at afklare konkrete spørgsmål vedrørende interventionen, der ikke har kunnet belyses sikkert ud fra den initiale udviklingsfase, og som er nødvendige for, at en videre udvikling og evaluering er meningsfuld. Derfor vil fase 2 ofte have fokus på de vigtigste usikkerheder, der er blevet identificeret i udviklingsarbejdet (Craig et al., 2008a). Pilotstudiet kan, men behøver ikke, være en nedskaleret udgave af et senere evalueringsstudie for at sikre, at der ikke er uafklarede problematikker forbundet med interventionen. Dette kunne for eksempel være lav deltager compliance eller tilslutning (Craig et al., 2008a).

Fase 2 bliver kun behandlet prospektivt i indeværende speciale, hvor det foreslås at de vigtigste kontekster i BTL afprøves i et feasibility studie. Dette drejer sig særligt om betydningen af BTL's projektleder, der ikke nødvendigvis vil kunne overføres til en anden kontekst.

5.2. Videnskabsteoretisk position

I dette speciale bliver der inddraget forskningsbaseret viden fra både kvantitativ og kvalitativ litteratur. Viden fra disse to forskningsparadigmer er ofte svær at forene, da den bygger på forskellige videnskabsteoretiske antagelser.

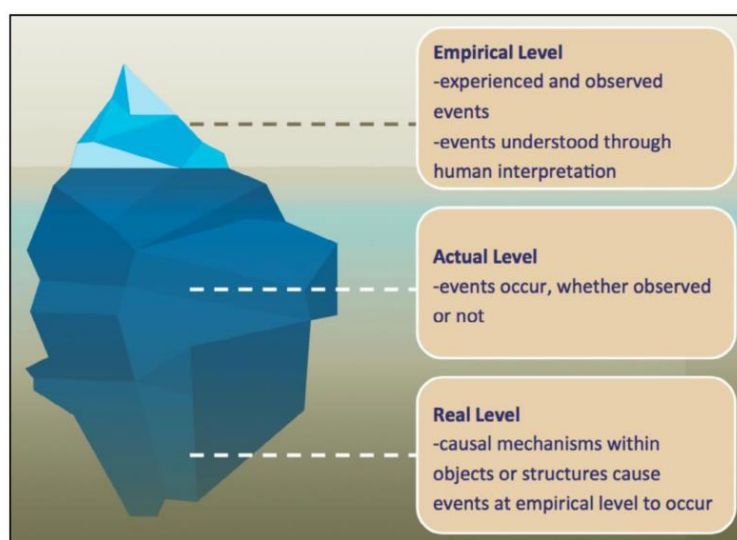
Kvantitativ litteratur vil ofte være grundet i en afart af positivismen og/eller Poppers kritiske rationalisme. Her er den ontologiske antagelse, at der findes en reel objektiv virkelighed, og at det er denne, vi kan observere og måle gennem positivismens metoder, som for eksempel det randomiserede kontrollerede studie. Derved er både positivismens ontologi og epistemologi bundet op på et billede af verden og viden som en objektiv uforanderlig genstand (Holm, 2011). I modsætning hertil vil den kvalitative litteratur ofte have sin baggrund i de mere social- og samfundsvidenskabelige videnskabsteorier. Dette kunne fx være hermeneutikken, socialkonstruktivismen eller flere andre. Fælles for denne gruppe af videnskabsteoretiske forståelser er det, at deres begreb om viden er funderet i en konstruktivistisk epistemologi og ontologi. Dette betyder, at alle observationer og erfaringer om verden går gennem mennesker, og derfor vil al viden være en subjektiv og social konstrueret størrelse (Maxwell & Mittapalli, 2010).

Der er altså en fundamental uoverensstemmelse mellem, hvordan kvalitative og kvantitative paradigmer forstår viden, men indenfor dette speciale, og sundhedsforskning generelt, er der i nogle tilfælde en interesse i at forene viden fra begge traditioner (Maxwell & Mittapalli, 2010).

Dette er tilfældet i dette speciale, da en rehabiliteringsindsats kan indeholde mange elementer, er afhængig af sin kontekst og da den potentielt skal være fleksibel overfor den borger, der skal have gavn af indsatsen. Det kan derfor være svært at opstille præcise kausale sammenhænge, der kan testes ud fra et positivistisk videnskabsteoretisk paradigme, men samtidigt er der behov for at forstå, hvad der virker indenfor rehabilitering og for hvem. Særligt det positivistiske paradigme står stærkt i MRC's anbefalinger, der har stor fokus på evidens fra randomiserede kontrollerede studier (Craig et al., 2008b), men det er blevet kritiseret af andre forfattere der påpeger vigtigheden af supplere med kvalitative metoder, for at forstå de bagvedliggende mekanismer og kontekster, der er nødvendige for at opnå den observerede effekt (A. Fletcher et al., 2016).

Nærværende speciale lægger sig videnskabsteoretisk op af den kritiske realisme, da denne har en forståelse af viden, der kan omfavne både kvantitativ og kvalitativ litteratur, hvilket er nødvendigt for at forstå rehabiliteringsfeltet. Det er nødvendigt med en ekspliciteret videnskabelig grundposition for specialet, da dette muliggør kritisk refleksion over de metodologiske valg, der træffes gennem dette speciale. Den kritiske realisme har sin oprindelse i værker af Roy Bhaskar (se blandt andet (Whitbeck & Bhaskar, 1977)). Disse værker er dog primært relateret til de filosofiske belæg for videnskabsteorien. Derfor tager dette speciale videnskabsteoretisk udgangspunkt i de mere praksisorienterede fortolkninger som er fremført i Buch-Hansen og Nielsen (2005), samt Maxwell (2010), Fletcher (2016) og Fletcher (2017).

Kritisk realisme indeholder en tese om, at virkeligheden består af tre domæner, henholdsvis det empiriske domæne, det faktiske domæne og det virkelige domæne (Figur 2) (Buch-Hansen & Nielsen, 2005; A. J. Fletcher, 2017). Det empiriske domæne indeholder de erfaringer og observationer, vi gør os. Det faktiske domæne består af alle de fænomener og begivenheder, der finder sted, om de bliver



Figur 2 - Virkelighedens 3 domæner, A.J. Fletcher (2017)

erfaret eller ej. Det virkelige domæne indeholder mekanismer og strukturer, som ikke er direkte observerbare (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Disse mekanismer og strukturer understøtter og forårsager under visse omstændigheder, de fænomener og begivenheder der sker på det faktiske domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). I nærværende speciale fremstår det faktiske domæne gennem de fænomener, der eksisterer, som er det rehabiliterende arbejde, der sker i BTL og i kommunerne, og derfor de begivenheder, der finder sted heri. Det empiriske domæne i specialet består af de erfaringer og observationer der gøres indenfor rehabiliteringsfeltet. Gennem disse erfaringer og observationer tilnærmer specialet sig viden på det faktiske domæne. For at forstå hvilke strukturer og mekanismer, der finder sted i det rehabiliterende arbejde, er der behov for at forstå, hvad der forårsager og understøtter dem for derigennem at kunne forandre BTL, så ulykkesramte kan få den bedst mulige rehabiliteringsindsats. Derfor vil der i dette speciale forsøges at tilnærme sig viden på det virkelige domæne gennem analyse og diskussion ud fra indsamlede data, med det in mente, at det ikke er muligt opnå en fuldstændig og komplet forståelse.

Realismen i kritisk realisme består her i den uforanderlige (også kaldet intransitive) bagvedliggende virkelighed og ontologi, mens det kritiske element optræder i den kritiske fortolkning af observerede fænomener og objekter (A. J. Fletcher, 2017). Den intransitive dimension består således af de objekter, man forsøger at genere viden om, og at disse ikke ændrer sig i takt med, at vores forståelse ændrer sig (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Al viden er ud fra den kritiske forståelse skabt på baggrund af menneskers observationer og fortolkninger og er derfor foranderlig (transitiv) (A. J. Fletcher, 2017). Det fremgår derfor af epistemologien, at denne bagvedliggende virkelighed ikke direkte kan observeres, men at viden om verden kan tilnærmes gennem observationer og erfaringer. Viden er i den kritiske realisme et transitivt objekt, hvilket vil sige at al viden er fejlbarlig og kontekstafhængig (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Specialets problemfelt omhandler den epistemologiske dimension, der gennem beskrivelser, data, sundhedsøkonomiske analyseteknikker og begreber vil besvare specialets problemformulering og gennem refleksion tilnærme sig viden om den virkelige verden.

Kritisk realisme inkluderer brugen af flere, både kvalitative og kvantitative metoder i det videnskabelige arbejde (Buch-Hansen & Nielsen, 2005; Maxwell & Mittapalli, 2010). Dette lader sig gøre, da virkeligheden, inden for kritisk realisme, forstås som en dyb og flerdimensionel verden, hvor forskellige fænomener og objekter bedst lader sig belyse af forskellige metoder (Maxwell & Mittapalli, 2010). For dette speciale betyder denne virkelighedsforståelse, at de empiriske undersøgelser og metoder, der benyttes, ikke giver et endegyldigt objektivt svar på, hvordan og

hvor meget BTL rehabiliteringsindsatsen virker. De skal suppleres med en kritisk overvejelse over, hvilke bagvedliggende mekanismer der skaber den observerede effekt, og hvordan denne er afhængig af den kontekst, hvori interventionen befinder sig. Denne tilgang til evaluering og udvikling minder om kontekst-mekanisme-outcome (CMO) evaluering, der ud fra en kritisk realistisk tilgang eksplicit skelner mellem de empirisk observerede data/outcome og de bagvedliggende strukturer og mekanismer, der muliggør disse (A. Fletcher et al., 2016), og har i indeværende speciale til formål at styrke forståelsen af de mekanismer, der skaber en effekt i BTL, og hvordan yderligere evaluering bedre kan undersøge disse.

5.2.1. Kontekst-mekanisme-outcome (CMO)

CMO evaluering er en form for virkningsevaluering, der har til formål at vurdere hvilke kontekstafhængige betingelser, der har en betydning for den observerede effekt (eller mangel heraf) for en intervention, samt i hvor høj grad disse betingelser ligner hinanden fra den ene kontekst til den anden kontekst (Dahler-Larsen, 2013). CMO evalueringen er vigtig, når det antages, at en given effekt eller årsagskæde er afhængig af den kontekst, hvori forløbet udspiller sig, hvilket særligt gælder komplekse interventioner (A. Fletcher et al., 2016) såsom BTL. Dette har betydning for den måde, nærværende speciale undersøger den kontekst, BTL agerer i, samt hvordan dette speciale undersøger de interagerende mekaniser og bagvedliggende strukturer, der er på spil heri. En CMO evaluering, som er et samspil af kontekst, mekanisme og outcome, kan bidrage med en forståelse af de kontekstafhængige mekanismer, og hvilke kontekster disse mekanismer virker i (Dahler-Larsen, 2013), for at bidrage med viden om, hvordan, og under hvilke omstændigheder, de gældende mekanismer vil resultere i positiv eller negativ effekt (Norman & Humphrey, 2008). CMO evaluering indeholder tre tætrelaterede facetter. Mekanismerne er et udtryk for de processer, der potentielt skaber den observerede effekt under en given kontekst. Konteksten er de betingelser, der er nødvendige for at mekanismerne leder til de observerede outcome. Outcome er de observerede resultater af den givne intervention, og er derfor effekten af mekanismerne, som udløses i konteksten (Norman & Humphrey, 2008). For at danne et overblik over hvilke mekanismer der kan være tilstede i BTL, vil nærværende speciale senere opstille en programteori ved hjælp af CMO evaluering (afsnit 9), da en programteori kan være et godt værktøj til at overskueliggøre CMO konfigurationen (Dahler-Larsen, 2003). Gennem programteorien kan de formodede mekanismer, der er på spil i BTL overskueliggøres, og de formodede årsagskæder kan præsenteres. Dette kan medvirke til at skabe et bedre evalueringsgrundlag for indsatsen og derved en større forståelse af indsatsens indhold. Dette mhp. fremadrettede forbedringer og udvikling af interventionen ved hjælp

af en programteori (Dahler-Larsen, 2003), således at BTL kan få en hensigtsmæssig rolle i den danske rehabiliteringsindsats.

6. Empiri

6.1. Metode - Litteratursøgning

6.1.1. Initierende søgning

For at afdække de begreber og problemstillinger der er på spil inden for rehabiliteringsfeltet, er der i startfasen af dette speciale blevet anvendt en ustruktureret initierende litteratursøgning. Gennem denne er der identificeret både ”grå” og peer-reviewed litteratur, der i problemanalysen har bidraget til indsigt i det danske rehabiliteringsfelt. Denne indledende proces er nødvendig for at identificere eventuelle videnshuller indenfor feltet og for at nå frem til en endelig problemstilling og problemformulering, der ikke resulterer i en genskabelse af allerede eksisterende viden (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). Der er primært anvendt fritekstsøgning gennem søgetermer, der relaterer sig til problemfeltet, både inden for kommunal rehabilitering, rehabilitering og omkostningseffektivitet samt litteratur, der relaterer sig til elementerne i BTL. Disse søgninger, samt efterfølgende kædesøgning i den indledende litteratursøgning, blev foretaget i både sundhedsfaglige indekserede databaser (Pubmed, Embase etc.) og mere almene søgemaskiner (Google, Google Scholar). I sidstnævnte kategori er særligt den grå litteratur omhandlende rehabilitering blevet identificeret. Kædesøgning er foregået ved, at referencer til/fra de identificerede kilder er blevet brugt til at identificere yderligere relevant litteratur (Reinecker & Jørgensen, 2014) for på denne måde at undersøge problemfeltet bredt, hvilket bidrager til den initiale forståelse af rehabiliteringsfeltet i dette speciale. Derudover er de indledende søgninger også benyttet til at identificere relevante søgetermer og begreber til den systematiske litteratursøgning, hvilket kædesøgning også er et redskab til (Reinecker & Jørgensen, 2014). Det har i den initierende litteratursøgning været en prioritet at finde oversigtsartikler for at præsentere den samlede evidens og resultater fra flere originale studier på området (A. M. Møller, Juhl, Lund, & Andreasen, 2014), men også originale studier og grå litteratur er anvendt.

6.1.2. Systematisk litteratursøgning

6.1.2.1. *Søgeprocessen*

I forlængelse af den initierende søgning, er der i specialet foretaget en systematisk litteratursøgning, for at kortlægge den eksisterende evidens omhandlende effekten af rehabiliteringselementerne der

anvendes i BTL. Dette mhp. at en evaluering af indsatsen går forud for udvikling og implementering, for at sikre et korrekt grundlag for specialets fremadrettede arbejde, så beslutninger baseres på den evidensbaserede viden, der er på området. Dette er i overensstemmelse med MRC's anbefalinger i fase 3, der råder til, at der foretages en systematisk litteratursøgning, når en evaluering af komplekse interventioner skal finde sted for at sikre, at den eksisterende viden om interventionens elementer bliver inddraget (Craig et al., 2008a). Da BTL er et unikt tilbud og tilgangens præcise sammensætning ikke er identificeret i andre interventioner, er den systematiske søgning ikke foretaget på hele tilgangen, men på de vigtigste delementer, der kan indgå i de enkelte rehabiliteringsforløb. Derfor foretages tre systematiske litteratursøgninger på henholdsvis vandtræning, koordinering og peerstøtte, som er de centrale elementer i BTL (Navne, 2017), med det formål at evaluere evidensen på området. Dette giver mulighed for at undersøge effekten af de enkelte elementer og dermed den samlede effekt af rehabiliteringsindsatsen i BTL. Derved bliver specialets søgespørgsmål tredelt og lyder:

”Hvor stor effekt har vandtræning / koordinering / peerstøtte i rehabiliteringen af ulykkesramte?”.

I dette speciales systematiske søgning er bloksøgning blevet benyttet som søgestrategi. Dette er den primære søgestrategi i systematisk søgning indenfor sundhedsfaglige databaser, da den er fleksibel i forhold til både dokumentation og justering af søgningen (Buus et al., 2008).

I dette speciale er der til den systematiske søgning benyttet 3 blokke (Bilag 1d-1g). De første 2 blokke er inspireret af PICO (Buus et al., 2008) og er henholdsvis patientgruppe (ulykkesramte) og intervention (vandtræning, koordinering eller peerstøtte). Derudover er der benyttet en ”kontekst” blok (rehabilitering) for at øge relevansen for dette område. Søgningen er foretaget i fire databaser, PubMed, Embase, Cinahl og Cochrane (Bilag 1d-1g), og information omkring databaserne findes i bilag 1b. De samme blokke er indgået i søgningen i alle databaserne, men der er variationer i, hvilke kontrollerede termer der er benyttet imellem databaserne, da de har forskellige indekseringssystemer. De kontrollerede termer, også kaldet databasens emneord, er en vigtig kilde til at finde betegnelser og synonymer i de forskellige databaser. De er relevante, da databasen indekserer disse termer efter studiet og nogen gange, uden at disse ord nævnes i titlen og abstractet (A. M. Møller et al., 2014). Derved er de kontrollerede termer med til at sikre et bedre resultat og derved bedre recall, samt at øge præcisionen i selve søgningen (A. M. Møller et al., 2014). Ligeledes giver det mulighed for at præcisere og udvide sin søgning i forhold til databasens hierarki af kontrollerede emneord, der også kaldes ”træet” (A. M. Møller et al., 2014). Det hierarkiske træ i

databaserne blev anvendt, hvis de højtplacerede kontrollerede emneord i træet bidrog med for meget støj, og de kontrollerede emneord længere nede i træet var mere præcise for problemfeltet.

Udover kontrollerede termer, indeholder blokkene også fritekst ord, for at øge søgningens recall, ved at tilføje flere relevante søgetermer som ikke fandtes som kontrollerede emneord. Både kontrollerede emneord og fritekstord blev identificeret gennem den initierende litteratursøgning, kædesøgning, samt inspiration fra relaterede studiers søgestrategi indenfor samme problemfelt. Derudover er trunkering anvendt, hvis databasen tillader det, da trunkering inkluderer flere variationer af ordet og udvider søgningen (Buus et al., 2008), hvilket ligeledes øger søgningens recall. Recall er, indenfor søgelitteraturen, et mål for hvor stor en andel af den eksisterende relevante litteratur, der findes ved søgningen. Denne kan øges ved bredere søgninger og ved brugen af supplerende metoder som fx kædesøgning (Buus et al., 2008). Øgning af søgningens recall skal dog holdes op imod en eventuel reduktion i søgningens præcision. Præcision refererer i denne sammenhæng til hvor mange af de fundne resultater, der er relevante; en bredere søgning vil naturligt medføre en større andel støj end en meget smal søgning (Buus et al., 2008). For at opnå en tilfredsstillende balance mellem recall og præcision, er søgningen udviklet iterativt, hvor både hver blok og hver søgeterm er blevet vurderet for at reducere unødvendig støj. I søgearbejdet blev det tydeligt at søgningen omhandlende koordination, var præget af et meget højt antal hits med lav præcision. Derfor blev denne søgning suppleret med en ekstra blok omkring tværfaglighed. Denne blok blev valgt på baggrund af, at koordination indenfor både BTL og den offentlige rehabilitering har et betydeligt tværfagligt sigte (Mathiesen, Birgitte Ebbe Handberg & Thomsen, 2011; Navne, 2017).

For at kombinere de kontrollerede termer og fritekst ord med de opstillede blokke anvendes boolske operatorer i den systematiske litteratursøgning. AND anvendes mellem blokkene for at indsnævre søgningen og indikerer, at søgningen skal indeholde alle opstillede blokke (A. M. Møller et al., 2014). OR anvendes mellem de enkelte synonymer i hver blok for at udvide søgningen og henviser til, at referencerne skal indeholde et af de opstillede ord (A. M. Møller et al., 2014). Indhold af de enkelte blokke er dokumenteret i søgebilaget (Bilag 1d-1g). Derudover fremgår en skematisk oversigt og dokumentation af fundne hits i de enkelte databaser i den systematiske litteratursøgning i bilag 1i, hvor der fremvises hits for de enkelte bloksøgninger, og samlede hits når blokkene kombineres.

6.1.2.2. Artikeludvælgelse

Den systematiske litteratursøgning identificerede i alt 1741 unikke referencer (Figur 3). Der er ikke anvendt limits i søgningen for at undgå, at relevante artikler frasorteres grundet forkert indeksering, eller eventuelle overlappende aldersgrupper.

For at identificere de referencer, der var relevante for dette speciales søgespørgsmål, blev der udarbejdet en række inklusions- og eksklusionskriterier til at systematisere processen samt at sikre reproducerbarheden af denne (Buus et al., 2008), disse er angivet i tabelform nedenfor (Tabel 2). Kriterierne er udarbejdet for at undersøge effektstørrelsen af de delelementer der indgår i BTL, og derfor tages der udgangspunkt i at identificere kvantitativ litteratur, der har undersøgt effektstørrelsen af interventionerne i et rehabiliterings-setting. Derudover indgår der to kriterier omhandlende dette speciales målgruppe, der har til formål at sikre, at de fundne studiers population er sammenlignelig hermed. Alderen er løst afgrænset til 18 - 65-årige, da BTL har fokus på den voksne befolkning i den arbejdsdygtige alder. Det vil sige, at studier der undersøger populationer der overlapper denne alder er medtaget, så længe en stor andel af deltagerne befinder sig i dette aldersrum. Det samme gør sig gældende for ulykkesramte, denne målgruppe kan være defineret forskelligt i forskellige kontekster, men i dette speciale tages der udgangspunkt i personer med funktionsnedsættelse som følge af ulykker uden for kroppen. Med det menes der, at indre skader, såsom blødninger og blodpropper uden ekstern årsag ikke medtages. Ydermere er effektmål et inklusionskriterie, der afspejler både en interesse i at finde de konkrete og målbare effektmålsstørrelser som funktionsniveau, men også tilfredshed, da Navne (2017) argumenterer for denne betydning i det rehabiliterende arbejde i BTL og da det er noget, der også har været fokus på gennem problemanalysen. Tilfredshed måler ikke direkte effektstørrelsen, men angiver hvor attraktiv interventionen er for borgerne, noget de fysiske effektmål ikke kan opfange. På trods af dette er kvantitative studier et inklusionskriterie, for hovedsageligt at finde studier, der inkluderer en sammenligningsgruppe, så interventionen kan sammenlignes med konventionelle forløb, og en eventuel forskel kan fremvises.

Studier på andre sprog, end de der læses af forfatterne, er ikke medtaget. Samtidigt er studier af interventioner i ulande heller ikke medtaget, da det antages at rehabiliteringskonteksten her vil være betydeligt anderledes. Det sidste kriterie frasorterer rehabilitering i den akutte fase, da fokus i dette speciale er på en længerevarende rehabiliteringsindsats og ikke inkluderer selve behandlingen.

Enkelte af inklusionskriterierne kunne alternativt være operationaliseret gennem ekstra blokke i søgningen. Dette er blandt andet tilfældet for effektmålskriteriet, der minder om outcome blokken i PICO. Effektmål indgår som kriterie fremfor blok, da flere af de ønskede effektmål kan have flere betegnelser, hvorfor inklusionen af en outcome blok risikerer at reducere recall af søgningen. På samme måde kunne eksklusionskriterierne være operationaliseret som en "NOT" blok, men dette ville også reducere recall i forhold til den valgte metode.

Tabel 2 - Inklusions- og eksklusionskriterier for den systematiske litteratursøgning

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Peer-reviewede kvantitative studier (Fx RCT, kohorte eller tværsnitstudie, eller systematisk review / metanalyse af disse)	Ulande
Klart beskrevet indhold af interventionen	Studier der ikke er på engelsk, norsk, svensk, tysk eller dansk
Relevant effektmål (Funktionsniveau, smerte, tilfredshed, livskvalitet, HRQOL eller arbejdstilknytning)	Akut fase rehabilitering
Studiepopulationen skal helt eller delvist bestå af personer der har en arbejdsdygtig alder (18 år – 65 år)	
Studiepopulationen skal helt eller delvist bestå af personer der har en form for funktionsnedsættelse som følge af en ulykke. (Fx trafikskade, sports-/idrætsskade, eller skade i hjem/fritid)	

Ved hjælp af de udarbejdede kriterier har begge forfattere uafhængigt gennemgået de fundne referencer gennem i alt 3 faser.

I første fase blev artiklerne udvalgt på baggrund af titel og abstract. Var der her klar indikation af, at artiklen ikke levede op til inklusions- eller eksklusionskriterierne, gik artiklen ikke videre til anden fase. Ved tvivl eller uenighed, om hvorvidt artiklens titel og abstract levede op til kriterierne, gik artiklen videre til næste fase.

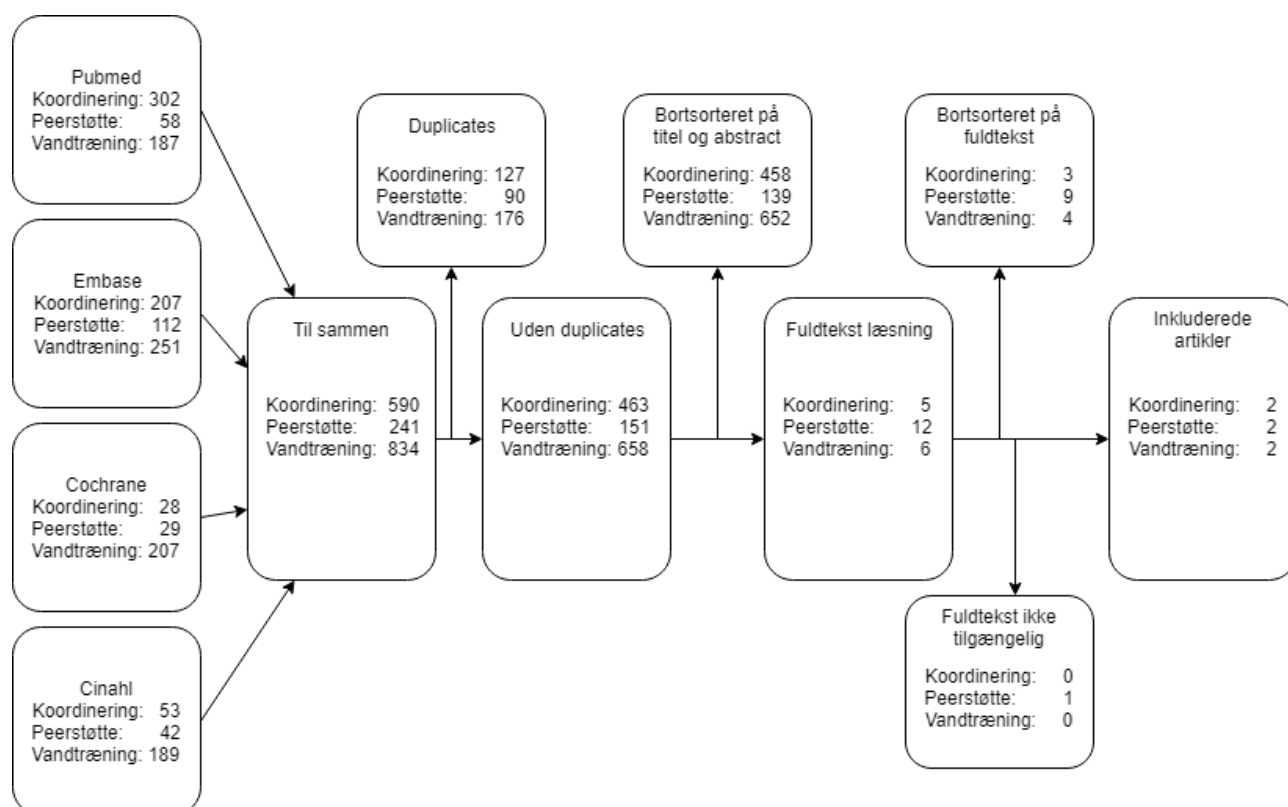
I anden fase blev de tilbageværende artiklers fulde tekst fremskaffet, hvorefter artiklerne blev gennemgået for opfyldelse af kriterierne. Uenighed mellem forfatterne blev afklaret gennem

diskussion og præcisering af kriterierne. De godkendte artikler gik videre til tredje fase (Figur 3). Der blev foretaget kædesøgning og citationssøgning på de godkendte artikler, for at sikre at den systematiske litteratursøgning havde været tilstrækkelig udtømmende. Kædesøgning blev foretaget ved at gennemgå de godkendte artiklers referencer. Citationssøgning blev foretaget på Google Scholar og Web of Science, for at finde frem til nyere artikler der citerer den relevante artikel (Buus et al., 2008).

I tredje fase blev den fulde tekst af artiklerne læst grundigt, og de blev kvalitetsvurderet ved hjælp af checklister, hvor CONSORT, PRISMA og STROBE anbefales til brug ved henholdsvis randomiserede kliniske undersøgelser, systematiske oversigtsartikler og observationelle studier (A. M. Møller et al., 2014), med det formål at vurdere studiets metode, troværdighed og kvaliteten af studiet (A. M. Møller et al., 2014). For de randomiserede studier blev CONSORT benyttet, mens systematiske reviews blev vurderet ud fra PRISMA og observationelle studier ud fra STROBE. Udfyldte checklister for de enkelte artikler fremgår af bilag 1j-1l. Artikeludvælgelsesprocessen blev håndteret ved hjælp af referencehåndteringsprogrammet Mendeley, da et sådan program sikrer dokumentation og samme søgeresultat gruppemedlemmerne imellem, og dermed giver mulighed for uafhængigt at kunne gennemgå relevante referencer, samt giver et overblik over alle de fundne referencer (A. M. Møller et al., 2014). Derudover giver denne metode mulighed for at rense for dubletter, så overflødige referencer slettes, da referencer kan overlappe og komme flere gange ved søgninger foretaget i flere databaser (A. M. Møller et al., 2014). Yderligere muliggør det, at referencerne kan adskilles, efter hvilke databaser de er fundet i, at inddele efter delelementerne (vandtræning, koordinering, peerstøtte) samt oprettelse af flere mapper og nem overførsel af referencer mapperne imellem.

Der er udarbejdet et flowdiagram over udvælgelsesprocessen (Figur 3) i den systematiske litteratursøgning, der viser hvor mange referencer, der var i hver enkelt fase. Databaserne Pubmed, Embase, Cochrane og Cinahl resulterede i alt i 1665 referencer, hvoraf 393 dubletter frasorteredes og resulterede efterfølgende i 1272 referencer. Efterfølgende blev 1249 referencer i alt frasorteret på titel og abstract, hvilket resulterede i 23 referencer, der blev gennemlæst, hvoraf seks studier blev godkendt. Der er stor variation databaserne imellem i forhold til de enkelte delelementer, hvilket viser, at databaserne indekserer forskellige tidsskrifter. Derudover behandler databaserne muligvis referencerne forskelligt, hvilket kan have betydning, da den systematiske litteratursøgning er tung på både fritext og indekserede ord, og databaserne anvender disse ord forskelligt.

Figur 3 - Flowdiagram over udvælgelsesprocessen i den systematiske søgning



6.2. Resultat af den systematiske litteratursøgning

For at overskueliggøre fundene fra de identificerede studier via den systematiske litteratursøgning, er der udarbejdet et resultatskema over de enkelte studier (Tabel 3, Tabel 5, Tabel 7), samt et opsummerende skema der indgår i problemanalysen (Tabel 1). Disse studier er anvendt i problemanalysens afsnit 2.2.2, for at evaluere effekten af BTL's tilgang til rehabilitering og kortlægge den nuværende evidens samt eventuelle mangler heri. Disse studier bidrager med at belyse, hvilken effekt delelementerne vandtræning, koordinering og peerstøtte har for ulykkesramte borgere i en rehabiliterende kontekst. Da der blev identificeret begrænset evidens indenfor alle tre delelementer til denne målgruppe, inkluderes anden relevant litteratur af relaterede målgrupper i problemanalysen, for at give et kvalificeret bud på effekten af både vandtræning, peerstøtte og koordinering og dermed den samlede effekt af et rehabiliteringstilbud, der indeholder disse elementer.

Studiernes resultater kan dog ikke benyttes uden at forholde sig til den kontekst, der ligger til baggrund for studierne. Derfor er det væsentligt at undersøge, hvornår disse elementer virker for ulykkesramte borgere, hvilke bagvedliggende mekanismer, der skaber den observerede effekt og

hvordan denne er afhængig af den kontekst hvori interventionen befinder sig. Derfor vil følgende afsnit gennemgå de identificerede studier, der er fundet i den systematiske litteratursøgning ud fra den kritisk realistiske forståelse af MRC modellen, hvor det er vigtigt at benytte en CMO evaluering (A. Fletcher et al., 2016), der vil blive anvendt i gennemgangen af de identificerede studier. Ved hjælp af denne tilgang vil intervention, mekanismer, outcome og konteksten blive gennemgået for de udvalgte studier i den systematiske litteratursøgning, da komplekse interventioner virker forskelligt for forskellige mennesker (A. Fletcher et al., 2016). Denne metode har til formål at styrke forståelsen af de mekanismer, der skaber en effekt i BTL og bidrage til bedre at forstå den samlede indsats.

De identificerede studier i den systematiske litteratursøgning anvender forskellige designs. Heriblandt er fire randomiserede kontrollerede studier, et systematisk review og et tværsnitstudie. Da denne søgning omfatter tre adskilte systematiske litteratursøgninger, kun adskilt af interventionsblokken, vil studierne tage udgangspunkt i forskellige interventionsformer og derigennem forskellig kontekst, men alle relaterer sig til rehabilitering.

De følgende afsnit er inddelt i vandtræning, peerstøtte og koordinering, hvor de dertilhørende identificerede studier fra den systematiske litteratursøgning indgår som en resultatmatrix for at give et overblik, samt en CMO evaluering af hvert studie, efterfulgt af et opsamlende skema.

6.2.1. Vandtræning

Der blev indenfor vandtræning i rehabiliteringen af ulykkesramte identificeret to randomiserede kontrollerede studier. Jævnfør afsnit 2.2.2.1 i problemanalysen, hvor studierne er gennemgået, fandt de modsatrettede effekter efter endt træningsforløb. Zoheiry et al. (2017) fandt en effekt i fysisk ydeevne efter et 12 ugers vandtræningsprogram sammenlignet med landtræning, men havde ikke nogen follow-up måling. Subaşı et al. (2012) ingen effekt fandt efter endt forløb, som var 20 dages træning plus efterfølgende hjemmetræning. Dog viste dette studie en positiv effekt i vandtræningsgruppen ved follow-up tre måneder efter behandlingens begyndelse.

Tabel 3 - Resultatmatrix over studier identificeret via systematisk litteratursøgning - Vandtræning

Forfatter, år, titel, land	Formål	Design og dataindsamlingsmetode	Studiepopulation	Eksponering og outcome	Resultater
Zoheiry et al. (2017): Effect of aquatic versus land based exercise programs on physical performance in severely burned patients: a randomized controlled trial Egypten	Sammenligne effekten af vandbaseret træning overfor landbaseret træning på fysisk ydeevne, hos patienter med alvorlig brandskade.	RCT Måling blev foretaget ved start og efter afsluttet forløb. Fysisk ydeevne blev målt gennem 6 evalueringer (VO2max og forskellige aktivitetstest)	I alt 40 mænd (20 til vandtræning, 20 til landtræning) med alvorlig brandskade Alder: 20-40 år.	Interventionsgruppen : vandtræning (gruppe a). Kontrolgruppen: landtræning (gruppe B) Begge grupper bestod af et 12 ugers træningsprogram, 3 gange om ugen, hvor hver session bestod af opvarmning, forskellige typer øvelser som fleksibilitet, udholdenhed og under- og overkrops træning, samt nedkøling. Outcome: Fysisk ydeevne/ præstation gennem 6 evalueringer (primært outcome: VO2max) (sekundært outcome: 30 sek. stoltest, trappetest, 30 m. hurtig gåtest, op-og-gå test, 6 min. gåtest)	Signifikant forbedring i fysisk ydeevne efter afsluttet forløb i begge grupper, indenfor alle 6 evalueringer. Signifikant forbedring i fysisk ydeevne (indenfor alle 6 evaluering), efter afsluttet forløb, i vandtræning sammenlignet med landtræning.
Subaşi et al. (2012): Water-based versus land-based exercise program for the management of shoulder impingement	Sammenligne vandbaseret træning med landbaseret træning hos patienter med sub-acromial impingement syndrom	RCT Måling ved start, efter behandling (første opfølgning) og 3 måneder efter behandlingens begyndelse (anden opfølgning).	I alt 57 deltagere, 29 deltagere til vandtræning (35 skuldre) og 28 deltagere til landtræning (35 skuldre) med SIS (skulderproblemer). 70 skuldre blev i	Intervention: vandtræning - 10 dages træning bestående af strækøvelser og ROM (Range of motion) efterfulgt af 10 dages styrkeøvelser i vand med håndvægte. Kontrolgruppe: landtræning – 10 dages træning	Statistisk signifikant smertereduktion i begge grupper efter første opfølgning. Ligeledes viste funktionsdygtigheden efter anden opfølgning. Signifikant reduktion i smerte, samt statistiske forbedringer i funktionsdygtigheden

nt syndrome	(SIS)	Måling foretaget vha. spørgeskemaerne VAS-skala til smertevurdering, og Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) og Western Ontario Rotator Cuff Index (WORC) til måling af skulderfunktion.	alt undersøgt. 21 mænd og 36 kvinder. Gennemsnitsalder: 57 år.	bestående af strækøvelser og ROM, efterfulgt af 10 dages styrkeøvelser. Efter behandling skulle begge grupper lave hjemmeøvelser to gange dagligt. Outcome: Smertevurdering Skulderfunktion/ Funktionsdygtigheden	n efter anden opfølgning ved vandtræning ift til landtræning. Ingen forskel ved første opfølgning når grupperne sammenlignes
Tyrkiet					

Målgruppen i studiet af Zoheiry et al. (2017) er borgere med alvorlige brandskader, der blev tilbudt enten vand- eller landbaseret træning. Studiet er foretaget i Egypten. Studiet undersøgte fysisk ydeevne gennem målbare biologiske resultater, såsom VO2max test og fysiske test (Zoheiry et al., 2017). Studiepopulationen var forholdsvis yngre mænd, med en gennemsnitsalder på 32,2 år i vandtræningsgruppen og 30,9 år i landtræningsgruppen og rangerede fra 20-40 år (Zoheiry et al., 2017). Studiet vurderes til at være relevant i en dansk kontekst, da kulturelle forhold ikke forventes at spille en afgørende rolle for fysiske forbedringer som følge af træning.

Zoheiry et al. (2017) fremhævede nogle af de mekanismer der kunne medvirke til de positive effekter ved vandtræning, som vandmodstanden, mindre tryk, belastning, hævelse og rystende bevægelser ved træning i vand (Zoheiry et al., 2017).

Studiet af Subaşı et al. (2012) målte smertevurdering og skulderfunktion gennem spørgeskemaer hos borgere med skulderproblemer. Studiepopulationen havde en gennemsnitsalder på 57 år, samt en højere andel kvinder (63,2%) end mænd (36,8%) inkluderet i undersøgelsen (Subaşı et al., 2012). Studiet blev foretaget i Tyrkiet.

Studiet fremhævede, at øvelser i vand kan udføres mindre smertefuldt, og at deltagerne var mere motiverede i begyndelsen grundet de mere komfortable forhold. Den øgede motivation kan resultere i øget vedligeholdelse af vandtræningen og derfor højere effektivitet og forbedrede resultater ved vandtræning (Subaşı et al., 2012). Der er angivet en metodisk svaghed i studiet af Subaşı et al.

(2012), da at et af studiets baseline mål til skulderfunktion (SPADI) var signifikant forskellig mellem kontrol- og interventionsgruppen på trods af randomiseringen, hvilket forfatterne konkluderer, kan have påvirket resultaterne i studiet.

Tabel 4 - Kontekst-Mekanisme-Outcome: Vandtræning

Vandtræning	Kontekst	Mekanisme	Outcome
Zoheiry et al. (2017)	Egypten Mean alder: 32,2 og 30,9 år Alvorlige brandskader Kontrolleret setting Holdtræning	Vandets fordele: Vandmodstand Mindre tryk/belastning/ hævelse/rystende bevægelser	Fysisk ydeevne: Målt gennem VO2max og fysisk tests (30 sek. stoltest, trappetest, 30 m. hurtig gåtest, op-og-gå test, 6 min. gåtest)
Subaşı et al. (2012)	Tyrkiet Mean alder: 58,3 og 56,2 år 36,8% mænd og 63,2% kvinder Skulderproblemer Kontrolleret setting Holdtræning	Vandtræning: Mindre smertefuldt Motiverede i startfasen	Smertevurdering og skulderfunktion gennem spørgeskemaer

6.2.2. Peerstøtte

Der blev indenfor peerstøtte i rehabiliteringen af ulykkesramte identificeret to studier, heriblandt et systematisk review (Wobma et al., 2016) og et tværssnitsstudie (Sweet et al., 2016). Jævnfør afsnit 2.2.2.2 i problemanalysen fandt begge studier flere positive resultater af peerstøtte. Wobma et al. (2016) fandt positive effekter som følge af peersupport for patienterne og deres plejepersonale indenfor social støtte, adfærdskontrol, coping og HRQOL, men fandt også højere prævalens af depression i peerstøtte gruppen (Wobma et al., 2016). Sweet et al. (2016) fandt at peerstøtte ikke havde en signifikant effekt på den overordnede deltagelse, men at den var associeret med højere deltagelse i helbreds-, udendørs-, arbejds- og skoleaktiviteter samt højere livstilfredshed. Effektstørrelsen i Sweet et al. (2016) var dog beskeden (1-2% forklaret varians), hvilket indikerer en usikkerhed om resultaternes kliniske relevans.

Tabel 5 - Resultatmatrix over studier identificeret via systematisk litteratursøgning - Peerstøtte

Forfatter, år, titel, land	Formål	Design og data-indamlings-metode	Studiepopulation	Eksponering og outcome	Resultater
Sweet et al. (2016): Peer support need fulfillment among adults with spinal cord injury: relationships with participation, life satisfaction and individual characteristics. Canada	At undersøge sammenhængen mellem modtaget peersupport og deltagelse samt livstilfredshed i en kohorte.	Tværsnitsstudie af tidligere indhentet data. I det oprindelige studie blev deltagerne rekrutteret gennem medie kampanjer og data blev indhentet ved hjælp af surveys. Målt gennem to spørgsmål i det oprindelige "SCI Community Survey". Deltagelse blev målt gennem "The Patient-Perceived Participation in Daily Activities Questionnaire" (PDAQ) og livstilfredshed gennem "The Life Satisfaction Questionnaire" (LiSAT-11).	I alt 1549 deltagere med tidligere spinal chord injury (rygmarvsskade) indgik i studiet. Deltagerne i populationen havde alle været udskrevet i minimum et år før studiet. Mean alder: 49,6 år. Mean tid siden skade: 18,5 år. Begge køn.	Peersupport blev operationaliseret som peersupport udført af peers der havde modtaget uddannelse i at hjælpe andre med rehabiliteringsprocessen og selv været ude for en rygmarvsskade. Outcome: Deltagelse Livstilfredshed	Peersupport var ikke associeret med overordnet deltagelse. Peersupport var statistisk signifikant associeret med øget deltagelse i helbreds, udendørs og arbejde/uddannelses aktiviteter, effektstørrelsen var dog beskeden i alle tilfældene. Opfyldelse af peersupport behov var signifikant men svagt associeret med højere livstilfredshed. Forfatterne konkluderede at peersupport havde en positiv association med både deltagelse og livstilfredshed, men at effekten var beskeden.
Wobma et al. (2016): Evidence for peer support in rehabilitation	At systematisk undersøge den eksisterende litteratur	Systematisk litteratursøgning. Studiet søgte efter RCT'er i databaserne	Reviewet identificerede 2 studier der levede op til ind- og eksklusionskriterier	Reviewet havde ikke prædefinerede outcome. De identificerede studier indeholdt outcome omkring:	Forfatterne konkluderede at der ikke var identificeret nok evidens til at komme med en endegyldig konklusion

on for individuals with acquired brain injury: A systematic review. USA	om brugen af peer support i rehabiliteringen af personer med erhvervet hjerneskade (ABI).	PubMed, Embase, Cinahl, Cochrane og Psycinfo.	riterierne. I alt indgik 126 deltagere med ABI, og 62 behandlere i de to studier.	Peer mentoring Tilfredshed Depression "SF-12" Og mere.	konklusion, men at peer support så ud til at være effektivt. Der blev desuden identificeret negative konsekvenser af peer support i begge studier, hhv. øget forekomst af depression og manglende støtte, hvilket forfatterne knytter til øget opmærksomhed omkring konsekvenserne af ABI.
--	---	---	--	--	---

Sweet et al. (2016) blev foretaget i Canada og inkluderede personer med en rygmarvsskade. Deltagerne i studiet havde en gennemsnitsalder på 49,6 år, hvoraf 67,2% var mænd og 32,8% var kvinder. Derudover havde studiepopulation en gennemsnitstid siden ulykke på 18,5 år (Sweet et al., 2016).

Studiet fremhævede flere mekanismer der kunne være medvirkende til de beskudte positive resultater, de teoretiserede at peerstøtte hjalp folk med at tilpasse sig livet efter en rygmarvsskade og hjalp vedkommende frem i livet på måder, der gavtede tilfredsheden og øgede meningsfulde aspekter af de enkeltes liv (Sweet et al., 2016). Sweet et al. (2016) pointerer ligeledes, at emner som direkte relaterede sig til rygmarvsproblemer blev diskuteret, men at man med fordel kunne inddrage andre aspekter, såsom familierelaterede problemer, i denne interaktion (Sweet et al., 2016). Derudover oplevede flere af deltagerne uopfyldte behov, og Sweet et al. Nævner, at det potentielt kunne skyldes, at de ikke følte, at de modtog tilstrækkelig med peerstøtte til at løse deres problemstillinger, og at de derfor kunne have haft brug for mere kontakt med deres peer mentor (Sweet et al., 2016).

Begge identificerede studier i Wobma et al. (2016) foregik i USA, havde en aldersspredning på 17-86 år, samt inkluderede deltagere med erhvervet hjerneskade. Begge de inkluderede studier i reviewet havde dog relativt få deltagere (hhv. 96 og 30) (Wobma et al., 2016), hvilket kan begrænse den statistiske styrke i studierne. Peerstøtte foregik i forskellige kontekster i de inkluderede studier. Det ene studie foregik umiddelbart efter udskrivning fra et rehabiliteringscenter, og det andet studie

foregik i lokalsamfundet, hvor deltagerne ikke længere deltog i et rehabiliteringsprogram (Wobma et al., 2016). Selvom implementeringen af peersupport foregår på to forskellige tidspunkter i de to studier, finder begge en positiv effekt. Derfor er det ifølge Wobma et al. (2016) usikkert, hvornår peersupport skal finde sted for at være mest effektiv (Wobma et al., 2016).

Der kan være forskellige kommunikationsmetoder til peerstøtte, der kan være anvendelige i det rehabiliterende arbejde, men Wobma et al. (2016) finder, at peerstøtte gennem telefonsamtaler havde bedst evidens og effekt. Derudover fandt studiet højere prævalens af depression i peerstøtte gruppen, hvilket ifølge Wobma et al. (2016) kan skyldes tidligere og øget opmærksomhed på komplikationerne forbundet med erhvervet hjerneskade gennem peerstøtte. Derfor foreslår forfatterne, at en længere follow-up periode er nødvendig for at se, om prævalensen udligner sig mellem de to grupper (Wobma et al., 2016). Dette tydeliggør, at peerstøtte kan have flere effekter i den sociale kontekst, og at man skal være opmærksom omkring brugen af peerstøtte elementer og de utilsigtede konsekvenser, der kan forekomme. Studiet nævner selv faktorer, som kan have en indflydelse og eventuelt forebygge ugunstige resultater, som tidlig rehabilitering og udvælgelse af korrekte peers (Wobma et al., 2016).

Tabel 6 - Kontekst-Mekanisme-Outcome: Peerstøtte

Peerstøtte	Kontekst	Mekanisme	Outcome
Sweet et al. (2016)	Canada Rygmarvsskade Mean alder: 49,6 år (mænd 67.2% og kvinder 32.8%) Mean tid siden skade: 18,5 år.	Tilpasning Meningsfuldhed Inddrage ikke sygdomsrelaterede aspekter i samtalerne Uopfyldte behov	Deltagelse Livskvalitet
Wobma et al. (2016)	USA Erhvervet hjerneskade Aldersgruppe: 17-86 år Tilknyttet rehabiliteringscenter vs. lokalsamfund Kommunikationsmetoder (telefon/besøg/ gruppesamtaler/internet)	Øget opmærksomhed på komplikationerne	Peer mentoring Tilfredshed Depression "SF-12"

6.2.1. Koordinering

Der blev indenfor koordinering i rehabiliteringen af ulykkesramte identificeret to studier, heriblandt et randomiseret kontrolleret studie (Wiechman et al., 2015) og et quasi-eksperimentelt studie (Semlyen et al., 1998). Som gennemgået i problemanalysens afsnit 2.2.2.3, fandt studiet af Semlyen et al. (1998) at interventionsgruppen oplevede større forbedringer i funktionsniveau sammenlignet med kontrolgruppen og at forbedringerne for interventionsgruppen fortsatte efter behandlingens ophør, hvilket de ikke gjorde for kontrolgruppen (Semlyen et al., 1998). Studiet af Wiechman et al. (2015) fandt derimod ingen signifikante forskelle i de målte outcome mellem interventions- og kontrolgruppen efter 6 og 12 måneders follow-up (Wiechman et al., 2015).

Tabel 7 - Resultatmatrix over studier identificeret via systematisk litteratursøgning - Koordinering

Forfatter, år, titel, land	Formål	Design og data-indsamlings-metode	Studiepopulation	Eksposering og outcome	Resultater
Wiechman et al. (2015): An expanded delivery model for outpatient burn rehabilitation USA	At undersøge om en expanded care coordinator (ECC) forbedrer en række helbredsmaal efter hhv. 6 og 12 måneder.	RCT (angiver single blind men ikke hvordan blændingen blev håndteret). Data indhentet ved hjælp af telefon administrerede surveys	I alt 81 deltagere (40 i ECC gruppen, 41 i kontrolgruppen) med brandskade. Mean alder: 43,23/43,68 år Begge køn (hhv. 63 og 71% mænd)	Kontrolgruppen modtog vanlig multidisciplinær behandling. ECC gruppen yderligere 6-8 skemalagte opkald i løbet af de 12 måneders follow-up med fokus på motiverende interviews, rådgivning omkring lokale ressourcer og mere. Effekt blev målt på en række skala: Primære: "Goal attainment scale" "The Burn-specific health scale-brief" Sekundære: "SF-12" Patienttilfredshed "Return to work survey".	Der var ikke signifikant forskel mellem i grupperne indenfor de målte outcome. Da skala tilsammen måler meget bredt, konkluderer forfatterne at intervention ikke har været effektiv i denne kontekst.

Semlyen, Summers & Barnes (1998): Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. UK	At undersøge om en multidisciplinær behandling opnår bedre resultater end enkeltstregede indsatser.	Quasi-eksperimentelt Studiet tog udgangspunkt i et eksisterende behandlingssystem hvor patienterne, efter logistiske forhold, enten blev henvist til Hunters Moor (HM, intervention) eller et lokalt hospital (kontrol). Follow-up perioden var 2 år, hvor begge rehabiliteringsindsatser typisk blev endt efter det første år. Funktion målt gennem: "The Barthel Index" (TBI, Activities of daily living skala). "The functional independence measure" (FIM). "The Newcastle Independence Assessment Form-Research" (NIA). Behandlers distress målt med "General Health Questionnaire-28".	I alt 51 deltagere (33 i HM gruppen og 18 i kontrolgruppen) med hovedskade. Alder mellem 16 og 62 år. Begge køn men overvejende mænd (85%).	Kontrolgruppen modtog behandling fra deres lokale hospital. HM-gruppen modtog behandling fra HM, der inkluderede flere koordinations- og rådgivningselementer i tilslutning til den normale fysioterapi. Outcome: Funktionsniveau/ funktionel uafhængighed Sekundært: Behandlers distress	Kontrolgruppen havde højere funktionsniveau ved baseline og scorede højere i FIM i de første 12 ugers followup. Samme tendens blev observeret for de første 6 måneder i TBI og 12 måneder i NIA. Efter 12 måneder var der ikke signifikant forskel mellem grupperne, men forbedrede effekt i begge grupper. Ved 12-24 måneders follow-up perioden blev der observeret en yderligere forbedring i HM gruppen, men ikke i kontrolgruppen. Behandlers distress niveau var lavest i HM gruppen. Forfatterne konkluderer at interventionen er effektiv til at bibeholde effekt efter endt behandling, men at den ikke er bedre det første år.
--	--	--	--	---	--

Wiechman et al. (2015) undersøgte personer, der havde været ude for en brandskade. Gennemsnitsalderen var 43,23 år i interventionsgruppen og 43,68 år i kontrolgruppen, hvoraf hhv. 63% og 71% var mænd (Wiechman et al., 2015). Studiet omhandlede brugen af en "expanded care coordinator" (ECC), der varetog koordineringsopgaver gennem telefonsamtaler, som lå udover den oprindelige multidisciplinære koordineringsindsats, der allerede var etableret (kontrolgruppen). ECC medarbejderne var uddannede i motiverende interviews, kriseintervention og løsningsorienteret rådgivning, hvor den vanlige multidisciplinære behandling indeholdt fysioterapi, ergoterapi, psykologisk støtte og erhvervsrehabiliteringstjenester (Wiechman et al., 2015). Wiechman et al. fremhævede, at den multidisciplinære koordinering var svær at forbedre, da denne omfattede et bredt tværfagligt arbejde, og at dette kan have haft betydning for resultaterne. Ligeledes nævnte Wiechman et al. (2015), at der er stor forskel på alvorligheden af brandskader og behovet for hjælp bagefter. De vurderede at den særligt intensive ECC indsats potentielt kan have haft en større effekt hos brandskadede med særligt alvorlige men, men dette blev ikke undersøgt i studiet (Wiechman et al., 2015). Ydermere fremhævede studiet, at interventionen ikke inkluderede uddannet personale, der selv havde været ude for en brandskade, hvilket blev set som en begrænsning (Wiechman et al., 2015), hvilket henviser til brugen af peerstøtte potentielt kunne være gavnligt i et samarbejde med koordineringsarbejde.

Semlyen et al. (1998) inkluderede personer, der havde været ude for en hovedskade, og inkluderede 51 deltagere, hhv. 33 i HM gruppen og 18 i kontrolgruppen. Denne stikprøve bestod af personer i alderen 16-62 år og overvejende mænd (85%) (Semlyen et al., 1998). Da dette studie havde relativt få deltagere, kan dette begrænse den statistiske styrke i studiet. Derudover var der forskel i baseline karakteristika mellem interventionsgrupperne, som resultat af ikke-randomisering,.

Semlyen et al. (1998) fandt positive effekter af interventionen på deltagernes uafhængighed og funktionsniveau. Samtidigt indebar interventionen ikke flere omkostninger end kontrolinterventionen.

Ud over de primære effektmål undersøgte studiet behandlernes distress (Semlyen et al., 1998). Studiet fandt at behandlernes distress niveau var lavest i HM gruppen (Semlyen et al., 1998), hvilket kan tyde på, at en sådan intervention kunne være til gavn for både interventionsgruppen og deres behandlere.

Tabel 8 - Kontekst-Mekanisme-Outcome: Koordinering

Koordinering	Kontekst	Mekanisme	Outcome
Wiechman et al. (2015)	USA Brandskade Mean: 43,23 og 43,68 år (hvoraf 63% og 71% var mænd) Vanlig multidisciplinær koordinering vs. yderligere opkald	Behov for hjælp efter skade God vanlig multidisciplinær koordinering Undladt peerstøtte	”Goal attainment scale” “The Burn-specific health scale-brief” “SF-12” Patienttilfredshed “Return to work survey”.
Semlyen et al. (1998)	UK Hovedskade 16-62 år Overvejende mænd (85%) Koordinering på et rehabiliteringscenter vs. Hospital	Omfattende koordinering	Funktionsniveau Behandlers distress

6.3. Metode – Sundhedsøkonomi

I de følgende afsnit vil det blive udfoldet, hvad det betyder at lave en sundhedsøkonomisk evaluering og hvilken relevans denne har i prioriteringen af sundhedsydelser, dernæst vil den sundhedsøkonomiske evaluering og metode der er anvendt i dette speciale blive præsenteret.

Resultaterne af den sundhedsøkonomiske evaluering fremgår af afsnit 6.4, mens diskussionen af de antagelser og begrænsninger evalueringen indebærer, fremgår af afsnit 7.2.

Ifølge MRC’s guidelines, der blev præsenteret i afsnit 5.1, bør udvikling og evaluering af en kompleks intervention følges af en sundhedsøkonomisk evaluering i fase 3. Sundhedsøkonomisk evaluering er et værktøj til at støtte beslutningstagere i prioriteringen af knappe ressourcer, hvilket sikrer, at ressourcerne bliver brugt på de mest effektive interventioner (Bonfils & Draborg, 2011; Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, & Torrance, 2015).

Da en sundhedsøkonomisk evaluering er en komparativ analyse, vil den altid inkludere to eller flere alternativer. Det vil ofte være en ny intervention, der ønskes evalueret overfor de eksisterende alternativer (Drummond et al., 2015). Omkostningseffektivitet defineres, i denne sammenhæng, ud fra forholdet mellem de to konkurrerende alternativs inkrementelle effekter og omkostninger, den såkaldte inkrementelle omkostningseffektivitetsratio (ICER), samt en given betalingsvilje. Betalingsviljen er her den mængde penge, beslutningstageren er villig til at betale for en ekstra effektenhed (Drummond et al., 2015). Er inkrementelomkostningen per inkrementeleffekt af det

nye alternativ mindre end den givne betalingsvilje, er den nye intervention et omkostningseffektivt alternativ til den gamle. Ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv bør begrænsede ressourcer allokere til det mest omkostningseffektive alternativ, da dette sikrer optimal brug af ressourcerne (Drummond et al., 2015).

Vurderingen af omkostningseffektivitet øger relevansen af evalueringsresultaterne for en beslutningstager ved at bidrage med et konkret og objektivi besluningsgrundlag, hvilket kan føre til potentiel forandring og optagelse af interventionen (Craig et al., 2008a).

I de følgende afsnit vil den sundhedsøkonomiske evaluerings opbygning, teori og empiriske data blive præsenteret.

6.3.1. De to alternativer

Da den sundhedsøkonomiske evaluering ønsker at bedømme omkostningseffektiviteten af BTL sammenlignet med kommunal rehabilitering, vil BTL udgøre det nye alternativ, imens en etableret tværfaglig og kompleks kommunal rehabiliteringsindsats vil udgøre det eksisterende alternativ. Indholdet af BTL er blevet gennemgået i problemanalysen (afsnit 2.2)

Det kommunale alternativ består af hjerterehabileringscenteret i Nyborg kommune (herefter HRC) (Rasmussen, Borst, & Albæk, 2011). Denne kommunale intervention er et tilbud til hjertesyg og indeholder elementer af undervisning i form af rygestoptilbud og kostvejledning. Derudover indeholder interventionen forløbskoordinering og et fysisk træningsprogram mhp. øget funktionsniveau og forebyggelse af funktionsforringelse (Rasmussen, 2011). Denne intervention vurderes derfor til dels at være sammenlignelig med BTL, da den indeholder flere af de samme elementer, og interventionen repræsenterer en kompleks rehabiliteringsindsats i kommunen.

I denne sundhedsøkonomiske evaluering sammenlignes driften af BTL i perioden 1. januar 2017 - 31. december 2017 (1 år), med driften af HRC i perioden 1. april 2008 – 31. oktober 2009 (83 uger). For begge alternativer gælder det, at omkostningerne fordeles på det antal deltagere, der gennemfører et forløb i perioden, således at interventionerne sammenlignes på baggrund af deres gennemsnitlige omkostning per forløb.

6.3.2. Cost-minimization analyse

Omkostningseffektiviteten af BTL vil blive vurderet ved hjælp af en cost-minimization analyse, hvor det alene er omkostningerne forbundet med de to interventioner, der sammenlignes. Cost-minimization analyse anvendes til at måle og sammenligne omkostninger på tværs af alternativer.

Den primære antagelse i cost-minimization analysen er, at effekterne i de konkurrerende alternativer er ens (Drummond et al., 2015; Guinness & Wiseman, 2011). Denne antagelse er underbygget af problemanalysen afsnit 2.2.2.4, hvor det er påvist at BTL og den kommunale rehabilitering har sammenlignelige effekter.

Når en cost-minimization analyse benyttes til prioritering, er beslutningsreglen, at alternativet med færrest omkostninger er det mest omkostningseffektive (Drummond et al., 2015). Cost-minimization analysens resultat er derfor inkrementelomkostningen mellem de to alternativer. Derved er cost-minimization ikke en fuld sundhedsøkonomisk evaluering, da effekterne ikke inddrages i analysen (Drummond et al., 2015).

For at den sundhedsøkonomiske evaluering kan være relevant for beslutningstageren, er det nødvendigt, at den har et perspektiv, der stemmer overens med beslutningen, der skal træffes (Drummond et al., 2015). Perspektivet afgør, indenfor sundhedsøkonomisk evaluering, hvilke omkostninger og effekter, der skal medtages i evalueringen (Drummond et al., 2015). Det betyder, at et meget bredt perspektiv, som fx samfundsperspektivet, medtager alle omkostninger og effekter uanset hvilken part, der afholder dem, mens et smallere perspektiv, som fx det kommunale perspektiv, kun medtager de omkostninger og effekter, der er relevante for perspektivet (Drummond et al., 2015). I dette speciale har den økonomiske evaluering til formål at informere om omkostningseffektiviteten af BTL set fra et kommunalt perspektiv. Derfor bliver perspektivet for den sundhedsøkonomiske evaluering også det relativt snævre kommunale perspektiv, da det må antages, at kommunen skal afholde størstedelen af finansieringen.

Valget af en tidshorisont er en vigtig metodologisk overvejelse i en sundhedsøkonomisk evaluering. Tidshorisonten bør være så lang, at den medtager alle relevante forskelle i omkostninger og effekter mellem de to alternativer (Drummond et al., 2015). I denne cost-minimization analyse akkumuleres alle omkostningerne ved tilknytning til interventionen. Derfor er tidshorisonten selve forløbsperioden. I BTL er forløbsperioden rammesat til 18 måneder, men kan variere betydeligt (Navne, 2017). I HRC er selve rehabiliteringsforløbet 12-14 uger (Rasmussen et al., 2011).

6.3.3. Omkostninger

Omkostninger er, indenfor sundhedsøkonomi, det reelle ressourceforbrug der finder sted i forbindelse med interventionen, dette inkluderer materialeforbrug, men også lokaleforbrug og arbejdstimer, målt i naturlige enheder ganget med den gældende enhedspris (Pedersen, 2013).

Omkostningerne for BTL er indhentet fra indsatsens egne data omkring alle indsatser og omkostninger i år 2017 (Bilag 2a). Hvor omkostningerne for HRC er hentet fra rapport ” Evaluering af ’ Gode rammer for hjerte-rehabilitering – et partnerskabsprojekt ’ ” (2011).

I denne sundhedsøkonomiske evaluering medtages direkte omkostninger, som er omkostninger og ressourcer der direkte kan henføres til interventionen (Drummond, Sculpher, Torrance, O’Brien, & Stoddart, 2005), samt overhead omkostninger i forbindelse med drift af interventionen. De indirekte omkostninger og de uhåndgribelige omkostninger medregnes ikke. De indirekte omkostninger er eksempelvis patientens og pårørendes tid, produktionstab grundet nedsat arbejdsevne og slid af udstyr og bygninger (Drummond et al., 2005; Guinness & Wiseman, 2011). De uhåndgribelige omkostninger indeholder de omkostninger, der påføres patienterne i en intervention. Eksempelvis smerte og lidelse eller værdien af forbedret helbred forbundet med en behandling, samt angst om, hvorvidt den pågældende behandling vil være effektiv. Disse omkostninger kaldes uhåndgribelige, da de er svære at kvantificere og værdisætte (Drummond et al., 2005; Guinness & Wiseman, 2011).

6.3.3.1. *Omkostninger for The Back to Life Project*

BTL har givet et overslag over indsatsens ressourceforbrug i 2017 til brug i indeværende sundhedsøkonomiske evaluering (Bilag 2a). BTL har opgjort timeforbrug, materialeforbrug og lokaleforbrug samt omkostninger forbundet med genoptræningslejligheder og oplevelsesrehabilitering i perioden (Tabel 9). Timeforbrug indeholder antal timer brugt på holdtræning og personlig træning, der indebærer projektledere og frivillige fysioterapeuter. Derudover indgår administration, støtte/koordinering og tid brugt på transport for personalet også i timeforbrug. Her er timeforbrug opgjort i hvor mange timer, der er brugt på opgaverne pr. uge i x antal uger på et år (Bilag 2a). Materialeforbrug indeholder transport, udstyr, mad og drikke, hvor lokaleforbrug indeholder lokaler til administration inklusive vand- lys- og varmekonsum, parkering og rengøring. Disse omkostninger er opgjort i kroner pr uge i x antal uger på et år, samt et samlet overslag over omkostninger til udstyr.

Derudover er omkostningerne og timeforbrug for BTL’s genoptræningslejligheder, som afholdes to gange om året, og oplevelsesrehabilitering opgjort i samlede overslag over indsatserne samt timeforbrug for frivillig arbejdskraft (Bilag 2a). De samlede omkostninger for BTL i 2017 vil i evalueringen blive fordelt på det samlede antal gennemførte rehabiliteringsforløb, som var 70 deltagere i 2017 (Bilag 2a), for derved at repræsentere de gennemsnitlige omkostninger forbundet med et forløb i BTL.

Da denne evaluering tager udgangspunkt i det kommunale perspektiv, værdisættes arbejdstimer brugt på træning efter den gennemsnitlige løn for dansk kommunalt ansat sundhedspersonale uden lederansvar (Danmarks Statistik, 2018). Imens arbejdstimer brugt på administration og koordination værdisættes efter den gennemsnitlige løn for sundhedspersonale med ledelsesansvar (Danmarks Statistik, 2018). I den sundhedsøkonomiske evaluering af BTL, er det nødvendigt at tage forbehold for at indsatsen i høj grad er præget af frivilligt arbejde. Frivilligt arbejde er, indenfor sundhedsøkonomi, en omkostning på lige fod med lønnet arbejde, da frivilligt arbejde repræsenterer et ressourceforbrug (arbejdstimer) (Drummond et al., 2015). Lønsatserne estimeres ud fra Danmarks Statistik (2018), hvilket er en højere lønsats end den løn, der fremgår i HRC interventionen (Rasmussen et al., 2011). Dette mhp. at være tro mod de reelle lønninger i Danmark samt for at øge sikkerheden for beslutningstagerne, da kommunerne har begrænsede ressourcer til rådighed (Bonfils & Draborg, 2011).

Nedenstående tabel 9 repræsenterer en skematisk oversigt over omkostninger i BTL. Se bilag 2c for udregninger af disse omkostninger.

Tabel 9 - Omkostninger i BTL for perioden 1. januar 2017 – 31. december 2017

The Back to Life Project	Enhedsantal	Enhedspris	Samlede omkostninger
Arbejdstimer			
Personlig Træning	450 timer	264 pr. time*	118.941 kr.
Holdtræning	900 timer	264 pr. time*	237.882 kr.
Koordinering	450 timer	357 pr. time*	160.656 kr.
Administration	1000 timer	357 pr. time*	357.013 kr.
Transport i arbejdstiden	270 timer	264 pr. time*	71.365 kr.
I alt			945.856 kr.
Lokaleforbrug			
Lokaler til administration	12 mdr.	4600 pr. mdr.	55.200 kr.
I alt			55.200 kr.
Andre udgifter			
Transport	45 uger	1500 pr. uge	67.500 kr.
Mad, snacks mm.	45 uger	500 pr. uge	22.500 kr.

Udstyr	1 år	15.000 pr. år	15.000 kr.
I alt			105.000 kr.
Oplevelsesrehabilitering			
Årlige omkostninger	1 år	40.000 kr.	40.000 kr.
Timers arbejde oplevelsesrehabilitering	900 timer	264 pr. time*	237.882 kr.
I alt			277.882 kr.
Genoptræningsleje			
Årlige leje	2 stk.	160.000 pr. stk	320.000 kr.
Timers arbejde på lejrene	440 timer	264 pr. time*	116.298 kr.
I alt			436.298 kr.
Overblik			
Løn i alt			1.300.036 kr.
Materialer/transport i alt			105.000 kr.
Lokaleforbrug i alt			55.200 kr.
Andet - i alt			360.000 kr.
Alle omkostninger i alt			1.820.236 kr.
I alt pr. deltagerforløb	70 deltagere		26.003 kr. pr. deltager

* Pris - og lønudvikling 2016-2017: 1,8% (ganget med 1,018 for at finde nutidsværdi)

6.3.3.2. Omkostninger for kommunal rehabilitering

Den kommunale HRC indsats inkluderer omkostninger i form af tidsforbrug, som inkluderer fysioterapeuter, kostvejledere, forløbskoordinatorer, administrativt personale og ansættelse af personale. Derudover er transportudgifter og andre omkostninger opgjort såsom møbler, materialer, møder og kurser. I forbindelse med interventionen er visse arbejdsopgaver udliciteret til hjerteforeningen. Omkostninger forbundet med dette indgår under ekstern samarbejdspartner. Der gives ydermere et samlet skøn over omkostningerne til lokaleforbrug (Bilag 2b)(Rasmussen et al., 2011).

Nedenstående tabel 10 repræsenterer en skematisk oversigt over omkostninger i HRC. Se bilag 2c for udregninger af disse omkostninger.

Tabel 10 - Omkostninger i HRC i perioden 1. april 2008 – 31. oktober 2009

Hjerte-rehabilitering	Den daglige drift		Etablering/forberedelse		
	Time/uge	Omkostninger	Timer i alt	Omkostninger	Samlede omkostninger
Tidsforbrug	35 t/uge	441.303 kr.	346 timer	71.448 kr.	512.751 kr.
Ekstern samarbejdspartner		58.496 kr.			58.496 kr.
Transportudgifter		20.215 kr.		1.282 kr.	21.496 kr.
Andet (bl.a. møbler, materialer, it, kursus, temadage, møder)		21.073 kr.	20 timer	25.962 kr.	47.035 kr.
Lokaler					37.500 kr.
Alle omkostninger i alt					677.043 kr.
Overblik – Samlede omkostninger					
	Omkostninger i 2008		2017 Værdi		
Løn i alt	512.751 kr.		609.579 kr.*		
Transport i alt	21.496 kr.		25.555 kr.*		
Lokaleforbrug i alt	37.500 kr.		44.581 kr.*		
Andet - i alt	105.296 kr.		125.180 kr.*		
Alle omkostninger i alt	677.043 kr.		804.896 kr.		
I alt pr. deltagerforløb (40 deltagere)			20.122 kr. pr. deltager		

*Pris - og lønudvikling 2008-2017: 19% (ganget med 1,19 for at finde nutidsværdi)

6.3.3.3. Nutidsværdi af omkostningerne

De nyeste tilgængelige timesatser i Danmarks Statistik (2018) var fra 2016, og disse vil derfor blive justeret til 2017 priser efter den kommunale løn- og prisudvikling igennem en justeringsfaktor ("Kommunal løn- og prisudvikling," 2018). Ligeledes er omkostningerne i evalueringsrapporten i HRC opgjort i 2008 priser (Rasmussen et al., 2011) og vil blive omregnet til 2017 priser for at

modsvare omkostningerne beregnet for BTL. Til dette formål vil den gennemsnitlige pris- og lønudvikling for kommunerne i perioden 2008-2017 blive brugt ("Kommunal løn- og prisudvikling," 2018). Fremskrivningen er foretaget ved at gange datidsværdien af omkostningerne med den årlige prisudvikling per år fra 2008-2017. Således er begge interventioners omkostninger værdisatte i 2017 kroner, hvilket muliggør sammenligning mellem interventionerne.

6.3.1. Tærskelværdianalyse

For at undersøge hvor stor en inkrementeffekt BTL skal producere, før tilgangen er omkostningseffektiv i forhold til den kommunale indsats, udføres der en tærskelværdianalyse i tilslutning til cost-minimization analysen. En tærskelværdi analyse indbefatter, at der ud fra en betalingsvilje, beregnes den inkrementeffekt, den nye intervention skal producere, for at den betegnes som omkostningseffektiv. Effektmålet QALY (kvalitetsjusterede leveår) benyttes til en tærskelværdianalyse i denne sundhedsøkonomiske evaluering.

En QALY svarer til et år levet med perfekt helbred, og er derfor en måde at værdisætte både kvalitet og kvantitet af leveår, hvilket vil sige at sundhedsrelateret livskvalitet og forventet livealder værdisættes (Drummond et al., 2015; Pedersen, 2013). QALY udregnes ved, at tiden brugt i et helbredsstadie (levetid, typisk målt i år) ganges med den helbredsrelaterede livskvalitet for dette stadie. Helbredsrelateret livskvalitet måles på en skala hvor 1 svarer til perfekt helbred og 0 svarer til død, imens negative værdier svarer til helbredsstadier, der er værre end død. Imellem de to yderpunkter kan den helbredsrelaterede livskvalitet fastsættes ud fra etablerede præferencevægte (Whitehead & Ali, 2010). For at sammenligne to alternativer beregnes den mængde QALY, der ville produceres ved det ene alternativ, og dette holdes op mod produktionen i det andet alternativ. Derved findes den inkrementelle forskel i effekt mellem de to interventioner (Drummond et al., 2015).

QALY benyttes i indeværende speciale, da det er et meget brugt effektmål i sundhedsøkonomisk videnskabelig litteratur, og da der for dette effektmål eksisterer en veletableret betalingsvilje (Drummond et al., 2015; Pedersen, 2013). Samtidigt benyttes QALY for at undgå interventionsspecifikke effektmål, hvilket støtter prioriteringen mellem sundhedsinterventioner rettet mod forskellige helbredstilstande (Drummond et al., 2015).

Da der ikke findes en officiel betalingsvilje i Danmark, vil dette speciale benytte den mest brugte betalingsvilje, udarbejdet af NICE i England, der er på 20.000-30.000 pund/QALY (omregnet til 250.000 kroner/QALY) (Pedersen, 2013).

6.3.1. Følsomhedsanalyse

Cost-minimization og tærskelværdianalysen af BTL vil blive understøttet af en følsomhedsanalyse. Følsomhedsanalyser gør det muligt at vurdere robustheden af resultaterne ved at variere antagelserne i analysen, hvilket er nødvendigt, da økonomiske analyser ofte er underlagt usikkerhed (Guinness & Wiseman, 2011). Der er en række usikkerheder i forbindelse med omkostningerne for BTL. Primært syntes den fundne lønsats fra Danmarks Statistik (264,31 kroner / time) (Danmarks Statistik, 2018) høj sammenlignet med den, der benyttes i evalueringen af Nyborg Kommunes indsats (udregnet til 187,51 kroner/time)(bilag 2c). Forskelle i personalets professioner kan være med til forklare dele af forskellen, men da begge interventioner benytter sundhedsfagligt personale virker den store forskel usandsynlig. Derfor vil både cost-minimization analysen og tærskelværdianalysen genberegnes med samme lønsats som Nyborg Kommune. Denne følsomhedsanalyse kaldes en one-way analyse, da én parameter justeres for at undersøge dens virkning på resultaterne (Drummond et al., 2015). Denne følsomhedsanalyse kan bidrage med viden om, hvor følsomme resultaterne er overfor ændringer i lønsatsen.

6.3.1. Den inkrementelle omkostningseffektivitetsbrøk

Tærskelværdianalysen laves på baggrund af den føromtalte betalingsvilje for en QALY og den inkrementelle omkostningseffektivitetsbrøk (ICER).

ICER er et sundhedsøkonomisk værktøj, der sammenligner forskelle i omkostningerne og helbredseffekterne af to alternativer (Guinness & Wiseman, 2011). Ved at fastsætte en betalingsvilje for den givne helbredseffekt, kan ICER benyttes til at bedømme interventionernes indbyrdes omkostningseffektivitet. Den inkrementelle omkostningseffektivitetsbrøk skal være mindre end betalingsviljen for at den nye intervention er omkostningseffektiv (Drummond et al., 2005).

$$\frac{Omkostninger_{ny} - Omkostninger_{gammel}}{Effekt_{ny} - Effekt_{gammel}} = \frac{\Delta Omkostning}{\Delta Effekt} = ICER$$

$$ICER \leq \text{Betalingsvilje} \rightarrow \text{Det nye alternativ er omkostningseffektivt}$$

Tærskelværdianalysen foretages derfor ved, at ICER sættes til mindre end den gældende betalingsvilje, hvorefter den påkrævede inkrementeleffekt $\Delta Effekt$ kan isoleres, da inkrementelomkostningen $\Delta Omkostning$ er beregnet i cost-minimization analysen.

$$ICER \leq \frac{250.000 \text{ Kroner}}{1 \text{ QALY}}$$

$$\frac{\Delta \text{Omkostning}}{\Delta \text{Effekt}} \leq \frac{250.000 \text{ Kroner}}{1 \text{ QALY}}$$

$$\Delta \text{Effekt} \geq \frac{\Delta \text{Omkostning}}{250.000 \text{ Kroner}} * 1 \text{ QALY}$$

Dette betyder at tærskelværdisanalysen foretages ved, at forskellen i omkostninger mellem de to alternativer deles med den fastsatte betalingsvilje. Dette vil resultere i, hvor meget inkrementeleffekt, målt i QALY, BTL skal generere for at være et omkostningseffektivt alternativ i forhold til det kommunale rehabiliteringstiltag, eller hvor negativ inkrementeleffekten af BTL skal være, for at BTL fortsat er det omkostningseffektive tiltag.

6.3.2. ICER-plan

For at visualisere resultaterne af en sundhedsøkonomisk evaluering vil der ofte benyttes et plot med inkrementelomkostningerne langs y-aksen og inkrementeleffekterne langs x-aksen, dette kaldes et ICER-plan (Drummond et al., 2015). Derved kan resultatet af analysen omsættes til et punkt og plottes, hvilket muliggør en visualisering af den sundhedsøkonomiske evalueringens resultat.

ICER-planet kan benyttes til at vurdere hvilken intervention, der er omkostningseffektiv, ud fra hvilken kvadrant af planet punktet befinder sig i. Følgende beslutningsregler er gældende:

I øverste højre kvadrant er det nye alternativ dyrere, men bedre end det gamle alternativ (Drummond et al., 2015).

I øverste venstre kvadrant dominerer den gamle intervention, dette betyder at det nye alternativ både er dyrere og dårligere. I denne kvadrant er den gamle intervention omkostningseffektiv (Drummond et al., 2015).

I nederste venstre kvadrant er det nye alternativ billigere og dårligere end det gamle alternativ (Drummond et al., 2015).

Og i nederste højre kvadrant dominerer det nye alternativ, hvilket fastsætter, at det er et omkostningseffektivt alternativ til den gamle intervention (Drummond et al., 2015).

I to af kvadranterne kan det ikke umiddelbart fastsættes om det nye alternativ er omkostningseffektivt, men ved at indlægge den fundne betalingsvilje som en lineær funktion, kan interventioner, der befinder sig på højre side af betalingsviljen betegnes som omkostningseffektive

(Drummond et al., 2015). Et ICER-plan af den sundhedsøkonomiske evaluering fremgår i figur 4 i resultatafsnittet 6.4.3. Afstanden på x-aksen mellem de indlagte punkter og betalingsviljen repræsenterer den inkrementel effekt, der skal vindes eller må tabes, for at den nye intervention fortsat vil betegnes som omkostningseffektiv.

6.4. Resultater - Sundhedsøkonomi

I dette afsnit præsenteres resultaterne af den sundhedsøkonomiske evaluering. Først præsenteres de samlede omkostninger af interventionerne. Dernæst præsenteres inkrementelomkostningerne mellem et forløb i BTL og et forløb i Nyborg Kommunes hjerterehabiliteringscenter (HRC). Følgende fremgår resultatet af tærskelværdianalysen og slutteligt resultatet af følsomhedsanalysen. Cost-minimization analysen vil fremgå som en del af resultaterne heri, da det er forskellen (Inkrementelomkostning) mellem de to interventioner.

6.4.1. Omkostninger

I tabel 11 er omkostningerne forbundet med de to interventioner præsenteret, BTL og HRC (Rasmussen et al., 2011).

Tabel 11 - Omkostninger i The Back To Life Project og Nyborg Kommunes hjerterehabilitering

Indsats	The Back to Life Project	Nyborg Kommune
Omkostningskategori		
Løn	kr. 1.300.036,29	kr. 598.800,40
Materiale	kr. 105.000,00	kr. 25.103,44
Lokale	kr. 55.200,00	kr. 43.793,22
Andet	kr. 360.000,00	kr. 122.966,68
I alt	kr. 1.820.236,29	kr. 804.895,67

Alle omkostninger er angivet i 2017 priser

Tabellen viser at de samlede omkostninger for BTL er 1.820.236,29 kr. og de samlede omkostninger for HRC er 804.895,67 kr, hvor disse omkostninger i følgende afsnit vil deles med henholdsvis 70 og 40 deltagere, for at få de gennemsnitlige omkostninger per forløb.

6.4.2. Evaluering

I tabel 12 fremgår de inkrementelle omkostninger (Cost-minimization analyse) mellem de to alternativer.

Tabel 12 - Cost-minimization analyse

Indsats	The Back to Life Project (BTL)	Nyborg Kommune hjerterehabiliteringsenhed (HRC)
Samlede omkostninger	kr. 1.820.236,29	kr. 804.895,67
Gennemførte forløb	70	40
Omkostninger per forløb	kr. 26.003,38	kr. 20.122,39
Inkrementelomkostning	kr. 5.880,98 per deltagerforløb	

Det følger af tabel 12, at BTL koster 26.003,38 per forløb, mens HRC koster 20.122,39 per forløb. Trækkes disse fra omkostninger fra hinanden, er et forløb i BTL i gennemsnit 5.881 kr. dyrere end et forløb i HRC. Dette indikerer, at den helhedsorienterede tilgang der benyttes i BTL er forbundet med større omkostninger end den kommunale rehabilitering. Dette betyder, at BTL i en cost-minimization analyse ikke er et omkostningseffektivt alternativ til den kommunale rehabilitering.

I nedenstående tabel 13 (tærskelværdianalysen) fremgår det, hvor meget større effekt BTL tilgangen som minimum skal have, for at indsatsen er omkostningseffektiv ud fra den fundne betalingsvilje. I denne analyse anvendes resultatet fra ovenstående cost-minimization analyse. Hvilket vil sige at inkrementelomkostningen på 5.880,98 kr. per deltagerforløb (cost-minimization analyse) divideres med betalingsviljen på 250.000 kroner per QALY.

Tabel 13 - Tærskelværdianalyse

Inkrementelomkostning	kr. 5.880,98 per deltagerforløb
Betalingsvilje	250.000 kroner per QALY
Påkrævet inkrementaleffekt for omkostningseffektivitet	0,024 QALY per deltagerforløb

Tabel 13 viser, at BTL igennem en tærskelværdianalyse er et omkostningseffektivt alternativ til den kommunale rehabilitering, hvis BTL generer en helbredseffekt der er 0,024 QALY større end den kommunale rehabiliterings effekt per deltagerforløb.

6.4.3. Følsomhedsanalyse

Da der er usikkerhed forbundet med den benyttede lønsats, er der foretaget en følsomhedsanalyse, hvor lønsatsen fra den kommunale indsats benyttes til at udregne lønomkostningerne for begge interventioner. Resultaterne af denne analyse fremgår af tabel 14.

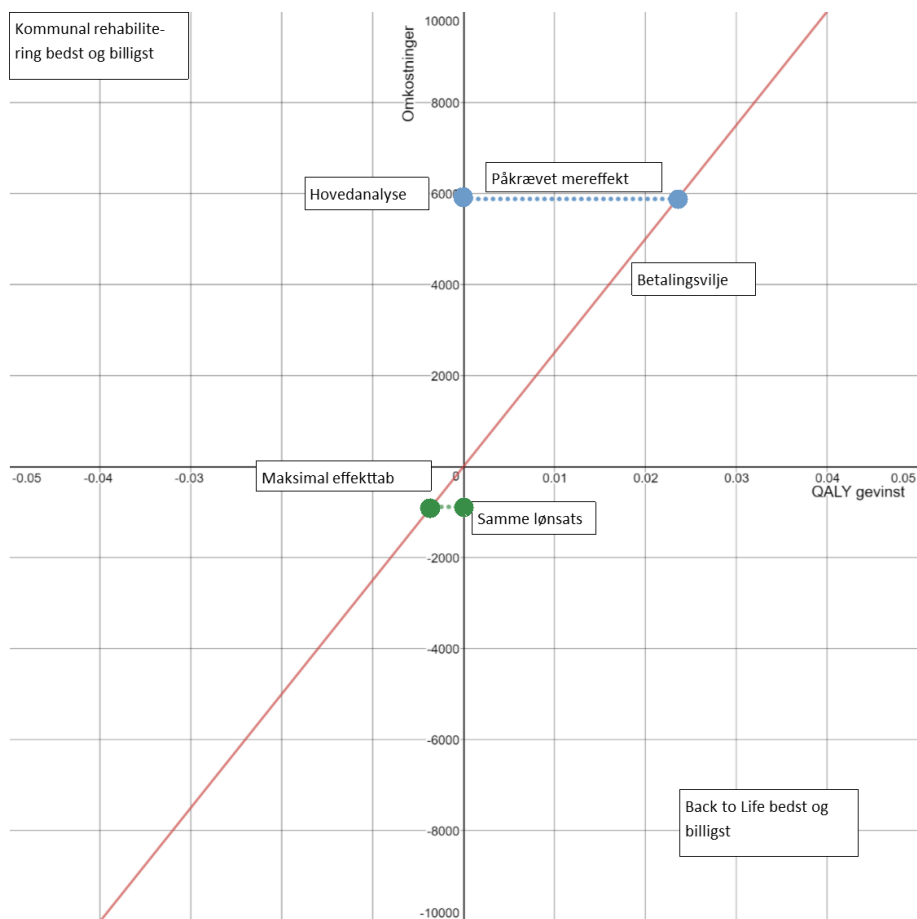
Tabel 14 - Resultater ved lønsats på 187,51 kroner / time - Følsomhedsanalyse

	The Back to Life Project	Nyborg Kommune
Omkostninger i alt	kr. 1.347.119,10	kr. 804.895,67
Omkostninger per forløb	kr. 19.244,56	kr. 20.122,39
Inkrementelomkostning	-kr. 877,83	
Betalingsvilje	250.000 kroner per QALY	
Maksimal inkrementaleffekt tab for omkostningseffektivitet	-0,004 QALY per deltagerforløb	

One-way følsomhedsanalysen af cost-minimization analysen indikerer, at BTL resulterer i en negativ inkrementelomkostning. Da inkrementelomkostningen på -887,83 kr. per deltagerforløb

(cost-minimization analyse) divideres med betalingsviljen på 250.000 kroner per QALY og resulterer i en inkrementeffekt på 0,004 QALY per deltagerforløb. Derved er BTL det omkostningseffektive alternativ ved antagelse om ens effekt. Cost-minimization analysen er derfor følsom overfor den anvendte lønsats. Estimatet af inkrementeffekten som er negativ, skal tolkes som, at BTL maksimalt må genere 0,004 QALY mindre end kommunen per gennemført forløb, hvis BTL fortsat skal være det omkostningseffektive alternativ.

I figur 4 er resultaterne af analyserne illustreret i et omkostningseffektplan (Pedersen, 2013), der illustrerer tærskelværdianalysen (blå) og følsomhedsanalysen (grøn).



Figur 4 - Plot over omkostningseffektivitet

7. Diskussion

7.1. Diskussion af litteratursøgningens resultater

7.1.1. Udvalgte studier i den systematiske litteratursøgning

Der blev i den systematiske litteratursøgning identificeret to studier indenfor vandtræning, to studier indenfor peerstøtte og to studier indenfor koordinering. Det er usikkert, hvorvidt den begrænsede mængde litteratur er et resultat af de metodiske vanskeligheder ved specialets søgestrategi i forhold til ulykkesramte og koordinering, eller om det afspejler en generel mangel på litteratur indenfor problemfeltet. Derudover tilkommer et eventuelt publikationsbias, idet studier med opsigtsvækkende eller positive resultater oftere publiceres i forhold til litteratur, der ingen eller negativ effekt viser (Juul, 2013). Evalueringer og andet materiale omhandlende danske rehabiliteringsforløb og effekterne heraf, publiceres ofte i grå litteratur, såsom rapporter, i dansk sammenhæng. Det er uvist, i hvor høj grad dette er gældende i andre lande, men hvis det er tilfældet, kan det være en del af forklaringen på, hvorfor der ikke blev identificeret mere videnskabelig evidens. I dette speciale er der ikke foretaget en systematisk søgning af udenlandsk grå litteratur. Dette er fravalgt, da fokus har været på videnskabelig evidens, samtidigt med at en række pragmatiske barrierer, såsom sprog og manglende kendskab til publikationssiderne, vanskeliggør en sådan søgning. Det kan ikke udelukkes, at der eksisterer interventioner, der minder om BTL i udlandet, og at eventuelle evalueringer af disse kunne bidrage med værdifuld viden om effekten heraf.

Da den systematiske litteratursøgning blev foretaget i forbindelse med en effektevaluering af interventionerne i en rehabiliterings setting, rummer søgningen kun kvantitativ litteratur. Hvilket betyder at kvalitativ litteratur og CMO evaluering ikke indgår i de udvalgte studier. På trods af dette blev der i problemanalysen fremanalyseret at den oplevede effekt i BTL rehabiliteringstilbud også kan påvirkes igennem andre mekanismer, hvorfor der i resultatbehandlingen blev fremanalyseret de bagvedliggende mekanismer, som kan have en betydning for den oplevede effekt i BTL. Derfor inddrages CMO evaluering i litteraturresultaterne, med opmærksomhed på, at denne evalueringsform ikke har været den primære hensigt med søgningen og studierne. På trods af de traditionelle positivistiske antagelser indenfor randomiserede studier, er det muligt at lave et kritisk realistisk randomiseret kontrolleret studie, hvor der ud over en estimering af interventionseffekten, også inddrages betydningen af de bagvedliggende mekanismer (Bonell, Fletcher, Morton, Lorenc, & Moore, 2012). Hvor et sådan design sigter mod at undersøge, hvad der fungerer for hvem og

under hvilke omstændigheder, igennem virkningerne af interventionens komponenter hver for sig og i kombination, samt virkningerne i en social gruppe og den gældende kontekst (Bonell et al., 2012). Der blev dog ikke identificerede sådanne studier i indeværende litteratursøgning, på trods af at sådanne studier kunne have bidraget med særlig relevant viden til CMO evalueringen. Derfor benyttes den fundne litteratur og supplerende materiale i denne diskussion, til at opstille en programteori for virkningen af BTL i afsnit 9.

Derudover blev der ikke identificeret studier af interventioner med samme komposition som BTL, og det er uvist om de findes. Dette har betydning, da den reelle effekt af den samlede tilgang af BTL kan være mere end summen af enkeltdelene, hvilket er en generel antagelse omkring komplekse interventioner (Payne, McAllister, & Davies, 2013). Derfor vil studier af enkeltelementerne også kun delvist kunne belyse, hvorvidt den samlede intervention har en effekt og på hvilke parametre.

7.1.2. Diskussion af evidens for delelementerne

7.1.2.1. Vandtræning

Der blev indenfor vandtræning identificeret to randomiserede kontrollerede studier, henholdsvis Zoheiry et al. (2017) og Subaşı et al. (2012). I et positivistisk perspektiv har randomiserede kontrollerede studier den fordel, at man forebygger confounding, da forskellene i outcome mellem grupperne ikke tilskrives andet end interventionens effekt, og dermed vurderes disse studier som høj grad af evidens og styrke (Juul, 2013). Indenfor den kritiske realisme er der større skepsis overfor de randomiserede studier. Særligt betvivles den eksterne validitet af studierne, da der sjældent indgår overvejelser om hvilke mekanismer og strukturer, der skaber den observerede effekt (A. Fletcher et al., 2016). Randomiserede studier har dog stadig en plads i den kritisk realistiske evidens. Det kræver dog kritisk refleksion over de observerede resultater, fx gennem CMO evaluering som nævnt tidligere (A. Fletcher et al., 2016).

Da studiepopulation i Zoheiry et al. (2017) fortrinsvis var yngre mænd, er resultaterne i studiet ikke nødvendigvis repræsentative for andre populationer med en anden alders og køns sammensætning, som fx deltagerne i BTL. Studiepopulationen i Subaşı et al. (2012) havde en gennemsnitsalder på 57 år, samt en højere andel kvinder (63,2%) end mænd (36,8%) inkluderet i undersøgelsen. Dette studie repræsenterer en markant anderledes studiepopulation end Zoheiry et al. (2017), og finder modsatrettede resultater, hvilket tyder på, at deltagernes karakteristika og den gældende kontekst

kan have en betydning for effekten af vandbaseret træning. Den kontekst disse studier opererer i, kan således have en betydning for gældende outcome, og hvem vandtræning virker for.

Derudover kunne opfølgende målinger i Zoheiry et al. (2017) med fordel have gavnet studiet, hvilket forfatterne selv fremhæver (Zoheiry et al., 2017), da det er usikkert om den observerede effekt vedligeholdes. En af de tilstræbte og betydningsfulde effekter af rehabilitering er netop vedligeholdelse af funktion på længere sigt (Bredland & Linge, 2007). Derfor vurderes det relevant at undersøge, om effektstørrelsen vedligeholdes efter endt intervention, da den observerede effekt opnås i en kontrolleret setting i studiet af Zoheiry et al. (2017), hvorefter deltagerne selv skal opretholde og vedligeholde denne funktionstilstand.

Begge af de ovenstående studier bestod af holdtræning (Subaşı et al., 2012; Zoheiry et al., 2017). Derfor kan den sociale kontekst have haft en betydning for eksempel for deltagernes motivation, tilfredshed og deltagelse. Dette fandt både evalueringen af BTL og brugerevalueringen fra Nyborg-Kommune 2017, da det sociale element og de nye bekendtskaber i vandtræningen fremhæves som vigtige motivationsfaktorer for deltagelse og tilfredshed (Navne, 2017; Sundheds-og Omsorgsafdelingen, 2017). Disse sociale relationer har en stor plads i rehabilitering, da rehabilitering sker i et møde med andre mennesker og handler derfor for mange om at agere i, samt etablere og udvikle relationer i et socialt fællesskab (Langvad, 2008). Denne iagttagelse er centralt at dokumentere nærmere i fremtidige evalueringer for at klarlægge de bagvedliggende mekanismer, der synes at have en effekt for Vand Virker! i BTL, hvilket ICF-modellen kan være et redskab til. Denne model inddrager deltagelse, som ofte udspiller sig i sociale fællesskaber og derfor er betydningsfulde for deltagerne i et rehabiliterende setting og inddrages derfor i modellen i forhold til borgernes involvering i dagliglivet (Jensen, 2008; Løvschal-Nielsen, 2008). ICF inddrager aspekter omkring deltagelse nemlig læring, kommunikation, bevægelse, sociale liv, samspil og kontakt (Jensen, 2008). Det kan ikke udelukkes, at peer elementer kan have været til stede i denne sociale kontekst i studierne Zoheiry et al. (2017) og Subaşı et al. (2012), da borgerne kan dele erfaringer, udfordringer og succesoplevelser igennem holdtræning, og dermed have haft en betydning for outcome. Hvorfor de sociale relationer og peer elementer kan være sammenhængende og betydningsfulde mekanismer ved holdtræning.

I forlængelse af ovenstående resultater fandt Barker et al. (2014) i nogle af studierne højere tilslutning ved vandtræning frem for de landbaserede træningsinterventioner (Barker et al., 2014), hvilket muligvis kan ses i forlængelse af en højere motivation for vandtræning. Derudover

fremhævede en brugerevaluering, at vandtræning gav øget psykisk velvære og var en medvirkende faktor til vedligeholdelse af træningen (Mindegaard et al., 2013). Da evidensen for vandbaseret træning er sammenligning med landbaseret træning, må eventuelle fordele ved Vand Virker! i BTL derfor findes i de bagvedliggende mekanismer, som kan have en betydning, såsom tilfredshed, motivation, sociale relationer og højere deltagelse.

Dog skal det ikke udelukkes, at personlig interesse og valgfrihed kan have en betydning for tilfredsheden i BTL rehabiliteringstilbud. Det er vigtigt i en behandlingssituation at give patienten valgmuligheder for at involvere deltageren i sammensætningen af behandlingen, hvilket øger motivationen for deltagerne og udbyttet af interventionen (Greenfield, 1985). Derfor kan den høje tilfredshed muligvis tilskrives det, at borgerne selv kan vælge, hvilken træningsform de foretrækker frem for andre træningsformer, og det kan være med til at forklare brugertilfredsheden og øget velvære for deltagerne i vandtræning.

7.1.2.2. Peerstøtte

Der blev indenfor peerstøtte identificeret to studier, heriblandt et systematisk review (Wobma et al., 2016) og et tværssnitsstudie (Sweet et al., 2016). Styrken ved et systematisk review, er at der sker en systematisk indsamling, vurdering og bearbejdelse af al den foreliggende evidens, der er relevant på området (Juul, 2013), hvor et tværssnitsstudie beskriver helbredsforholdene i den gældende studiepopulation (Juul, 2013). Derfor giver Sweet et al. (2016) et øjebliksbillede af virkeligheden. Men da data i studiet er baseret på selvrapporterede spørgeskemaer, kan det skabe problemer med kvaliteten (Juul, 2013). Denne problematik er potentielt også gældende indenfor andre af indeværende speciales udvalgte studier, da andre design også anvender selvrapporterede spørgeskemaer. Derudover er der i en tværsnitsundersøgelse tale om korrelation fremfor kausalitet, idet eksponering og udfald er indsamlet på samme tid, og det derfor er vanskeligt at sige noget om årsagssammenhængen (Juul, 2013). Men den store studiepopulation på 1549 deltagere medvirker til at styrke studiets resultater.

Sweet et al. Pointerede, at peerstøtte mentor indsatsen i Canada er unik, hvilket begrænser generaliserbarheden til andre kontekster (Sweet et al., 2016). Dette kan have en betydning for overførbareheden til den danske peerstøtte i det rehabiliterende arbejde, men da peerstøtte generelt opererer på samme principper, vurderes elementer i studiet at kunne sammenlignes med dansk kontekst.

Et kvalitativt studie af en lignende peerstøtteindsats fandt, at der var forskel på, hvordan deltagerne benyttede peer mentoren, og at der derfor også var forskel på de mekanismer, der havde en effekt, men at det primært drejede sig om praktisk hjælp, følelsesmæssig støtte og identitets forandring (Veith, Sherman, Pellino, & Yasui, 2006). Dette stemmer overens med Sweet et al.'s (2016) observation, om at sygdomsrelaterede emner blev diskuteret, men at man med fordel kunne inddrage andre aspekter, såsom familierelaterede problemer (Sweet et al., 2016). Dette understreger, at borgere også kan have et behov for at snakke om andre vanskelige og bekymrende situationer i deres liv, og at deres peer mentor med fordel kan anvendes som støtte i flere sammenhænge omkring vedkommendes liv. Denne tilgang er sammenlignelig med BTL's tilgang til rehabilitering i forhold til den rolle peerstøtte har heri, idet de støtter vedkommende i alle livets aspekter, både relateret til det personlige, familien, det praktiske i hjemmet og vedkommendes omkringliggende aktører (Navne, 2017).

Derudover oplevede flere af deltagerne i studiet af Sweet et al. (2016) uopfyldte behov i forhold til deres skade, hvilket var associeret med oplevelsen af utilstrækkelig peerstøtte og behov for yderligere kontakt med mentoren. Dette fremhæver betydningen af at afstemme deltagernes forventninger ift. omfanget af kontakt med deres peer mentor, således at fremtidige tiltag rummer den enkeltes behov for støtte og hvilken støtte, den enkelte har brug for.

Wobma et al. (2016) fandt en højere prævalens af depression i peerstøtte gruppen, og dette kan ifølge forfatterne skyldes øget opmærksomhed på komplikationerne forbundet med erhvervet hjerneskade. En sådan mulig skadevirkning kan eventuelt udløses igennem bekymringsskabelse, idet denne intervention kan resultere i, at nogle af deltagerne bliver nervøse eller usikre omkring deres sygdom eller tilstand, ved at de gøres opmærksom på risici (Holtug, Kongsholm, Lægaard, & Nielsen, 2009). Konsekvenserne heraf kan være uforholdsmæssig stor bekymring eller overvurdering af den faktiske risiko (Holtug et al., 2009), og dermed muligvis resultere i depressive forekomster. Sådanne utilsigtede konsekvenser er væsentlige at have for øje i fremtidig implementering, når komplikationer og risici indgår som en del af peerstøtte samtalerne, for at kunne være opmærksom på, hvilke peerstøtte mekanismer der eventuelt udløser utilsigtede konsekvenser, og hvordan disse i så fald forebygges.

Udover de fundne studier i den systematiske litteratursøgning, indikerer flere kvalitative studier en øget tilfredshed ved peerstøtte som en del af rehabilitering. Både deltagerne i BTL rehabiliteringstilbud og et kvalitativt systematisk review fandt positive oplevede effekter af

peerstøtte (Divanoglou & Georgiou, 2017; Navne, 2017). Bl.a. fandt studiet af Divanoglou og Georgiou (2017), at det var en fordel, at deltagerne kunne relatere sig til peer mentoren, hvilket skabte øget motivation. Derudover hjalp peer mentoren deltagerne i forhold til deres uopfyldte behov og urealiserede potentialer, samtidig med at de skabte et unik læringspotentialer (Divanoglou & Georgiou, 2017). Det er relevant også at inddrage personlige beretninger i forhold til peerstøtte, da denne dimension kan fremvise andre bagvedliggende mekanismer, der kan have betydning for den positive oplevede effekt i BTL rehabiliteringstilbud.

7.1.2.3. Koordinationer

Der blev i koordinering identificeret to studier, heriblandt et randomiseret kontrolleret studie (Wiechman et al., 2015) og et quasi-eksperimentelt studie (Semlyen et al., 1998). Et quasi-eksperimentelt studie opererer på samme principper som et randomiseret kontrolleret studie, dog uden randomisering (A. M. Møller et al., 2014). Hvilket vil sige at studiet ikke oplever fordelene ved det randomiserede kontrollerede studie, hvor man kan forsøge at omgå confoundere ved at fordele dem tilfældigt og derved ligeligt i de to grupper, således at forskelle i outcome ikke tilskrives andet end interventionens effekt (Juul, 2013). Der er derfor risiko for, at confoundere kan have en indflydelse på de fundne resultater, hvis der er forskel i baseline for de to grupper. Dette var tilfældet i Semlyen et al. (1998), da interventionsgruppen, blandt andet, havde betydeligt dårligere funktionsniveau ved baseline end kontrolgruppen. Der er derfor risiko for en overestimering af effektstørrelsen for interventionsgruppen, hvis de målte større forbedringer delvist kan forklares af et dårligere udgangspunkt.

I studiet af Wieckman et al. (2015) blev det pointeret, at den allerede tilstedeværende multidisciplinære koordinering i kontrolgruppen var svær at forbedre, hvilket kan være en medvirkende årsag til den manglende effekt i dette studie (Wiechman et al., 2015). Wieckman et al. Overvejer, om den særligt intensive koordinering vil være mere gavnlig for patienter med særligt svære brandskader (Wiechman et al., 2015). Det er derfor gavnligt at overveje, hvilke målgrupper der har brug for koordinering og i hvilket omfang, men da begge grupper modtager multidisciplinær koordinering i dette studie, kan det ikke udelukkes, at alle patientgrupper har nogen gavn af koordinering.

Studiet af Semlyen et al. (1998) fandt positive effekter både for deltagerne og på behandlernes distress (Semlyen et al., 1998), hvilket kan tyde på, at en sådan intervention kunne være til gavn for både interventionsgruppen og deres behandlere, idet denne intervention ser ud til at medføre mindre

bekymringsskabelse hos behandlere. Det kan betragtes som en utilsigtet konsekvens, at behandlere også kan påvirkes gennem en borgers ulykke, hvorfor denne omfattende koordineringstilgang kan vurderes som en styrke, da den rummede gavnlige effekter for både patienter og behandlere. En sådan bekymringsskabelse (Holtug et al., 2009), der udløses igennem en patients lidelse og ubehag, er noget, der i mindre grad nok tages højde for i det sundhedsfremmende arbejde. Derfor er det relevant at have sådanne utilsigtede konsekvenser for øje, når fremtidige interventioner implementeres, og i hvilket omfang det koordinerende arbejde kan forebygge dette.

I studiet af Semlyen et al. (1998) modtog interventionsgruppen en koordineret, tværfaglig rehabiliteringsydelse på centret Hunters Moor, som bestod af et tværfagligt team med speciale indenfor hovedskader og tilbød daglig terapi, pleje, fysioterapi, tale- og sprogterapi, psykolog, ergoterapi, medicin, rådgivning og rådgivning omkring socialt arbejde. Hvorimod kontrolgruppen modtog behandling fra deres lokale hospital gennem fysioterapi (Semlyen et al., 1998). Sammenlignes denne tilgang med tilgangen som Wiechman et al. (2015) anvendte i deres undersøgelse, er der en tendens til at det omfattende koordineringsarbejde synes mere effektivt end koordineringstilgangen over telefon. Dette kan potentielt være et resultat af den personlige interaktion ansigt til ansigt, samt muligheden for daglig kontakt til flere forskellige fagpersoner. Hvilket Wiechman et al. (2015) også bekræfter i deres diskussion af resultaterne, idet den multidisciplinære behandling kontrolgruppen modtog også indeholdt et bredt rehabiliteringsarbejde. Dette styrker koordineringstilgangen i BTL, der ligeledes sigter mod at favne bredt i forhold til koordinering og tværfaglighed (Navne, 2017)

Både BTL rehabiliteringstilbud og et systematisk review omhandlende koordinering indenfor pleje i sundhedssektoren, forklarede de positive effekter i koordinering gennem øget tilfredshed blandt borgerne (Davies et al., 2008; Navne, 2017). Derudover fremhævede BTL flere mekanismer for øget tilfredshed, såsom at deltagerne aflastes og støttes i hverdagen (Navne, 2017). Der er derfor flere potentielle bagvedliggende mekanismer, der kan ligge til grund for den oplevede positive effekt i BTL.

7.2. Metodediskussion - Systematisk litteraturstudie

I dette afsnit vil indeværende speciales metodiske valg i henhold til den systematiske litteratursøgning blive diskuteret, herunder anvendt søgestrategi, udvalgte in- og eksklusionskriterier, samt kvalitetsvurdering af studierne.

7.2.1. Søgestrategi

En systematisk litteratursøgning er et afgørende led i at evaluere en kompleks intervention såsom BTL, for at sikre at interventionen bliver vurderet ud fra den bedste tilgængelige evidens (Craig et al., 2008a). Den systematiske litteratursøgning har til formål at være udtømmende og systematisk på en måde, der sikrer en transparent og veldokumenteret proces, således at denne proces kan genskabes af andre (A. M. Møller et al., 2014). Gennem metodeafsnittet (Afsnit 6.1) og søgebilaget (Bilag 1) er det forsøgt at sikre søgningens troværdighed, gennemsigthed og reproducerbarhed. Komplexiteten i søgningen fordrer dog en række usikkerheder om, hvorvidt denne søgestrategi har resulteret i et udtømmende søgeresultat, da dette speciales tilsigtede målgruppe har været vanskelig at definere i søgetermer. Der er primært anvendt fritestord og kontrollerede emneord for "Accident" og "injury" (Bilag 1d -1g), for at indfange ulykkesramte, og denne strategi har muligvis ikke indfanget skader af enkelte kropsdele som f.eks. arme og ben. Dette kan være problematisk, da rehabiliteringsforløb kan variere afhængigt af ulykken, således at hjerneskadede personer ikke nødvendigvis tilbydes samme forløb, som personer der har skader på enkelte kropsdele. En litteratursøgning, hvor mere specifikke sygdom- og skadestilstande inkluderes, kunne muligvis resultere i en søgning, der fandt flere relevante artikler indenfor de inkluderede termer. Denne søgning risikerer at indfange studier af interventioner, der er specifikt rettet mod helbredstilstandene, og derfor ikke er relevante i en bredere rehabiliteringskontekst. Ydermere kræver denne strategi et indgående kendskab til de relevante helbredstilstande, for at vigtige studier ikke udelades. Derfor blev en bred søgestrategi valgt mhp. at imødekomme den brede tilgang til rehabilitering BTL.

Derudover blev en ekstra blok tilføjet til søgningen omhandlende koordinering, grundet et højt niveau af støj i den oprindelige søgning. Her anvendtes "multidisciplinary" og "Interdisciplinary" (Bilag 1d – 1g) som søgetermer, der fungerede som synonymer for tværfaglighed. Relevant litteratur kan derfor være gået tabt, idet studier muligvis ikke indekserer eller anvender tværfaglighed i ligeså høj grad som den danske rehabilitering. Dog var dette et nødvendigt valg i indeværende speciale, da ordet koordinering har mange betydninger og anvendes i forskellige

sammenhænge i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, hvorfor tværfaglig blev valgt. Tværfaglighed indenfor koordinering prioriteres højt både i BTL og den offentlige rehabilitering (Mathiesen, Birgitte Ebbe Handberg & Thomsen, 2011; Navne, 2017), og tilføjelsen af denne blok var et forsøg på at vælge en mere præcis søgestrategi. Dette valg blev bekræftet i en skriftlig bibliotekarvejledning, for at sikre rette søgetermer og valgte blokke. En alternativ måde at øge præcisionen af søgning ville være at justere de anvendte termer i selve koordineringsblokken. Denne strategi vil dog også risikere at reducere søgningens recall. Den anvendte ekstra blok blev vurderet til at opnå den bedste balance mellem recall og præcision i søgningen gennem prøvesøgninger med de to strategier.

For at minimere metodiske svagheder og forsøge at skabe et udtømmende søgeresultat, er retningslinjerne for en systematisk litteratursøgning anvendt i dette speciale, herunder brug af bloksøgning, kontrollerede emneord og boolske operatorer (A. M. Møller et al., 2014). Der er flere fordele ved, at dette speciale har anvendt kontrollerede emneord, bl.a. at referencerne omhandler det samme emne og derfor skaber større mulighed for at finde relevant litteratur, samt mulighed for at identificere gode synonymer for et søgeord (A. M. Møller et al., 2014), hvilket indeværende speciale anvendte. Det kan ikke udelukkes, at der muligvis kan eksistere kontrollerede emneord, indeværende søgestrategi ikke inkluderede fra de enkelte databaser, som kan have betydning for søgningens recall. Eksempelvis indenfor koordinering, kan det ikke udelukkes, at der eksisterer kontrollerede emneord eller fritest ord, som ikke blev opdaget, idet det er en bred term med mange betydninger og implementeringer, der potentielt kan have specifikke termer i udenlandsk litteratur.

I den systematiske litteratursøgning blev databaserne Cinahl, Pubmed, Cochrane og Embase anvendt, da det blev vurderet at disse bidrog med både medicinske og sundhedsvidenskabelige perspektiver. Det kan dog ikke udelukkes at andre databaser, f.eks. PsycINFO, kunne have resulteret i yderligere relevant litteratur, men den blev fravalgt, da en initierende litteratursøgning i denne database ikke resulterede i relevante hits. Hvis relevante reviews eller studier er udeladt på baggrund af manglende databaser, kan det betyde at effekten af BTL fejlvurderes. I indeværende litteratursøgning er det forsøgt at inddrage de mest relevante og største databaser indenfor sundhedsvidenskabelig forskning, hvorfor udeladte databaser ikke forventes at påvirke søgningens resultat betydeligt.

7.2.2. In- og eksklusionskriterier

På baggrund af de opstillede in- og eksklusionskriterier er de identificerede studier udvalgt, og disse kriterier forsøger at besvare dette speciales søgespørgsmål. Disse kriterier har til formål at præcisere søgningen, holde fokus igennem udvælgelsesprocessen samt øge troværdigheden igennem en transparent søgeproces (A. M. Møller et al., 2014). Den brede aldersgruppe som inklusionskriterie var et ønske om at inkludere borgere i den arbejdsdygtige alder, som afspejler målgruppen i BTLs rehabiliteringstilbud. Dette er væsentligt, da indholdet af rehabiliteringstilbud, deres indhold og formål kan variere afhængigt af den aldersgruppe, der tilbydes ydelsen (Brandt, 2008; Dahl, 2008b). Børn og ældre kunne være ekskluderet ved hjælp af et filter i søgningen, men for at undgå frasortering af relevante studier, blev dette ikke valgt, da aldersgrupper kan overlappe i studierne og flere aldersgrupper derfor indekseres i de enkelte studier. En konsekvens af dette valg var øget støj i den endelige søgning og manuel frasortering af børn og ældre i søgeprocessen.

Derudover var der ingen begrænsning af studiernes udgivelsesår, da der var enighed i specialegruppen om, at ældre studier kunne indeholde brugbare elementer i forhold til en effektvurdering af rehabiliteringstiltag. Derudover var kvantitativ litteratur et inklusionskriterie, da den systematiske litteratursøgning var mhp. at afdække effektstørrelsen i problemanalysen i forhold til elementerne i BTL rehabiliteringstilbud, hvilket frasorterede kvalitativ litteratur og diverse former for virknings- og procesevaluering. Derfor er den inkluderede litteratur primært baseret på positivistiske antagelser, hvor evidens fra RCT'er og reviews af samme rangerer højest i evidenshierakiet (Juil, 2013).

Valget af søgestrategi er begrundet i det opstillede søgespørgsmål (Bilag 1a), men den senere CMO-baserede evaluering kunne have haft gavn af en bredere litteratursammensætning. En CMO-evaluering kan netop inkludere både kvantitative og kvalitative kilder. De kvalitative kilder ville her kunne bidrage med overvejelser omkring de bagvedliggende mekanismer og kontekster (A. Fletcher et al., 2016), der er tilstede i rehabiliteringsmetoderne. Dette ville have bidraget til et bedre fundament for den udarbejdede programteori, hvilket kunne have betydning for det opstillede udviklingsforslag, hvis særligt vigtige mekanismer blev identificeret i denne sammenhæng.

7.2.3. Kvalitetsvurdering af studierne

De udvalgte studier gennemgik en kvalitetsvurdering ved hjælp af checklister, hvor CONSORT, PRISMA og STROBE blev benyttet (Bilag 1j -1l), for at sikre kvalitet, metodologisk kvalitet og

troværdighed i studierne (A. M. Møller et al., 2014). Dette mhp. at sikre tilfredsstillende kvalitet af de udvalgte studier, således at resultaterne heraf er troværdige.

Overordnet er de udvalgte studier tilfredsstillende, men enkelte metodiske svagheder er identificeret i studierne. Studierne af Subaşı et al. (2012), Zoheiry et al. (2017) og Wiechman et al. (2015), som alle er randomiserede kontrollerede studier, angiver ikke hvordan stikprøvestørrelsen blev bestemt (Bilag 1j), hvilket har betydning for rekrutteringen og gennemsigtigheden og derigennem kvaliteten af studierne. Subaşı et al. (2012) og Wiechman et al. (2015) mangler ligeledes at angive flere detaljer omhandlende deres randomiseringproces, herunder hvilken metode der anvendes til randomisering, type af randomisering, hvordan det holdes skjult, hvem der genererede randomiseringen, og hvem der tildelte deltagerne til interventionerne (Bilag 1j). Dette er vigtigt at dokumentere, da det kan give anledning til bias, hvis denne proces ikke udføres korrekt. Derudover blev CONSORT også anvendt som tjekliste til Semlyen et al. (1998)(Bilag 1j), da dette er et quasi-eksperimentelt studie, der opererer på samme principper som et randomiseret kontrolleret studie, men uden randomisering (A. M. Møller et al., 2014). Da CONSORT er beregnet til randomiserede kontrollerede studier (A. M. Møller et al., 2014), er resultatet heraf at studiets metodologiske kvalitet vurderes ringere, når randomisering ikke indgår. Den manglende randomisering betyder at den observerede effekt, ikke nødvendigvis kun kan tilskrives interventionen, men derimod også potentielle confoundere, der er skævt fordelt i de to populationer. Her skal det blandt andet nævnes at forsøgspopulationen havde dårligere helbredsstatus ved behandlingens start (Semlyen et al., 1998), hvilket kan have betydning for den observerede mereffekt af interventionen.

Studiet af Wobma et al. (2016) er et systematisk review og blev kvalitetsvurderet ved hjælp af PRISMA checkliste (Bilag 1k). Studiet angiver ikke de konkrete resultater af de enkelte studier i undersøgelsen, herunder resultater for hver interventionsgruppe samt effektestimater og konfidensintervaller. Hvilket svækker gennemsigtigheden og fuld klarhed over effektstørrelsen, samt begrænser nærværende speciales analytiske arbejde.

7.1. Resultatdiskussion af sundhedsøkonomisk evaluering

Den sundhedsøkonomiske evaluering i dette speciale havde til formål at svare på problemformuleringsspørgsmålet:

“Hvilke omkostninger er forbundet med BTL, og er tilgangen et omkostningseffektivt alternativ til rehabilitering af ulykkesramte sammenlignet med kommunal rehabilitering?”.

Analysen fandt at et rehabiliteringsforløb i BTL var forbundet med højere omkostninger end den kommunale rehabilitering. I alt blev inkrementelomkostningerne per deltagerforløb estimeret til 5.881 kroner. Ved samme effekt vurderes det derfor, at BTL ikke er et omkostningseffektivt alternativ til HRC. Der er dog nødvendige antagelser i analysen, der skaber usikkerhed omkring denne konklusion. Igennem litteraturstudiet og problemanalysen i dette speciale, er det blevet påvist, at BTL potentielt har en helbredsgevinst, der er større end den kommunale rehabilitering. Derfor er der blevet foretaget en analyse af, hvilken effektstørrelse BTL skal have, for at interventionen kan betegnes som omkostningseffektiv ved en betalingsvilje på 250.000 kroner per QALY.

I dette speciale estimeres en minimum QALY gevinst på 0,024 QALY per forløb for at BTL kan vurderes til at være omkostningseffektiv. Dette svarer i størrelsesorden til QALY gevinsten ved at introducere et tværfagligt rehabiliteringsforløb fremfor vanlig behandling for KOL-patienter (0,03) (Griffiths, 2001). Det er derfor en høj, men ikke urealistisk helbredsgevinst, der kræves af BTL for at demonstrere omkostningseffektivitet. Dette understreger behovet for en egentlig cost-utility analyse af BTL tilgangen, der netop beregner den konkrete QALY gevinst ved interventionen, hvilket vil kræve en højere grad af dokumentation end den, der findes på nuværende tidspunkt.

I den primære analyse er BTL og HRC's lønsatser forskellige. Omregnes de totale omkostninger og anvendte timer for HRC, findes en timeløn på 187,51 kroner (2017 værdi). Dette svarer til lønniveauet angivet på fysioterapeuthjemmesiden fysio.dk (ca. 190 kroner/time) ("Satser for grundløn i kommunen og regioner," 2018) og er derfor muligvis tættere på den reelle løn for fysioterapeuter ansat i kommunen, end de 264 kroner/time (2017 værdi), der blev fundet via Danmarks Statistik. Derfor blev der foretaget en følsomhedsanalyse, hvor lønsatsen fra HRC blev anvendt til at værdisætte de lønnede timer i BTL. I denne analyse var BTL 878 kroner billigere end HRC per deltagerforløb. Dette viser, at den sundhedsøkonomiske analyse er følsom overfor lønsatsen for personalet, og derfor vil omkostningseffektiviteten af BTL også afhænge af, hvilke professioner der skulle varetage de forskellige opgaver i interventionen. Hvis den fremtidige implementering af BTL indebærer lønnet personale, vil lønsatsen formentlig ligge tæt på den kommunale lønsats. Derfor er der indikation for, at BTL i virkeligheden er det billigere alternativ.

Den sundhedsøkonomiske evaluering er lavet ud fra en meget positivistisk tilgang, hvor der er analyseret på de generelle tendenser i BTLs deltagerforløb med meget lille fokus på de bagvedliggende mekanismer og kontekster. Dette er en generel tendens i sundhedsøkonomisk

forskning, der er blevet kritiseret for at være en form for black box evaluering, hvor kun det endelige resultat har interesse (R. Anderson & Hardwick, 2016). Anderson og Hardwick (2016) står i kontrast til Payne et al. (2013), hvor sidstnævnte indikerer, at udfordringerne i sundhedsøkonomisk evaluering af komplekse interventioner kan løses med mere komplekse outcome mål og mere avancerede modelleringsmetoder, så påpeger Anderson og Hardwick, at problematikkerne vil bestå så længe, at den positivistiske tilgang beholdes.

Anderson og Hardwick foreslår, at den sundhedsøkonomiske evaluering kan forbedres ud fra realistiske evalueringsprincipper, hvor konteksten og mekanismerne for både de observerede effekter og omkostninger kommer i fokus (R. Anderson & Hardwick, 2016). Dette inkluderer at sundhedsøkonomiske overvejelser fremgår af den opstillede programteori for interventionen. Dette ved at der foretages eksplicite overvejelser om, hvilke årsagskæder der har betydning for omkostningseffektiviteten og hvorfor. Derved skabes der hypoteser om, hvilke dele af interventionen der kan være omkostningseffektiv, for hvem og i hvilken kontekst (R. Anderson & Hardwick, 2016). Denne tilgang vil blive benyttet i programteorien i afsnit 9 for at identificere potentielle elementer af BTL, der kan være omkostningseffektive, samt for at øge den samlede forståelse af interventionen.

7.2. Diskussion af sundhedsøkonomisk metode

I dette afsnit vil de metodiske valg forbundet med den sundhedsøkonomiske analyse i dette speciale blive diskuteret. Dette drejer sig blandt andet om valget af cost-minimization analyse og evaluering af komplekse interventioner i et sundhedsøkonomisk perspektiv. Derudover vil flere elementer omkring værdisætningen af omkostninger og effekter blive diskuteret.

7.2.1. Omkostninger og værdisætning

I dette speciale er det forsøgt at medtage alle relevante omkostninger for det kommunale perspektiv i den sundhedsøkonomiske evaluering. Denne tilgang betyder dog, at omkostninger relateret til produktionstab, som følge af fx sygefravær eller død, og sundhedsydelse, som fx operationer og indlæggelser, samt omkostninger afholdt af deltagerne, fx medicin og transport (Drummond et al., 2015), ikke er medtaget. I en fuld sundhedsøkonomisk evaluering bør et bredere perspektiv anlægges og disse omkostninger medtages, for at sikre at alternativet ikke blot er den mest omkostningseffektive intervention for kommunen, men for samfundet som helhed (S. Byford & Raftery, 1998; Drummond et al., 2015). Disse omkostninger kan blandt andet identificeres gennem

de danske registre, hvorfor en fremtidig cost-utility analyse med fordel kan inddrage registerinformation omkring brug af sundhedsydelser og sygefravær i evalueringen af indsatsen.

Omkostningerne for BTL er baseret på projektlederens estimer, samt den gennemsnitlige timeløn for kommunalt ansatte fundet på Danmark Statistik. Estimerne er forbundet med en vis usikkerhed. Dels er interventionen i høj grad tilpasset det enkelte individ, hvilket betyder at forbruget af de specifikke delelementer kan variere meget, og dels er der tale om skøn over det totale forbrug i 2017. Det kan derfor ikke udelukkes, at omkostningerne i BTL er over- eller underestimeret. Imidlertid er analysen baseret på bedst tilgængelige data, hvorfor en mere sikker fastsættelse af omkostningerne er afhængig af bedre dokumentation.

For at give et bud på hvordan BTL's omkostninger relaterer sig til kommunernes nuværende rehabiliteringsomkostninger, blev HRC benyttet som sammenligningsintervention (Rasmussen et al., 2011). Udover lønsatsen der blev testet i en følsomhedsanalyse, er der andre forskelle mellem BTL og HRC der kan være relevante for resultatet af den sundhedsøkonomiske evaluering.

HRC målgruppen adskiller sig fra BTL's deltagere ved primært at være et tilbud til hjertesygge. Derfor er de to interventioner ikke direkte konkurrerende alternativer, men HRC indsatsen vurderes som et relevant sammenligningsgrundlag, da den repræsenterer en kompleks indsats i kommunen med elementer af både peerstøtte/undervisning, forløbskoordinering og træning (Rasmussen et al., 2011). Derved minder HRC interventionen i grove træk om BTL, hvilket betyder at sammenligningsgrundlaget bliver et virkeligt eksempel på den reelle tværfaglige komplekse indsats, der kan udføres i kommunen. Det er en gennemgående problemstilling, i sundhedsøkonomisk evaluering af komplekse interventioner, at identificere de relevante alternativer, da interventionerne kan være svære at afgrænse i målgruppe og sigte (Sarah Byford & Sefton, 2003). Derfor er det heller ikke lykkedes at identificere en intervention, der er et direkte alternativ til BTL, men HRC repræsenterer et forholdsvis sammenlignelig alternativ.

HRC vurderes til, omkostningsmæssigt, at være i den billigere ende af kommunale rehabiliteringsforløb. Omkostningen per forløb i HRC er estimeret til ca. 20.000 kroner, hvilket kan sammenholdes med hjerneskaderehabilitering der har omkostninger på ca. 60.000 kroner per forløb i et kommunalt perspektiv (Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011). Ved at sammenligne med HRC interventionen, findes der derfor et konservativt estimat for omkostningseffektiviteten af BTL.

I denne cost-minimization analyse er HRC en proxy for den kommunale rehabiliteringsindsats, der skulle implementeres for at varetage deltagerne i BTL, hvis BTL ikke eksisterede. Imidlertid er der væsentlige forskelle i HRC og BTL's deltagerpopulation. Hvis det reelle alternativ til BTL's deltagere er en dyrere intervention end HRC, vil indeværende evaluering resultere i et forkert beslutningsgrundlag.

7.2.2. Cost-minimization og evaluering af komplekse interventioner

I den sundhedsøkonomiske analyse af BTL præsenteret i dette speciale, indgår der en række antagelser, der kan have betydning for analysens resultater. Det er derfor nødvendigt at overveje, hvad baggrunden for disse antagelser er, for at analysere hvorvidt analysens resultater har både intern og ekstern validitet.

Den mest betydningsfulde antagelse i analysen er antagelsen om ens effekt imellem de to interventioner. Uden denne antagelse vil det ikke være meningsfuldt at udføre en cost-minimization analyse og forskellige varianter af cost-effectiveness analyser burde overvejes i stedet, da disse kan håndtere forskelle i både omkostning og effekt samtidigt (Drummond et al., 2015). Antagelsen er baseret på den fundne evidens i litteraturstudiet, der er overbevisende i forhold til, at de anvendte elementer i BTL, som minimum er ligeså effektive som konventionelle rehabiliteringsforløb, henholdsvis vandtræning, koordinering og peerstøtte.

Denne antagelse udfordres af, at enkelte studier identificerede en større effekt hos delelementerne i BTL i forhold til konventionelle rehabiliteringsinterventioner, samtidigt indikerer evalueringen af BTL at der er flere synergetiske effekter og ekstra elementer på spil i et BTL rehabiliteringsforløb (Navne, 2017). Dette betyder at summen af delene muligvis resulterer i højere effekt, end delene hver for sig. Samtidigt indeholder BTL flere elementer, end der er undersøgt i dette speciale og derfor vides det ikke, hvilken effekt disse har, samt hvordan alle disse elementer tilsammen påvirker hinanden. Samlet kan dette indikere, at BTL potentielt har en større effekt end et rehabiliteringstilbud i kommunen. Hvis effekten af BTL er højere end kommunens rehabilitering, vil en cost-minimization analyse kunne resultere i et forkert beslutningsgrundlag, idet den ikke tager højde for mereffekten og kun beregner omkostninger. Effektmålet kan være problematisk i sundhedsøkonomisk evaluering af komplekse interventioner, hvor underestimering af både helbreds- og andre effekter forbundet med de komplekse interventioner er en risiko (Payne et al., 2013). Indenfor rehabilitering, der er et komplekst felt, hvor flere faktorer spiller ind, kan det være vanskeligt præcist at evaluere, hvad der fik intervention til at virke (Christensen et al., 2011).

7.2.3. Omkostningseffektivitet og QALY i komplekse interventioner

Ud fra en cost-minimization tilgang kan BTL på baggrund af nuværende evidens ikke anbefales til bredere implementering, men det er relevant at holde for øje, at der er tale om en relativt lille inkrementel omkostning per forløb. Hvis interventionen har en positiv helbredseffekt sammenlignet med den kommunale rehabilitering, er der derfor en sandsynlighed for omkostningseffektivitet. Da dette ikke vil resultere i dominans, afhænger dette af, om der er en betalingsvilje, og om den udregnede inkrementelle omkostningseffektivitetsbrøk (ICER) er mindre end betalingsviljen (Drummond et al., 2005).

QALY er anvendt som effektmål, da der for dette helbredsmål eksisterer en veletableret betalingsvilje (Drummond et al., 2015; Pedersen, 2013), samtidigt muliggør QALY sammenligning med sundhedsøkonomiske evalueringer indenfor andre felter (Drummond et al., 2015). Imidlertid er det ikke helt problemfrit at arbejde med QALY i evalueringen af komplekse interventioner. QALY vil typisk estimeres ved hjælp af helbredsskemaer såsom EQ-5D (Payne et al., 2013). I forbindelse med komplekse interventioner kan dette være utilstrækkeligt, da interventionerne typisk indeholder en række effekter, der ligger udover helbredet. Dette kunne for eksempel være brugertilfredshed, tryghed, selvsikkerhed og flere (Payne et al., 2013). Der er på nuværende tidspunkt ikke en officiel metode til at evaluere komplekse interventioner sundhedsøkonomisk, men Payne et al. opstiller en række alternativer, der kan overvejes, blandt andet et bredere utility mål eller tilbagevenden til et mere hårdt økonomisk cost-benefit framework, hvor alle effekter værdisættes monetært (Payne et al., 2013). Ved at benytte QALY som effektmål risikerer indeværende sundhedsøkonomiske evaluering at underestimere effekten af BTL. Imidlertid er QALY meget udbredt i den videnskabelige litteratur, hvilket sikrer, at dette speciales resultater kan relateres til den allerede eksisterende litteratur indenfor rehabiliteringsfeltet.

8. Diskussion af metodevalg og CMO-evaluering

Med udgangspunkt i MRC anbefalinger omkring evaluering af komplekse interventioner, blev der i dette speciale foretaget en effekt- og sundhedsøkonomisk evaluering af BTL. Igennem disse evalueringer blev det tydeliggjort, at kompleksiteten i interventionen var en barriere for konventionel positivistisk evaluering, hvorfor det er nødvendigt med en evalueringsform, der i højere grad kan håndtere BTL's særlige sammensætning og kontekst. Ud fra et kritisk realistisk perspektiv blev CMO evaluering identificeret som en mulig evalueringsform, der kan belyse særlige

aspekter af BTL tilgangen. Denne evalueringsform kræver dog en anden tilgang til dokumentation af indsatsen.

Inden for dette speciales rammer har det ikke været muligt at foretage en fuld CMO evaluering af BTL i tilslutning til den udførte effektevaluering. I en CMO-evaluering bør hypoteser ikke kun udledes af baggrundslitteraturen. En vigtig kilde til virkningerne af en kompleks intervention er de, der er direkte i kontakt med interventionen (Pawson & Tilley, 1997), hvilket i BTL er projektlederen, de frivillige og deltagerne. Havde indeværende speciale haft CMO-evaluering som det primære fokus fra start, kunne de potentielle effekter og mekanismer i BTL muligvis være dokumenteret anderledes igennem både praksisnære oplevelser og ændringer i den systematiske litteratursøgning, således at den identificerede litteratur ikke var begrænset til effektstudier.

På trods af denne begrænsning er det forsøgt at dokumentere, hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder i forhold til BTL's rehabiliteringstilbud. Dette er sket gennem en induktiv udledning af de vigtigste begreber og mekanismer fra den fundne litteratur. Denne tilgang minder om interventions komponentanalysen (ICA) foreslået af Sutcliffe et al. (2015). ICA er et foreslået værktøj til at belyse CMO sammenhænge ud fra eksisterende litteratur, med fokus på hvordan kontekster og mekanismer kan udledes fra RCT og effektstudier (Sutcliffe, Thomas, Stokes, Hinds, & Bangpan, 2015). En mere direkte brug af ICA i dette speciale, kunne have bidraget med en mere systematisk tilgang til CMO gennemgangen af studierne, hvilket kunne styrke den interne validitet af fundene. Dog beror ICA tilgangen blandt andet på tværgående analyser af de identificerede kontekster og mekanismer i studierne, hvor det opgøres, hvor ofte en given kontekst fører til et givent outcome (Sutcliffe et al., 2015). Denne tilgang vil ikke nødvendigvis være hensigtsmæssig i dette speciale grundet de relativt få identificerede studier og den store heterogenitet imellem dem. Derudover har sundhedsøkonomisk evaluering en plads i en CMO-evaluering, da denne er en metode, der bidrager til at give generelle repræsentationer igennem en forenkling af flere sociale sammenhænge i interventionen (Pawson & Tilley, 1997). Dette vil sige at beslutningerne beror på de samlede mekanismer og sammenhænge, frem for at undersøge de enkelte betydninger i en intervention, og derved kan komme til udtryk igennem en nytteværdi for beslutningstagerne (Pawson & Tilley, 1997).

På baggrund af nuværende effektevaluering er der ikke belæg for at implementere BTL's rehabiliteringstilbud i det kommunale regi, da denne indsats er forbundet med flere usikkerheder, hvorfor der er et behov for yderligere og anderledes evaluering i fremtiden. Derfor vil dette

speciales udviklingsforslag centrere sig om, hvilken dokumentering der er nødvendig i BTL rehabiliteringstilbud, for at en fremtidig evaluering kan dokumentere effekterne og omkostningerne heraf. Derfor vil der i det følgende afsnit, med udgangspunkt i CMO-evalueringstankemgangen, opstilles en skematisk oversigt over resultater og fund igennem opgaven og en efterfølgende programteori, der tager udgangspunkt i, hvilken dokumentering der er nødvendig for at tilgangens potentiale kan belyses.

9. The Back to Life Project i et samlet perspektiv

BTL indeholder mange interagerende komponenter, der tilsammen skaber den rehabiliterende indsats. Dette er blevet belyst gennem dette speciales problemanalyse, litteraturstudie og sundhedsøkonomiske evaluering. Disse komponenter er alle indenfor BTL's samlede rammer, hvilket betyder, at der er en række potentielle kontekster og mekanismer, der relaterer til både interventionen og deltagerne, der kan lede til det ønskede outcome. Derudover operer BTL som helhed også i en kontekst af omkringliggende strukturer. En kontekst hvor projektlederen i BTL ønsker finansiering og udbredelse, for at kunne tilbyde en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats til så mange som muligt. Gennem en modificeret realistisk evalueringstabel (Funnell & Rogers, 2011), er disse aspekter præsenteret i tabel 15. Tabellen er en opsamling på alle de potentielle kontekster, mekanismer og outcome, der er identificeret som relevante for BTL i indeværende speciale. Her er den traditionelle outcome kolonne opdelt i intermediære outcome, der repræsenterer de umiddelbare effekter, og endelige outcome der repræsenterer konsekvenserne på længere sigt. Tabellen skal tolkes ud fra den realistiske forståelse af CMO evaluering, hvor en given kontekst og mekanisme i samspil skaber et output (A. Fletcher et al., 2016). Betegnelsen potentielle er blevet brugt, da flere af de nævnte kontekster, mekanismer og outcome ikke er baseret på eksperimentelle test af hypoteser, men derimod er induktivt udledte begreber identificeret ud fra den undersøgte litteratur. Dette har været nødvendigt, da den store heterogenitet imellem de identificerede studier og materiale betyder, at det ikke har været muligt at sammenholde studierne kvantitative resultater. Tabel 15 illustrerer at der er et utal af potentielle årsagskæder, der kan være i spil i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Samtidigt har alle disse årsagskæder potentielt synergistiske eller antagoniske påvirkninger af hinanden, og det bliver derved tydeligt, at en komplet forståelse af interventionen ikke er mulig.

Tabel 15 - CMO-oversigt over The Back to Life Project

Input	Potentielle kontekst	Potentielle mekanismer	Potentielle intermediære outcome	Potentielle endelige outcome
Vandtræning	Holdtræning	Fysisk genoptræning	Øget funktionsniveau	Selvstændighed
Peerstøtte	Frivilligt tilbud	Relationer	Øget viden	Meningsfuldhed
Koordinering	Peers	Læring og rådgivning	Omkostninger	Livskvalitet
Oplevelsesrehabilitering og andre unikke tilbud	Ulykkesramte	Motivation	Kompenserende strategier	Omkostningseffektivitet
Ildsæl	Synergetiske effekter mellem interventionerne	Støtte i hverdagen	Opmærksomhed på negative konsekvenser	Suboptimal brug af ressourcer
Kompleks intervention	Valgfrihed	Ikke professionelt personale	Behandlerens Oplevelse	Udbredelse af BTL
	Køn og alder	Usikkerhed om effekt	Smerte	HRQOL
	Rammesætning	Usikkerhed om omkostninger	Velvære	
	Motiverede deltagere		Tilfredshed	
	Ikke offentligt		Tabt produktion	
	Lige relation		Usikkerhed for beslutningstager	
	Unikke forløb			

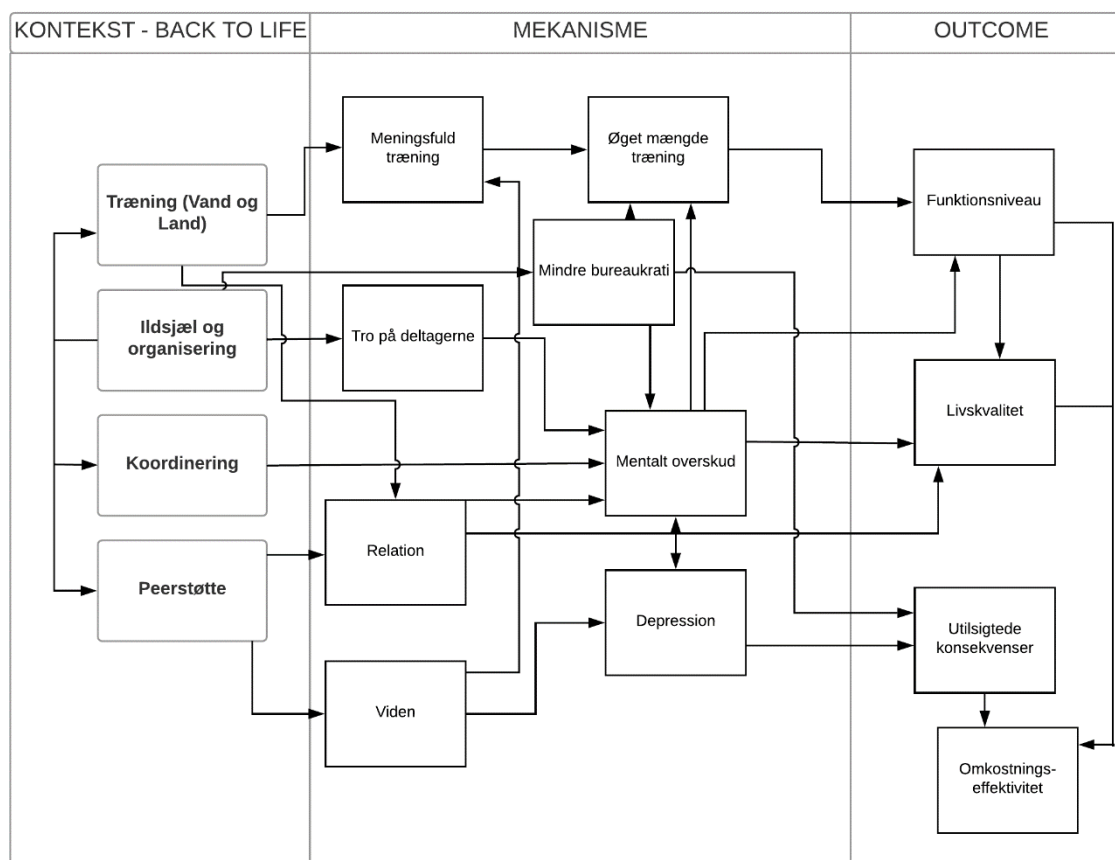
Dette understreger vigtigheden af, at en intervention som BTL løbende skal evalueres og udvikles, da dette skaber mulighed for at monitorere, om effekten af interventionen bibeholdes på trods af kontekster og mekanismer, der konstant er i forandring. Samtidig er en grundig og sikker evaluering en medvirkende faktor til, at BTL kan opnå den plads i rehabiliteringsfeltet, som folkene bag BTL ønsker. Der er et politisk krav om dokumentation af rehabiliteringsforløb, der bl.a. sikrer, at de mest effektive indsatser implementeres (Christensen et al., 2011; Tonnesen & Maribo, 2016). Derved øger en grundig evaluering muligheden for kommunal finansiering og eventuelt samarbejde med det offentlige for BTL, hvis evalueringen indikerer en positiv effekt af BTL.

I denne opgave er det blevet påvist, at der er betydningsfulde usikkerheder forbundet med både effekterne og omkostningerne i BTL, hvilket fordrer overvejelser om, hvordan disse usikkerheder kan mildnes gennem forandring af BTL. Dette med det ultimative mål at BTL kan opnå større udbredelse, såfremt denne tilgang til rehabilitering har fordele sammenlignet med den konventionelle rehabilitering.

Fokus i resten af denne opgave vil derfor være på udvikling og forandring af interventionen i overensstemmelse med MRC fase 1, da der er identificeret betydelige usikkerheder for at implementere BTL i det nuværende format ud fra den tilgængelige evidens. I denne udvikling vil der være fokus på at implementere øget dokumentering i indsatsen, da dette kan medvirke til at belyse interventionens fordele og ulemper. Da komplekse interventioner er præget af utallige mekanismer og sammenhænge, anbefales det ikke at alle disse CMO-konfigurationer testes, men at fokus lægges der, hvor kombinationer af omstændigheder giver størst mulighed for fremtidig forandring (Pawson & Tilley, 1997). Det er derfor nødvendigt at udvælge aspekter af BTL, der skal dokumenteres, da det ikke er muligt at undersøge alle de foreslåede årsagskæder.

I figur 5 er kerneelementerne i BTL opstillet. Denne indledende programteori er en oversigt over de vigtigste fund i indeværende speciale og visualiserer en forsimplet oversigt over komponenterne i BTL. Programteorien tager særligt udgangspunkt i de foreslåede mekanismer og kontekster i Navne (2017), suppleret med den fundne videnskabelige litteratur, der dækker over indeværende speciales problemanalyse, litteraturstudie og sundhedsøkonomiske evaluering. Fokus er på, hvilke elementer der bidrager til deltagernes funktionsniveau og livskvalitet/HRQOL og derved i sidste ende interventionens omkostningseffektivitet. I denne programteori indgår de tre delelementer, der blev identificeret i problemanalysen. Dog er vandtræning slået sammen med almindelig træning for overskuelighedens skyld. Derudover indgår BTL's særlige organisering og projektlederens rolle som ildsjæl, som en særlig kontekst, der har indflydelse på de andre komponenter i indsatsen.

Figur 5 - Programteori over The Back To Life Project



Programteorien illustrerer, at der er mange potentielle årsagskæder, der kan påvirke den endelige effekt af BTL. Derved følger, at der er en række potentielle steder, hvor dette speciales foreslåede øgning af dokumentation kan finde sted. I de følgende afsnit vil programteorien blive brugt i udviklingen af konkrete forslag til at øge dokumentationen i BTL. Dette gøres for at sikre, at de vigtigste elementer af BTL dokumenteres, i balance med at selve dokumentationen ikke bliver unødvendigt ressourcekrævende og indgribende overfor projektlederen og deltagerne.

9.1. Udviklingsforslag - Sundhedsøkonomisk evaluering

Det er relevant at påvise BTL's omkostningseffektivitet, da folkene bag BTL har et ønske om at opnå en mere stabil finansiering (Navne, 2017). På baggrund af den eksisterende evidens har det, i dette speciale, kun været muligt at påvise at BTL rehabiliteringstilbud sandsynligvis er dyrere end det kommunale alternativ. For at kunne udføre en sundhedsøkonomisk evaluering, der kan svare på, om de potentielle effekter af BTL står mål med de øgede omkostninger, er det nødvendigt også at have et veldokumenteret effektmål. Dette effektmål skal på den ene side kunne dokumentere de

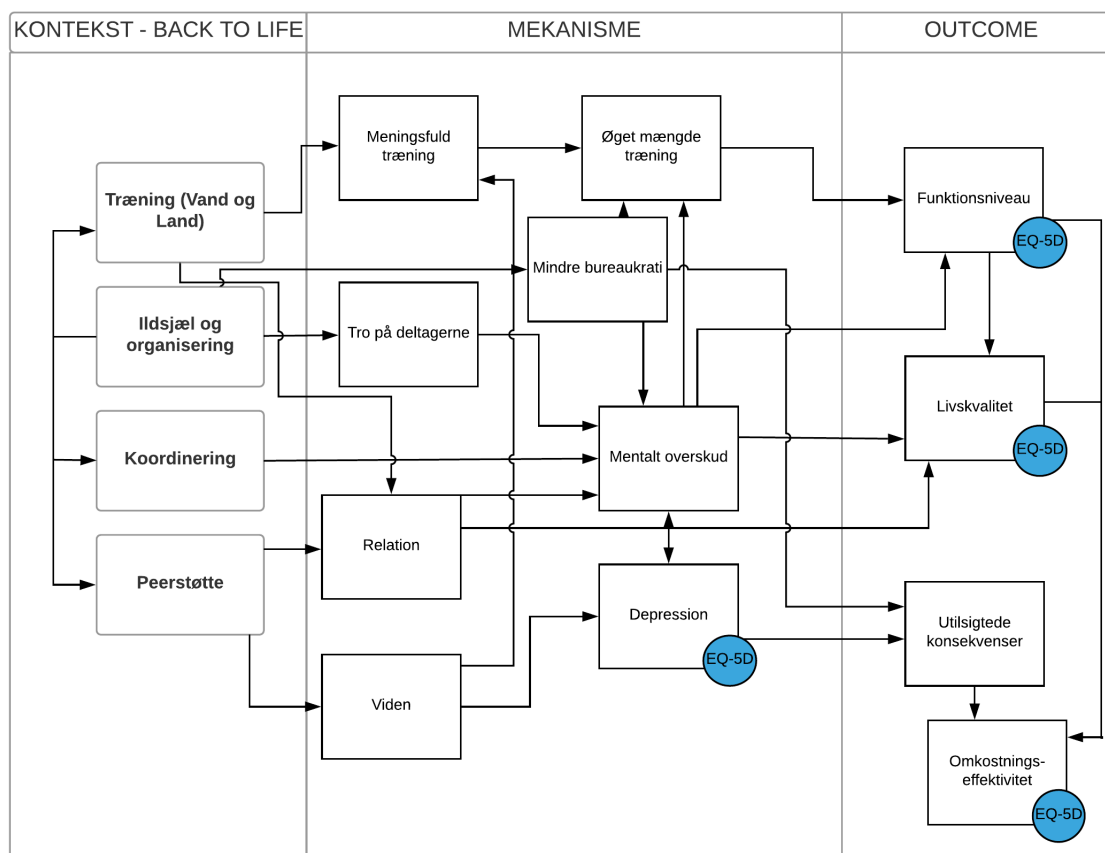
relevante positive og negative effekter for deltagerne, der fremgår af programteorien, og på den anden side skal effektmålet være relevant for sammenligning med eksisterende interventioner.

I indeværende udviklingsforslag foreslås QALY som det kvantitative outcome mål. QALY er det hyppigst brugte effektmål indenfor sundhedsøkonomisk evaluering (Drummond et al., 2015), da QALY effektmålet muliggør sammenligning imellem interventioner rettet mod forskellige helbredsrelaterede problemstillinger, således at de interventioner, der giver mest nytte, prioriteres (Juul, 2013). QALY-effektmålet er udfoldet yderligere i afsnit 6.3.1, hvor det påpeges at QALY repræsenterer den samlede helbredsrelaterede livskvalitet hos deltageren. QALY giver dermed øget mulighed for at sammenligne et bredere udvalg af sundhedsydelser, samtidigt med at effekter indenfor flere helbredsrelaterede domæner kan samles i et outcome mål (Fox-Rushby & Cairns, 2005). Dette er en fordel i evalueringen af komplekse interventioner rettet mod rehabilitering, da målgrupperne og de tilsigtede effekter heri er meget varierende (Dahl, 2008b).

Der findes en række validerede spørgeskemaer til estimering af QALY-relateret helbredsstadie, hvor der er udviklet præferencevægte til de målte helbredsstadier (Whitehead & Ali, 2010). EQ-5D-3L (Group, 1990; Reenen & Oppe, 2015) er det simpleste af de hyppigt anvendte spørgeskemaer til estimering af QALY. EQ-5D-3L besvares ved, at deltageren skal klassificere dennes nuværende helbreds niveau indenfor fem dimensioner: mobilitet, selv-pleje, vanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depression. Til hver af dimensionerne findes tre niveauer, derudover angives død og bevidstløshed som to separate helbredsstadier hvorved EQ-5D-3L kan skelne mellem i alt 245 helbredsstadier (Whitehead & Ali, 2010).

I figur 6 er det illustreret hvilke aspekter af BTL der helt eller delvist kan dokumenteres ved hjælp af EQ-5D-3L.

Figur 6 - EQ-5D-3Ls rolle i dokumenteringen af The Back to Life Project



For at dokumentere QALY gevinsten ved BTL, vil det være nødvendigt at vurdere deltagerens helbredsstadie både før og efter interventionen, hvilket gør EQ-5D-3L til et attraktivt værktøj, da dette spørgeskema kun tager et par minutter at udfylde, og om nødvendigt kan varetages af deltageren selv (Reenen & Oppe, 2015). EQ-5D-3L (Bilag 3) er relativt simpelt at besvare, og dette spørgeskema vurderes derfor til at kunne indgå som en del af de normale opstartssamtaler i BTL. Det opfølgende spørgeskema bør udfyldes efter endt forløb, således at det samlede forløbs effekt kan evalueres. Ydermere kunne opfølgende målinger være relevante efter endt forløb, for at undersøge om effekten vedligeholdes på sigt. For at vurdere om enkelte komponenter og kontekster har en særlig effekt på omkostningseffektiviteten af interventionen, kan yderligere målinger med EQ-5D-3L foretages ved opstart og afslutning af disse, dette vil fremme CMO tilgangen til sundhedsøkonomisk evaluering, men vil samtidig indebære en tidsmæssig omkostning for BTL.

For at øge kvaliteten af den sundhedsøkonomiske evaluering vil det også være en fordel at øge dokumentationen af de omkostninger, der findes i forbindelse med BTL. Dette kan gøres ved yderligere dokumentation af den enkelte deltagers forløb og derved de implicerede ressourcer i

form af både materiale og arbejdstimer. Dette er en arbejds- og tidskrævende proces, men den vil også have fordele i forhold til den bredere effekt- og CMO evaluering, der foreslås i næste afsnit, da disse også har behov for mere dokumentation af den enkelte deltagers forløb. I første omgang foreslås det, at det kommunale perspektiv bibeholdes for at simplificere den sundhedsøkonomiske evaluering, men hvis BTL eller elementer herfra skal udbredes på nationalt plan, bør dette perspektiv udvides til samfundsperspektivet, for at sikre at tilgangen er omkostningseffektiv, når aspekter som sundhedsydelser, patientafholdte omkostninger og produktionstab også medtages. En evaluering ud fra samfundsperspektivet kræver en meget højere grad af dokumentation, samtidigt med, at den bør suppleres med registerdata om brugen af sundhedsydelser og sygemeldinger. Eksempelvis medicinforbrug og indlæggelsesdage, der kan være med til at dokumentere personspecifikke omkostninger, der har betydning for samfundet. Derfor vurderes denne evaluering ikke realistisk i første omgang.

9.2. Udviklingsforslag - ICF

Et af de hyppigt brugte værktøjer til at dokumentere behov og indsatser indenfor rehabilitering er WHO's ICF klassifikation, som er en international klassifikation af helbredstilstand, funktionsevnenedsættelse og funktionsevne (Dahl, 2008a; World Health Organization, 2002). Denne beskriver funktionsnedsættelse indenfor fire overordnede domæner: kropsfunktioner, kropsstrukturer, aktivitet og deltagelse samt miljøbetingede faktorer (World Health Organization, 2002). De to førstnævnte domæner er samlet under betegnelsen helbred, mens de to sidstnævnte kaldes de kontekstuelle faktorer (World Health Organization, 2002). Derved opfordrer ICF til at se funktionsnedsættelse som en komplekst samspil mellem kroppens funktioner, og de krav der stilles af samfundet og individet, hvilket udspringer af den helhedsorienterede tilgang til rehabilitering, der er præsenteret i problemanalysen. ICF indeholder flere kategorier indenfor hvert domæne. Dertil kommer muligheden for at specificere kategorien på flere niveauer, således at ICF inkluderer over 1.400 kategorier i alt (Grill et al., 2011).

De mange kategorier begrænser brugen af hele ICF i praksis (Grill et al., 2011). Derfor er der udviklet en række forskningsbaserede coresets, der er tjeklister over de mest relevante kategorier indenfor forskellige arenaer af rehabilitering. Her er det essentielt at coresettet indeholder de kategorier, der har betydning for målgruppen, samtidig med at listen er kort nok til at være anvendelig i praksis (Grill et al., 2011). Da BTL primært beskæftiger sig med forløbsbaseret rehabilitering af ulykkesramte i den umiddelbare fase efter udskrivelse fra sygehuset, er der behov

for et eller flere coreset, der er velegnet til at klassificere disse deltagere. Da der ikke er udviklet et coreset specifikt til ulykkesramte, tages der udgangspunkt i coresettet til muskuloskeletale sygdomme, da skader på bevægeapparatet er hyppige blandt BTLs deltagere (Navne, 2017).

Deltagere med muskuloskeletale sygdomme kan klassificeres ud fra det oprindelige ICF-coreset til muskuloskeletale sygdomme der indeholder 70 kategorier eller en mere begrænset udgave der indeholder 25 kategorier (Grill et al., 2011). Lignende coresets findes for neurologiske og hjertelunge sygdomme (Grill et al., 2011), samt en række specifikke helbredstilstande.

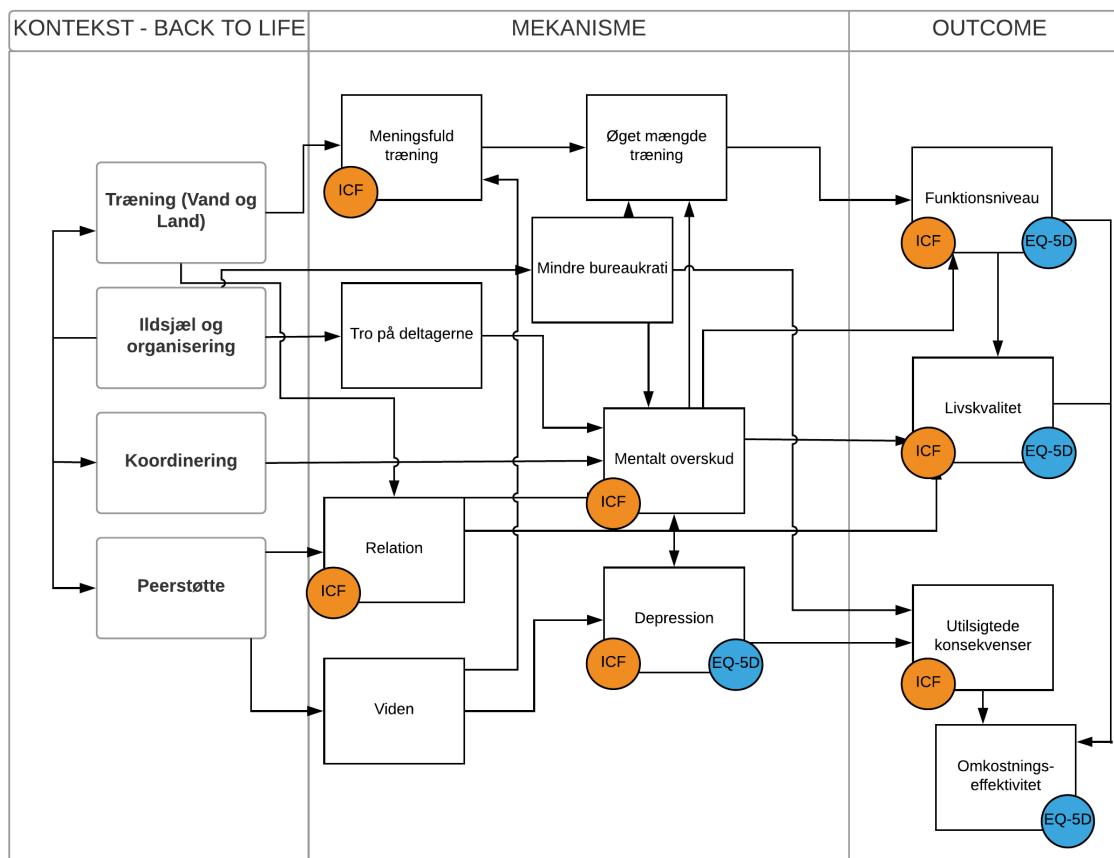
Internationale ICF guidelines foreslår en klassificering af hver kategori på en 0-4 skala, hvor 0 indikerer ingen problemer indenfor kategorien, imens 4 indikerer at kategorien er fuldstændig problematisk (World Health Organization, 2013), men anden litteratur betvivler anvendeligheden af denne skala (Grill et al., 2011; Melchiorson, Østergaard, & Nielsen, 2011). Danske retningslinjer foreslår i stedet at ICF kategorierne bruges som referenceramme, til en kvalitativ beskrivelse af eventuelle problemstillinger indenfor hver kategori, med den fordel at komplekse problemstillinger og faglig viden fra behandleren nemmere kommer i spil (Melchiorson et al., 2011). Anvendes ICF udelukkende som referenceramme, vil det kvantitative aspekt af klassifikationen mindskes eller helt udelades.

Det foreslås på baggrund af en afvejning mellem de komplekse problemstillinger hos deltagerne i BTL og behovet for et værktøj, der er praktisk anvendeligt, at benytte den fulde udgave af ICF's coreset til muskuloskeletale sygdomme (Bilag 4). ICF kan benyttes på flere måder i rehabiliterende arbejde (World Health Organization, 2013). Det foreslås at ICF-kategorierne benyttes som referenceramme til at belyse deltagerens funktionsnedsættelse og tilhørende udfordringer. Dette bør foregå i en dialog med deltageren, hvor hver enkelt kategori i coresettet gennemgås og eventuelle problemstillinger nedskrives. Samtidigt kan der på baggrund heraf udarbejdes en fælles målsætning for rehabiliteringsforløbet, således at forløbet bliver relevant og meningsfuldt for deltageren. Denne tilgang er inspireret af WHO's vejledning til brugen af ICF (World Health Organization, 2013).

Dette vil hjælpe med at dokumentere BTL's effekt i et bredere perspektiv end den foreslåede EQ-5D-3L tilgang, samtidig med at ICF værktøjet kan bruges til opfølgning på og styring af rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte deltager (World Health Organization, 2013). Dog kan EQ-5D-3L ikke undlades, da denne understøtter dokumentationen af den helbredsrelaterede livskvalitet igennem QALY, samtidigt med at EQ-5D-3L tillader en kvantificering af BTL's effekt.

I figur 7 er ICF's rolle i dokumenteringen af BTL's effekt vist.

Figur 7 - ICF's rolle i dokumenteringen af The Back to Life Project



Det ses i figur 7 at fokus i ICF stadigvæk er på dokumentering af outcome, men at klassificeringen også kan benyttes til at belyse nogle af de bagvedliggende mekanismer, såsom meningsfuldhed, mentalt overskud, relation og depression, hvorved den er mere helhedsorienteret og detaljeret end EQ-5D.

ICF anvendes derudover bredt i de danske kommuner i 2008. Op mod 2/3 angav, at de benyttede aspekter af ICF bl.a. i deres rehabiliterende arbejde (Hyltdgaard & Nielsen, 2008). Derved kan brugen af ICF i BTL medvirke til, at der skabes et fælles sprog mellem BTL og en eventuel kommunal partner. Dette øger muligheden for en sammenhængende indsats for deltageren.

ICF bør ligesom EQ-5D-3L vurderes ved starten af deltagerens forløb og ved slutningen, da ICF i denne sammenhæng kan tjene som baggrund for sammensætningen af rehabiliteringsforløbet. Det vil yderligere være en fordel løbende at referere til deltagerens ICF status og evt. foretage opdateringer heraf.

9.3. Udviklingsforslag - Kontekst

Det er igennem programteorien (figur 5) illustreret, at en række kontekster og mekanismer kan have betydning for effekten af BTL. De foreslåede dokumenteringsværktøjer EQ-5D-3L og ICF kan, som illustreret, kun belyse betydningen af en andel af disse. Hvis nogle af de resterende kontekster er særligt vigtige for effekten af BTL, er det nødvendigt at belyse betydningen af disse, hvis interventionen skal indgå i en anden kontekst. Dette er særligt relevant hvis BTL på sigt skal udbredes til eller helt varetages i et kommunalt regi.

Deltagerne i BTL påpeger betydningen af projektlederens engagement for rehabiliteringsforløbets effekt (Navne, 2017). Dette er i programteorien illustreret som tilstedeværelsen af en ildsjæl. Tilstedeværelsen af en ildsjæl er en kontekst, der ikke nødvendigvis vil være tilstede, hvis BTL, i forbindelse med udbredelse af interventionen, skal omorganiseres. Det er derfor nødvendigt at undersøge, hvilken betydning denne kontekst har for den oplevede og målte effekt af interventionen. CMO-litteraturen anbefaler, at betydningen af kontekster, der kan være vigtige for interventionen, undersøges før interventionen implementeres endeligt, for at sikre at den ønskede effekt af interventionen kan opnås (A. Fletcher et al., 2016). Det kan blandt gøres gennem et feasibility studie, der hører til anden fase af MRC-modellen (Figur 1). Feasibility studier er et værktøj til at teste de største usikkerheder omkring interventionen (Craig et al., 2008a; A. Fletcher et al., 2016).

Programteorien indikerer, at den konkrete organisering, med en ildsjæl som projektleder, kan have en betydning for personalets tro på deltagerne og mindske bureaukratiet, hvilket bl.a. kan have en betydning for deltagernes mentale overskud og livskvalitet. Er en fremtidig projektleder mindre entusiastisk, kan det derfor have en betydelig effekt for deltagerne i interventionen. Det er derfor relevant at undersøge denne årsagskæde i et feasibility studie.

Et sådan feasibility studie kan eksempelvis gennemføres i et kommunalt regi, hvor de samme elementer, som BTL tilbyder, indgår. Her vil interventionen være uden denne ildsjæls tilstedeværelse, og tilbuddet skal agere indenfor kommunens rammer og ikke som et selvstændigt tilbud. Derved er der mulighed for at undersøge, hvorvidt denne kontekst i BTL har en betydning for effekten af interventionen. Effekten kan i feasibility studiet måles ved hjælp af de værktøjer, der indgår i indeværende speciales udviklingsforslag. Hvis der er behov for at forstå betydningen af enkelte led i årsagskæden, kan disse værktøjer suppleres med kvalitative tilgange, der bedre kan belyse deltagernes oplevede effekter af konteksten. En CMO-evaluering vil her bidrage til at forstå

hvordan BTL's tilgang til rehabilitering vil virke i andre sammenhænge og kontekster, hvilket er relevant hvis BTL for eksempel skal udbredes til flere kommuner.

10. Diskussion af udviklingsforslag

Dette speciales udviklingsforslag er blot en af mange måder at håndtere det fremtidige arbejde med BTL. Der er taget udgangspunkt i den eksisterende evidens og viden, og på baggrund heraf er der stillet et forslag om øget dokumentation, hvilket kan hjælpe den fremtidige formidling og evaluering af BTL. I dette afsnit vil dels komponenterne i udviklingsforslaget og dels implikationerne af det samlede udviklingstiltag diskuteres, med fokus på at inddrage relevante alternativer og overvejelser om den kontekst udviklingen skal foregå i.

10.1. Diskussion af udviklingsforlagets komponenter

Udviklingsforslaget i dette speciale består primært i at øge dokumentationen af BTL ved hjælp af to værktøjer, henholdsvis EQ-5D-3L og ICF-coresettet til muskuloskeletale sygdomme.

EQ-5D-3L er et kort og simpelt spørgeskema, hvilket har den fordel, at det er nemt og hurtigt at udfylde for den enkelte deltager (Reenen & Oppe, 2015). Dette resulterer dog også i, at spørgeskemaet indeholder begrænset information og derfor ikke er tilstrækkeligt dybdegående til at informere en omfattende evaluering af indsatsen. Et mere omfattende alternativ til EQ-5D-3L kunne være *The Short Form (36) Health Survey* (SF-36). SF-36 består af 36 helbredsrelaterede spørgsmål, der tilsammen beskriver otte dimensioner af helbred. SF-36 har ligesom EQ-5D-3L høj optagelse og validitet i forskningslitteraturen (Brazier et al., 1992; Whitehead & Ali, 2010). Den store ulempe ved SF-36 er det store omfang, der gør det væsentligt mere ressourcekrævende at udfylde skemaet, hvorimod EQ-5D-3L kun tager få minutter at udfylde (Reenen & Oppe, 2015). EQ-5D-3L og SF-36 har generelt stor overensstemmelse i sundhedsøkonomisk henseende (Picavet & Hoeymans, 2004), og da formålet med EQ-5D-3L er at bidrage med et kvantitativt effektmål til den sundhedsøkonomiske evaluering, vurderes den som tilstrækkelig til dette formål.

Til den bredere forståelse af effekten af BTL's tilgang til rehabilitering foreslås ICF-coresettet til muskuloskeletale sygdomme. ICF klassificeringen foreslås benyttet som framework, dels da den er brugt og anbefalet indenfor den generelle danske rehabiliteringsindsats (Hyldgaard & Nielsen, 2008; Melchiorssen et al., 2011), og dels da den bidrager med en helhedsorienteret og individbaseret forståelse af funktionsnedsættelse (World Health Organization, 2002). Imidlertid repræsenterer forslaget om brug af ICF en stor ressourcebyrde i indeværende udviklingsforslag. Derfor følger det,

at den indsats, der kræves for at dokumentere en ICF-klassifikation, skal opvejes af gevinster for både deltagerne i BTL og interventionen som helhed. Det foreslåede coresæt er designet til brug hos borgere med muskuloskeletale sygdomme. Selvom dette er det coresæt, der er tættest på BTL's deltagerpopulation, er der stadig en risiko for, at coresættet ikke medtager alle relevante kategorier for deltagerne i BTL. Det er derfor vigtigt, at den deltagerorienterede opstartssamtale, der normalt foregår i BTL bibeholdes og eventuelt suppleres med ICF, således at de mest relevante kategorier for BTL kan findes og inkorporeres i tjeklisten.

Vejledningen til ICF anbefaler, at kategorierne gradueres på en 0-4 skala (World Health Organization, 2013). Denne skala er dog svær at anvende i praksis og har lav følsomhed for små ændringer i funktionsniveau hos deltagerne (Huber, Tobler, Gloor-Juzi, Grill, & Gubler-Gut, 2011; Melchiorson et al., 2011). Da det anbefalede EQ-5D-3L spørgeskema i nogen grad dækker behovet for kvantificering af BTL's effekt, anbefales det at 0-4 gradueringen erstattes af en beskrivende vurdering af deltagernes funktionsniveau. Hvis brugen af EQ-5D-3L fravælges, bør det genovervejes om gradueringen skal indgå i BTL's brug af ICF klassificeringen.

10.2. Diskussion af udviklingsforslagets konsekvenser

Selvom dette speciales udviklingsforslag primært har til formål at øge dokumenteringen af BTL, er der en række afledte effekter og konsekvenser, der bør overvejes i forbindelse med forslaget.

Da både personalet og deltagerne i BTL oplever en positiv effekt af tilbuddet (Navne, 2017), er der en potentiel risiko for at dele af personalet i BTL skal overbevises om indeværende speciales udviklingsforslag. I tråd med dette kan flere barrierer være tilstede, såsom øget ressourceforbrug, tid fra deltagerne og oplæring i korrekt brug af ICF og EQ-5D-3L. EQ-5D-3L er relativt nemt at anvende, men ICF kræver en mere grundig introduktion til de forskellige kategorier. Da BTL på nuværende tidspunkt er afhængig af frivilliges arbejdskraft, kan et krav om oplæring og udførelse af øget dokumentation være en barriere for de frivilliges deltagelse i BTL. Dette er problematisk, hvis det resulterer i, at der mangler personale til udførelse af opgaverne i BTL.

Derudover risikerer det unikke og individorienterede rehabiliteringstilbud som BTL er (Navne, 2017), at blive underlagt en form for standardisering af tilbuddet. Dette da de foreslåede spørgeskemaer er standardiserede værktøjer til at evaluere funktionsevnen og helbredet hos deltagerne, hvilket risikerer at mindske dokumentation af den enkeltes unikke oplevelse i BTL. På den anden side gør de standardiserede metoder interventionen nemmere at evaluere og de øger sammenligneligheden med eksisterende interventioner (Drummond et al., 2015; Reenen & Oppe,

2015). Derudover giver ICF mulighed for et standardiseret fælles sprog og referenceramme behandlere imellem (Lund & Hjortbak, 2017). Den standardiserede dokumentation virker derfor som et nødvendigt onde, hvis BTL skal indgå som en del af en større rehabiliteringsindsats, men det er vigtigt, at den individorienterede kerne i BTL bibeholdes, for at tilgangens unikke aspekter fortsat er i fokus.

En omfattende evalueringsproces udskyder implementeringen af BTL i det kommunale regi. Hvis BTL er et effektivt alternativ til den kommunale rehabilitering, vil BTL derfor først udbredes og gavne flere borgere længere ude i fremtiden. Da flere af deltagerne i BTL er tilknyttet tilbuddet i et år og dokumentationen anbefales ved start og slut, og der i 2017 afsluttede 70 deltagere, vil BTL kunne dokumentere ca. 70 forløb pr år. Derudover er øget dokumentation en tidskrævende proces. ICF klassificering tager ifølge en dansk rapport 3-5 timer per deltager (Bonfils & Wind, 2013), der eventuelt fratager deltagerne noget behandlingstid og derigennem kan påvirke deltagernes muligheder og effekt. På trods af dette vurderer indeværende speciale, at øget dokumentation er nødvendigt, da der er et politisk krav om dokumentation af interventioner i rehabilitering, mhp. at de mest effektive indsatser implementeres (Christensen et al., 2011). Dette for at skabe effektive rehabiliteringsforløb, der er motiverende for borgerne og som hjælper dem med at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv (Johansen et al., 2004; Wind, 2011). Samtidig med, at der tages højde for kommunernes knappe ressourcer, og de midler de har til rådighed, hvilket nødvendiggør en prioritering af indsatserne i det offentlige regi (Bonfils & Draborg, 2011).

Dette udviklingsforslag kan derudover medføre flere etiske problemstillinger, der bør opgøres inden en eventuel forandring finder sted, idet flere utilsigtede konsekvenser kan tænkes at have en indvirkning på deltagerne. En mulig utilsigtet konsekvens af den øgede dokumentation kan være bekymringsskabelse, idet denne tilgang kan medføre øget bevidsthed omkring deres sygdom eller tilstand (Holtug et al., 2009). Denne mekanisme er identificeret som mulig årsag til, at forekomsten af depression er højere blandt grupper med mere peerstøtte (Wobma et al., 2016). Dertil kommer at manglende forbedringer ud fra spørgeskemaerne kan gøre folk usikre og bekymrede for fremtiden. EQ-5D-3L er kritiseret for at have lav følsomhed for ændringer i funktionstilstanden og en stor ceiling effekt (Herdman et al., 2011), hvilket kan betyde, at reelle forbedringer ikke fremgår af EQ-5D-3L scoren. Den manglende objektive effekt kan virke demotiverende for deltageren og personalet, og kan derfor indvirke negativt på deltagerens engagement og mentale overskud.

Der er udarbejdet en udvidet udgave af skemaet (EQ-5D-5L), med større følsomhed og mindre ceiling effekt (Herdman et al., 2011), men der er endnu ikke udviklet danske præferencevægte til værdisætning af dennes stadier. Det er derfor vigtigt at BTL bibeholder den individ- og helhedsorienterede tilgang til deltagerne, således at der stadigvæk er opmærksomhed på de oplevede effekter, så EQ-5D-3L ikke er det eneste værktøj til at følge deltagerens forløb.

De foreslåede værktøjer er en systematiseret tilgang til at beskrive deltagerens funktionsnedsættelse og helbredsstatus. Derved ændres fokus fra individuelle subjektive samtaler til også at inkludere standardiserede evalueringer. Dette kan have betydning for det forløb, deltageren bliver tilbudt, da personalet potentielt kan tage større afsæt i dokumentationen. Det er uvist om dette vil påvirke BTL's effekt i negativ eller positiv retning. Deltagerne i BTL oplever den store fleksibilitet i interventionen som en af dennes fordele (Navne, 2017), men de standardiserede værktøjer kan bidrage til, at de mest relevante problemstillinger bliver belyst systematisk. I forbindelse med implementering af ICF og EQ-5D-3L kan det derfor være relevant at evaluere værktøjernes brug hos personalet, med fokus på, om den helhedsorienterede og individrettede indsats bevares.

Patienterne kan gennem ICF-klassifikationen og EQ-5D-3L få en selvopfattelse af at være syg, og dette kan have de konsekvenser, at de begrænser sig selv i at udføre ting i hverdagen og begrænser deres generelle livsudfoldelse. Dette kaldes sygeliggørelse (Holtug et al., 2009). Idet patienterne på grund af en ulykke lider af en form for funktionsnedsættelse, kan de risikere at få en opfattelse af at være syg efter at have gennemgået spørgeskemaerne, da spørgeskemaerne kan være medvirkende til at synliggøre de fejl og mangler vedkommende lider af, samt det at deltagerne kan blive gjort opmærksomme på deres begrænsninger i hverdagen, heraf nogle de måske ikke ellers var bevidste om. Selvom ICF adskiller sig fra den mere konventionelle ICD-10 klassificering af sygdom ved at have fokus på en bredere beskrivelse af problemstillingen, opererer den stadig via klassifikationskoder, hvilket kan minde om diagnoser og derved øge den potentielle sygeliggørelse af deltageren.

Slutteligt er der en risiko for, at den øgede dokumentation og evaluering ikke fører til et positivt resultat. Rationalet for evalueringen er netop, at effekten af BTL på nuværende tidspunkt er usikker. Hvis dokumentationen og den følgende evaluering indikerer, at BTL ikke er en effektiv tilgang til rehabilitering, vil det være en fejl at udbrede indsatsen uden yderligere forandring. En CMO-evaluering vil i dette tilfælde kunne pege på, om der er dele af BTL, der er effektive, og i hvilken kontekst dette gør sig gældende. Hvis der er enkelte elementer af BTL, der er effektive, kan disse

enten prioriteres i det fremadrettede arbejde indenfor interventionen, eller de kan indbygges i andre rehabiliteringsindsatser hvis konteksten tillader dette.

10.3. Udviklingsforslagets begrænsninger

Udviklingsforslaget består af spørgeskemaer, øget dokumentation af omkostninger, feasibility studie og inkluderer kvalitativ dokumentation i et begrænset omfang. MRC og CMO litteraturen tilråder, at man kan supplere effektevalueringen i fase 3 med individuelle og fokusgruppeinterviews (Craig et al., 2008a; A. Fletcher et al., 2016). Dette kan medvirke til at belyse de kontekster og mekanismer, der er på spil i BTL. Dette er et vigtigt element, hvis en CMO-evaluering skal lykkes.

CMO-evalueringen og programteorien, udarbejdet i dette speciale, er baseret på en relativt lille evidensbase og er ikke udviklet i samarbejde med interessenterne i interventionen. Der er derfor potentielle fordele ved at lade den kvalitative tilgang få en større plads i evalueringen. En mere fyldestgørende programteori kan udarbejdes, eventuelt med afsæt i modellen fra afsnit 9, og suppleres med erfaringer og overvejelser fra såvel deltagere som behandlere i overensstemmelse med CMO tilgangen (Funnell & Rogers, 2011; Pawson & Tilley, 1997). Ved at udarbejde og underbygge programteorien yderligere, kan forståelsen af BTL og dennes effekter øges. Derved mindskes risikoen for, at betydningsfulde kontekster og mekanismer overses.

Der er fem typiske faser i en rehabiliteringsindsats (Lund & Hjortbak, 2017), hvilket blev præsenteret i problemanalysen. Udviklingsforslaget i indeværende speciale omhandler rehabiliteringsfase et og fem, da det anbefales at benytte evalueringsværktøjer, særligt ICF og EQ-5D-3L, i start- og slutfasen. Derved er der ikke fokus på rekrutteringsprocessen, deltagelse og bortfald igennem interventionen og ej heller vedligeholdelse efter endt forløb. Til trods for at alle kan være relevante aspekter at undersøge for BTL. Derfor vil den foreslåede dokumentation og følgende evaluering heller ikke give et endeligt svar på, hvordan BTL bedst implementeres, men vil imidlertid belyse, hvorvidt interventionen har en positiv effekt, hvortil CMO elementet vil kunne bidrage til en forståelse af, hvad der virker, for hvem og i hvilken kontekst.

10.4. Dokumentation i et bredere perspektiv

Det samlede udviklingsforslag, der stilles i indeværende speciale, lægger op til en ny evalueringsproces indenfor MRC-modellens tredje fase. Denne evaluering skal give svar på hvorvidt BTL er en effektiv tilgang til rehabilitering, samt om BTL opnår bedre effekt end den kommunale rehabilitering. Hvis dette er tilfældet, vil BTL tilgangen potentielt kunne implementeres

på en måde, således at den supplerer tilgangen i det kommunale regi (MRC fase 4), der ofte centrerer sig om genoptræning til borgere med fysisk funktionsnedsættelse (Dahl, 2008b).

For at en komparativ evaluering mellem BTL og den kommunale rehabilitering kan lade sig gøre, er det en forudsætning at effekten af den kommunale rehabilitering også dokumenteres. Der er i Danmark et politisk dokumentationskrav til alle fagfolk indenfor rehabilitering om at dokumentere og evaluere rehabiliteringsforløbene, således at de opfylder kvalitetskrav og målene for rehabilitering, bl.a. mhp., at de mest effektive indsatser implementeres (Christensen et al., 2011; Tonnesen & Maribo, 2016). Det er derfor vigtigt, at fagpersonalet inkluderer dokumentation som en del af et helt rehabiliteringsforløb, hvilket kan være til fordel for andre interventioner (Tonnesen & Maribo, 2016). Dette er i overensstemmelse med indeværende speciales udviklingsforslag, der tilråder præcis dokumentation, således at de forskellige tilgange til rehabilitering kan vurderes og anvendes af andre til implementering af de mest effektive interventioner. Til trods for det politiske dokumentationskrav er det dog uvist, i hvilket omfang den kommunale rehabilitering dokumenteres. I 2008 anvendte 2/3 af landets kommuner ICF i deres rehabiliterende arbejde (Hyldgaard & Nielsen, 2008), men der er stor variation i implementeringen. ICF blev bl.a. anvendt som tankesæt, referenceramme, klassifikationsredskab og til bedømmelse af borgerens behov, effektmåling og funktionsbeskrivelser (Hyldgaard & Nielsen, 2008). Halvdelen af kommunerne anvendte ICF i forbindelse med kommunikations- og dokumentationsarbejde (Hyldgaard & Nielsen, 2008). Dette viser at ICF anvendes bredt i kommunal praksis, og at det for mange kommuner er et velkendt værktøj, men at ICF i mindre grad bliver anvendt som et dokumentationsværktøj.

Indeværende speciales udviklingsforslag om øget dokumentation af BTL er derfor relevant i kommunalt regi, da dokumentationsværktøjerne også her kan højne dokumentationen og fremtidige evalueringer.

Det kan være vanskeligt at dokumentere komplekse interventioner, samt baggrunden for deres effekt. Dette skyldes at visse interventionsydelser kan være vanskelige at måle, hvorfor de altid ikke dokumenteres (Christensen et al., 2011). Derfor er der behov for evalueringsværktøjer, som rummer disse komplekse problemstillinger. Værktøjerne, ICF og EQ-5D-3L, er også velegnede til dokumentation af andre komplekse interventioner, for eksempel indenfor børne-, unge- og ældreområdet (Hyldgaard & Nielsen, 2008; Reenen & Oppe, 2015; Tonnesen & Maribo, 2016).

11. Konklusion

The Back to Life Project (BTL) er en kompleks rehabiliteringsintervention med mange interagerende komponenter og et betydeligt potentiale for at bidrage til den danske rehabiliteringsindsats. BTL har på nuværende tidspunkt ingen fast finansiering, hvilket er en barriere for udbredelse af interventionen og den fremtidige drift af BTL.

I indeværende speciale er den eksisterende evidens for BTL's centrale elementer, vandtræning, peerstøtte og koordinering blevet identificeret og analyseret. Derefter er der foretaget en sundhedsøkonomisk evaluering af indsatsen. Slutteligt er der på baggrund af de forudgående evalueringer og en kontekst-mekanisme-outcome (CMO) tilgang udarbejdet en programteori og et udviklingsforslag, der har til formål at sikre dokumentationen af de vigtigste elementer i BTL for at fremme evalueringsprocessen fremadrettet. Dette med det endelige formål, at BTL kan dokumentere sin effekt og relevans i den danske rehabiliteringsindsats, således at BTL på sigt kan opnå fast finansiering, eventuelt i samarbejde med det offentlige.

Litteraturstudiet fandt at evidensen for elementerne i BTL's effekt var begrænset og usikker, men overvejende positiv. Yderligere blev det fundet, at en traditionel effektevaluering ikke nødvendigvis ville vise BTL's samlede effekter. Den sundhedsøkonomiske evaluering fandt derudover, at BTL var dyrere end et rehabiliteringstilbud i kommunen. Ud fra CMO tankegangen blev det fremanalyseret, at flere kontekstafhængige mekanismer potentielt kan have en betydning for effekten af et BTL rehabiliteringsforløb, hvilket blev fremstillet i en programteori. Ud fra programteorien er der i indeværende speciale opstillet et udviklingsforslag om øget dokumentation af BTL. Dette igennem EQ-5D-3L spørgeskema til dokumentation af helbredsrelateret livskvalitet, øget dokumentation af omkostninger, samt brugen af WHO's ICF-klassifikation som framework til dokumentation af deltagerens funktionsnedsættelse. Derudover foreslås det, at den særlige kontekst BTL arbejder indenfor, afprøves i et feasibility studie, for at sikre at interventionen kan overføres til andre sammenhænge.

Med udgangspunkt i, at BTL er en kompleks intervention, har den øgede dokumentation til formål at sikre, at BTL har den ønskede effekt for deltagerne, og at BTL er et omkostningseffektivt alternativ til den kommunale rehabilitering. Dette kan bidrage til, at BTL i fremtiden opnår den ønskede finansiering og udbredelse.

12. Referenceliste

- Aalborg Kommune. (2018). Sundhedstilbud i Aalborg Kommune. Retrieved March 19, 2018, from <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/aalborg/>
- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1–12. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
- Anderson, R., & Hardwick, R. (2016). Realism and resources: Towards more explanatory economic evaluation. *Evaluation*, 22(3), 323–341. <http://doi.org/10.1177/1356389016652742>
- Barker, A. L., Talevski, J., Morello, R. T., Brand, C. A., Rahmann, A. E., & Urquhart, D. M. (2014). Effectiveness of aquatic exercise for musculoskeletal conditions: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(9), 1776–1786. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.04.005>
- Batterham, S. I., Heywood, S., & Keating, J. L. (2011). Systematic review and meta-analysis comparing land and aquatic exercise for people with hip or knee arthritis on function, mobility and other health outcomes. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 123. <http://doi.org/10.1186/1471-2474-12-123>
- Becker, B. E. (2009). Aquatic Therapy: Scientific Foundations and Clinical Rehabilitation Applications. *PM and R*, 1(9), 859–872. <http://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.05.017>
- Beskæftigelsesministeriet. Bekendtgørelse af lov om kommunernes finansiering af visse offentlige ydelser udbetalt af kommunerne, Udbetaling Danmark og arbejdsløshedskasserne (2017). Beskæftigelsesministeriet.
- Biering- Sørensen, F., & Kjøller, M. (2004). Muskel- og skeletlidelser. *Ugeskrift for Læger*, 166(14), 1331–1333.
- Bonell, C., Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., & Moore, L. (2012). Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2299–306. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.032>
- Bonfils, I. S., & Draborg, E. (2011). Finansiering af rehabilitering - politiske og økonomiske

- perspektiver. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 201–213). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Bonfils, I. S., & Wind, T. (2013). ICF, individuelle planer og sociale tilbud – en evaluering af brugen af ICF i de sociale tilbud i Region Hovedstaden. Professionshøjskolen Metropol, Den Sociale Virksomhed og Region Hovedstaden.
- Brandt, Å. (2008). Centrale begreber og definitioner. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 49–62). Gads Forlag.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, a, Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 305(6846), 160–164. <http://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
- Bredland, E., & Linge, O. (2007). Rehabiliteringsprocessen. In *Rehabilitering - teori og praksis*. Gads Forlag.
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlag.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, 2–8.
- Byford, S., & Raftery, J. (1998). Economics notes: Perspectives in economic evaluation. *BMJ*, 316(7143), 1529–1530. <http://doi.org/10.1136/bmj.316.7143.1529>
- Byford, S., & Sefton, T. (2003). Economic evaluation of complex health and social care interventions. *National Institute Economic Review*, (186), 98–108.
- Cameron, C. M., Purdie, D. M., Kliewer, E. V., & McClure, R. J. (2005). Long-term mortality following trauma: 10 Year follow-up in a population-based sample of injured adults. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 59(3), 639–646. <http://doi.org/10.1097/01.ta.0000183222.79685.23>
- Christensen, K., Mogensen, E. J., & Præstegaard, J. (2011). Etske aspekter i rehabilitering. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 26–40). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Corso, P., Finkelstein, E., Miller, T., Fiebelkorn, I., & Zaloshnja, E. (2015). Incidence and lifetime costs of injuries in the United States. *Injury Prevention*, 21(6), 434–440.

<http://doi.org/10.1136/ip.2005.010983rep>

- Cour, K. la, Thisted, L. B., Hjortbak, B. R., Lund, Karen Margrethe Dahl, V., & Henriksen, N. (2011). Identifikation af rehabiliteringsbehov. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 57–73). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008a). Developing and evaluating complex interventions: New guidance 2008.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008b). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337. <http://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Dahl, T. H. (2008a). Fra ICD til ICF - fra sygdom til funktionsevne - et perspektivskift. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 81–106). Gads Forlag.
- Dahl, T. H. (2008b). Målgrupper for rehabilitering. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 145–156). Gads Forlag.
- Dahler-Larsen, P. (2003). Opskrift på virkningsevaluering. In *Nye Veje i Evaluering* (1.edition,). Hans Reitzel Forlag.
- Dahler-Larsen, P. (2013). *Evaluering af projekter - og andre ting, som ikke er ting*. Syddansk Universitetsforlag.
- Damgaard, M., Steffensen, T., & Bengtsson, S. (2013). *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse*. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Danmarks Statistik. (2018). Løn - Kommunalt Sundhedspersonale LONS40. Retrieved May 4, 2018, from <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>
- Davies, G. P., Williams, A. M., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M., & Harris, M. F. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust*, 188(8).
- Diderichsen, F. (2008). Behov for og resultat af rehabilitering - et befolkningsperspektiv. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 37–48).
- Divanoglou, A., & Georgiou, M. (2017). Perceived effectiveness and mechanisms of community peer-based programmes for Spinal Cord Injuries - A systematic review of qualitative findings.

Spinal Cord, 55(3), 225–234. <http://doi.org/10.1038/sc.2016.147>

- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Dryden, D. M., Saunders, L. D., Rowe, B. H., May, L. A., Yiannakoulis, N., Svenson, L. W., ... Voaklander, D. C. (2004). Utilization of health services following spinal cord injury: A 6-year follow-up study. *Spinal Cord*, 42(9), 513–525. <http://doi.org/10.1038/sj.sc.3101629>
- Edwards, K., Jones, N., Newton, J., Foster, C., Judge, A., Jackson, K., ... Pinedo-Villanueva, R. (2017). The cost-effectiveness of exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review of the characteristics and methodological quality of published literature. *Health Economics Review*, 7(1). <http://doi.org/10.1186/s13561-017-0173-3>
- Feuerstein, M., Menz, L., Zastowny, T., & Barron, B. A. (1994). Chronic back pain and work disability: Vocational outcomes following multidisciplinary rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 4(4), 229–251. <http://doi.org/10.1007/BF02331618>
- Fletcher, A. J. (2017). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(2), 181–194. <http://doi.org/10.1080/13645579.2016.1144401>
- Fletcher, A., Jamal, F., Moore, G., Evans, R. E., Murphy, S., & Bonell, C. (2016). Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. *Evaluation*, 22(3), 286–303. <http://doi.org/10.1177/1356389016652743>
- Fosberg, C., & Wengstrom, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fox-Rushby, J., & Cairns, J. (2005). *Economic Evaluation*. Open University Press.
- Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of*

change and logic models (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Gigtforeningen. (2011). Virker træning i varmtvandsbassin , og er der evidens for bassinterapi / træning af gigtpatienter i varmtvandsbassin? Retrieved April 28, 2018, from <http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/dagsordener2012/Documents/1450/1869627.PDF>
- Greenfield, S. (1985). Expanding Patient Involvement in Care. *Annals of Internal Medicine*, 102(4), 520. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-102-4-520>
- Griffiths, T. L. (2001). Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. *Thorax*, 56(10), 779–784. <http://doi.org/10.1136/thorax.56.10.779>
- Grill, E., Strobl, R., Muller, M., Quittan, M., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2011). ICF Core Sets for early post-acute rehabilitation facilities. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(2), 131–138. <http://doi.org/10.2340/16501977-0641>
- Group, T. E. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208. [http://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](http://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Guinness, L., & Wiseman, V. (2011). *Introduction to Health Economics* (2nd ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Hanne Møller, Damm, M., & Laursen, B. (2012). *Ulykker i Danmark 1990-2009*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., ... Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727–1736. <http://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Hjortbak, B. R. (2010). *Rehabilitering i Danmark 2010 - Praksishistorier*.
- Hjortbak, B. R., Bangshaab, J., Johansen, J. S., & Lund, H. (2011). Indledning. In B. R. Hjortbak & J. S. Johansen (Eds.), *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 6–10). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Højberg, A.-L., Quistgaard, B., Jensen, E., & Engberg, A. (2011). Rehabilitering og specialiseret viden. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 117–129). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Holm, A. B. (2011). *Videnskab i virkeligheden*.

- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M. E. J. (2009). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Howard-Wilsher, S., Irvine, L., Fan, H., Shakespeare, T., Suhrcke, M., Horton, S., ... Song, F. (2016). Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disability and Health Journal*, 9(1), 11–25. <http://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.009>
- Huber, E. O., Tobler, A., Gloor-Juzi, T., Grill, E., & Gubler-Gut, B. (2011). The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(2), 174–177. <http://doi.org/10.2340/16501977-0629>
- Hyldgaard, S., & Nielsen, C. V. (2008). *Kortlægning af ICF i Danmark*. Aarhus: MarselisborgCentret.
- Jensen, L. (2008). Specifikke kompetencer i rehabilitering. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 183–202). Gads Forlag.
- Johansen, J., Rahbek, J., Møller, K., & Jensen, L. (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark*.
- Juul, S. (2013). *Epidemiologi og evidens* (2nd ed.). København: Munksgaard.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 350(feb18 5), h444–h444. <http://doi.org/10.1136/bmj.h444>
- Khan, F., Pallant, J. F., Amatya, B., Ng, L., Gorelik, A., & Brand, C. (2011). Outcomes of high- and low-intensity rehabilitation programme for persons in chronic phase after guillain-barré syndrome: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(7), 638–646. <http://doi.org/10.2340/16501977-0826>
- Kommunal løn- og prisudvikling. (2018). Retrieved May 6, 2018, from http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_85772/cf_202/Historisk_PL_oversigt_marts_2018.XLS
- Korsbek, L., & Petersen, L. (2016). Peerstøtte i de etablerede psykiatriske og psykosociale indsatser - hvad siger litteraturen om effekten? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 12(04), 288–304. <http://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-04-02>

- Langvad, K. (2008). Almene kompetencer i rehabilitering. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 203–212). Gads Forlag.
- Lavis, J. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1), 35–48.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., ... Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–12. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Løkke A, Fabricius PG, Vestbo J, Marrot JL, L. P. (2007). KOL – Anbefalinger for tidlig opsporing , behandling , rehabilitering og opfølgning. *Ugeskr.Læger*, 169(46), 3956–60.
- Løvschal-Nielsen, P. (2008). Pårørende i rehabilitering. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 137–144). Gads Forlag.
- Lund, H., & Hjortbak, B. R. (2017). *Grundlaget for rehabilitering*. København: Munksgaard Danmark.
- Mathiesen, Birgitte Ebbe Handberg, C., & Thomsen, L. M. (2011). Koordinerede og sammenhængende forløb. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 130–143). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Maxwell, J. A., & Mittapalli, K. (2010). Realism as a Stance for Mixed Methods Research final. In *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research* (pp. 145–167). SAGE.
- Melchiorson, H., Østergaard, H., & Nielsen, C. V. (2011). ICF og ICF-CY - en dansk vejledning til brug i praksis. MarselisborgCenteret, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK), Region Midtjylland.
- Mindegaard, P., Ibsen, B., Kissow, A.-M., & Johansen, J. S. (2013). Brugerundersøgelse af undervisning i varmtvandsbassin. Syddansk Universitet.
- Møller, A. M., Juhl, C. B., Lund, H., & Andreasen, J. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning*. København: Munksgaard.
- Møller, H. R. (2011). Styringsteknologier og rehabilitering. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 144–157). Rehabiliteringsforum Danmark.

- Møller, M. L. (2011). Intervention, en mulighed for forandring. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 87–103). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Momsen, A.-M. (2010). Muskel- og skeletlidelser. Aarhus: MarselisborgCentret, Aarhus Kommune, Aarhus Universitet.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *Bmj*, 350(mar19 6), h1258–h1258. <http://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Navne, L. E. (2017). The Back to Life project. Retrieved May 5, 2018, from https://www.kora.dk/media/7645451/11277_back-to-life.pdf
- Nielsen, C. V., & Bengtsson, S. (2008). Funktionstab og rehabilitering gennem tiden. In *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle* (pp. 17–36). Gads Forlag.
- Nieuwland, W., Berkhuysen, M. A., Van Veldhuisen, D. J., Brügemann, J., Landsman, M. L. J., Van Sonderen, E., ... Rispens, P. (2000). Differential effects of high-frequency versus low-frequency exercise training in rehabilitation of patients with coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(1), 202–207. [http://doi.org/10.1016/S0735-1097\(00\)00692-6](http://doi.org/10.1016/S0735-1097(00)00692-6)
- Norman, I., & Humphrey, C. (2008). Evaluation Research. In R. Watson, H. McKenna, S. Cowman, & J. Keady (Eds.), *Nursing Research: Designs and Methods*. Churchill Livingstone.
- Overgaard, M., Høyer, C. B., & Christensen, E. F. (2011). Long-Term Survival and Health-Related Quality of Life 6 to 9 Years After Trauma. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 71(2), 435–441. <http://doi.org/10.1097/TA.0b013e31820e7ec3>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. SAGE Publications.
- Payne, K., McAllister, M., & Davies, L. M. (2013). VALUING THE ECONOMIC BENEFITS OF COMPLEX INTERVENTIONS: WHEN MAXIMISING HEALTH IS NOT SUFFICIENT. *Health Economics*, 22(3), 258–271. <http://doi.org/10.1002/hec.2795>
- Pedersen, K. M. (2013). *Sundhedsøkonomi*. (M. Toft & A. S. Steens, Eds.). København: Munksgaard.
- Picavet, H. S. J., & Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple musculoskeletal

diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(6), 723–729. <http://doi.org/10.1136/ard.2003.010769>

Rasmussen, S. R. (2011). *Hjerterehabilitering i Danmark - En oversigt over danske erfaringer og omkostninger*. Dansk Sundhedsinstitut.

Rasmussen, S. R., Borst, L., & Albæk, J. (2011). *Evaluering af ' Gode rammer for hjerte-rehabilitering – et partnerskabsprojekt '*. Dansk Sundhedsinstitut.

Reenen, M. van, & Oppe, M. (2015). EQ-5D-3L user guide: basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. *EuroQol Research Foundation*, (April), 22. <http://doi.org/1-25>

Rehabiliteringsforum Danmark. (2018). Om os - Rehabiliteringsforum Danmark. Retrieved March 26, 2018, from <http://www.rehabiliteringsforum.dk/Om-os/>

Reinecker, L., & Jørgensen, P. S. (2014). Littteratur- og informationssøgning til opgaven. In *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Roine, E., Roine, R. P., Räsänen, P., Vuori, I., Sintonen, H., & Saarto, T. (2009). Cost-effectiveness of interventions based on physical exercise in the treatment of various diseases: A systematic literature review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(4), 427–454. <http://doi.org/10.1017/S0266462309990353>

Satser for grundløn i kommunen og regioner. (2018). Retrieved May 8, 2018, from <https://fysio.dk/radgivning-regler/lon/satser-for-grundlon>

Semlyen, J. K., Summers, S. J., & Barnes, M. P. (1998). Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(6), 678–683.

Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, & Sundhedsministeriet, I. (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Subaşı, V., Toktaş, H., Demirdal, U. S., Türel, A., Çakır, T., & Kavuncu, V. (2012). Water-based versus land-based exercise program for the management of shoulder impingement syndrome. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58(2), 79–84. <http://doi.org/10.4274/tftr.83798>

Sundheds-og Omsorgsafdelingen. (2017). *Evaluering af projekt varmtvandstræning*. Nyborg:

Nyborg Kommune.

Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation. (2011). *Hjerneskaderehabilitering – En Medicinsk Teknologivurdering* (Vol. 13). København.

Sutcliffe, K., Thomas, J., Stokes, G., Hinds, K., & Bangpan, M. (2015). Intervention Component Analysis (ICA): A pragmatic approach for identifying the critical features of complex interventions. *Systematic Reviews*, 4(1), 1–13. <http://doi.org/10.1186/s13643-015-0126-z>

Sweet, S. N., Noreau, L., Leblond, J., & Martin Ginis, K. A. (2016). Peer support need fulfillment among adults with spinal cord injury: relationships with participation, life satisfaction and individual characteristics. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), 558–565. <http://doi.org/10.3109/09638288.2015.1049376>

The Back to Life project. (2018). Vand Virker! Retrieved February 19, 2018, from <http://vandvirker.dk/>

Tonnesen, M., & Maribo, T. (2016). Dokumentation i rehabilitering. In T. Maribo & C. V. Nielsen (Eds.), *Rehabilitering - en grundbog* (2nd ed., pp. 173–182). Gads Forlag.

Ulvik, A., Kvåle, R., Wentzel-Larsen, T., & Flaatten, H. (2008). Quality of life 2-7 years after major trauma. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2), 195–201. <http://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01533.x>

Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*. København: Munksgaard.

Veith, E. M., Sherman, J. E., Pellino, T. A., & Yasui, N. Y. (2006). Qualitative analysis of the peer-mentoring relationship among individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 289–298. <http://doi.org/10.1037/0090-5550.51.4.289>

Whitbeck, C., & Bhaskar, R. (1977). *A Realist Theory of Science*. *The Philosophical Review* (Vol. 86). <http://doi.org/10.2307/2184170>

Whitehead, S. J., & Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: The QALY and utilities. *British Medical Bulletin*, 96(1), 5–21. <http://doi.org/10.1093/bmb/ldq033>

Wiechman, S. A., Carrougher, G. J., Esselman, P. C., Klein, M. B., Martinez, E. M., Engrav, L. H., & Gibran, N. S. (2015). An Expanded Delivery Model for Outpatient Burn Rehabilitation.

Journal of Burn Care & Research, 36(1), 14–22.
<http://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000153>

- Wind, T. (2011). Målsætning og tidsafgrænsning. In *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 74–86). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Wobma, R., Nijland, R., Ket, J., & Kwakkel, G. (2016). Evidence for peer support in rehabilitation for individuals with acquired brain injury: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(10), 837–840. <http://doi.org/10.2340/16501977-2160>
- World Health Organization. (2002). Towards a Common Language for Functioning , Disability and Health ICF. *International Classification*. World Health Organization. <http://doi.org/WHO/EIP/GPE/CAS/01.3>
- World Health Organization. (2012). COMPREHENSIVE ICF CORE SET for MUSCULOSKELETAL CONDITIONS for POST ACUTE CARE. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. <http://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.03.002>
- World Health Organization. (2017). The need to scale up rehabilitation. World Health Organization.
- Zoheiry, I. M., Ashem, H. H., Ahmed, H. A. H., & Abbas, R. (2017). Effect of aquatic versus land based exercise programs on physical performance in severely burned patients: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(12), 2201–2205.

13. Bilagsoversigt

Bilag 1) Systematisk litteratursøgning

- 1a) Søgespørgsmål som udgangspunkt for søgningen
- 1b) Valgte informationskilder
- 1c) In- og eksklusionskriterier
- 1d) Bloksøgning og søgedokumentation: Pubmed
- 1e) Bloksøgning og søgedokumentation: Embase
- 1f) Bloksøgning og søgedokumentation: Cinahl
- 1g) Bloksøgning og søgedokumentation: Cochrane Libray
- 1h) Mendeley dokumentering
- 1i) Resultat af litteratursøgningen
- 1j) CONSORT: Checkliste og validering af studier
- 1k) PRISMA: Checkliste og validering af studier
- 1l) STROBE: Checkliste og validering af studier
- 1m) Dato og identifikation

Bilag 2) Sundhedsøkonomisk metode

- 2a) Omkostninger i The Back to Life Project rehabiliteringstilbud (BTL)
- 2b) Omkostninger til Hjerterehabilitering (HRC)
- 2c) Omkostningsberegninger for begge tiltag (BTL og HRC)

Bilag 3) EQ-5D-3L spørgeskema

Bilag 4) ICF-coreset til muskuloskeletale sygdomme.

Referenceliste

Bilag 1) Systematisk litteratursøgning

1a) Søgespørgsmål som udgangspunkt for søgningen

Den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i søgespørgsmålet:

Hvor stor effekt har vandtræning / koordinering / peerstøtte i rehabiliteringen af ulykkesramte?

Der blev opstillet tre facetter i elementerne vandtræning og peerstøtte, samt fire facetter i elementet koordinering. Facetterne omhandler intervention (vandtræning, koordinering eller peerstøtte), setting (rehabilitering), population (ulykkesramte), med det formål at afdække allerede eksisterende litteratur omkring effektstørrelsen af disse elementer i The Back to Life Project.

1b) Valgte informationskilder

Skematisk oversigt over anvendte databaser og dertilhørende informationer, der danner grundlag for valg af de enkelte databaser til den systematiske litteratursøgning.

Valgte informationskilder	
Database	Information
Embase	Indeholder medicinske og farmaceutiske tidsskrifter, og har gennemgående emner som klinisk og eksperimentel humanforskning, folkesundhed, arbejdsmiljø, sundhed og psykiatri (A. M. Møller et al., 2014).
Cochrane Library	Cochrane består af 6 forskellige databaser (CENTRAL, CDSR, DARE, EED, CMR, HTA) og indeholder bl.a. systematiske reviews, metaanalyser og randomiserede kontrollerede studier, samt dækker emner som evalueringer, kvalitetsvurderinger og sundhedsforskning (A. M. Møller et al., 2014).
Pubmed	Pubmed er en bred og omfangsrig international database, der indeholder emner som medicin og

	pleje. Denne database er udviklet af National Library of Medicine og indeholder over 16 millioner referencer (Buus et al., 2008; Fosberg & Wengstrom, 2008).
Cinahl	Cinahl indeholder omkring en million referencer og er oprindeligt udviklet med et sygeplejefagligt sigte, men dækker nu også emner som fysioterapi, ergoterapi, sundhed og arbejdssterapi (Buus et al., 2008; Fosberg & Wengstrom, 2008).

1c) In- og eksklusionskriterier

In- og eksklusionskriterier for den systematiske litteratursøgning, der har til formål at hjælpe i udvælgelsesprocessen af relevante studier og frasortere studier, der ikke kan besvare søgespørgsmålet.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Peer-reviewede kvantitative studier (Fx RCT, kohorte eller tværsnitsstudie, eller systematisk review / metanalyse af disse)	Ulande
Klart beskrevet indhold af interventionen	Studier der ikke er på engelsk, norsk, svensk, tysk eller dansk
Relevant effektmål (Funktionsniveau, smerte, tilfredshed, livskvalitet, HRQoL eller arbejdstilknytning)	Akut fase rehabilitering
Studiepopulationen skal helt eller delvist bestå af personer der har en arbejdsdygtig alder (18 år	

– 65 år)	
Studiepopulationen skal helt eller delvist bestå af personer der har en form for funktionsnedsættelse som følge af en ulykke. (Fx trafikskade, sports-/idrætsskade, eller skade i hjem/fritid)	

1d) Bloksøgning og søgedokumentation: Pubmed

Vandtræning:

AND				
OR	Pubmed	Blok 1	Blok 2	Blok 3
		Ulykke	Vandtræning	Rehabilitering
		Accidents (Mesh)	water exercise*(TIAB)	Rehabilitation (TIAB)
		Accidents (TIAB)	water training*(TIAB)	Rehabilitation (Mesh)
Injuries (Subheading)	Aquatic exercise*(TIAB)	Rehabilit*		
Injur* (TIAB)	Aquatic therapy*(TIAB)	Habilit*		
Wounds and Injuries (Mesh)	Aquatic* (TIAB)	Assistive		
	Water Therap* (TIAB)	Physiotherap*		
	Hydrotherap*(TIAB)	Physical therap*		
		Exercise therap*		
		Training therap*		
		Psyscial Therapy Modalities (Mesh)		

Søgestreng:

(((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur* [TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh]))))))) AND (((((((((water exercise*[TIAB]) OR water training*[TIAB]) OR Aquatic exercise*[TIAB]) OR Aquatic therap*[TIAB])))) OR (((Hydrotherap*[TIAB]) OR Aquatic*[TIAB]) OR "Water therap*" [TIAB])))) AND (("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap*[TIAB])) OR ((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap*[TIAB]) OR Physical therap*[TIAB])) OR Rehabilit*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation"[TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh]))))

Peerstøtte:

AND			
OR	Pubmed	Blok 1	Blok 2
		Ulykke	Peerstøtte
		Blok 3	Rehabilitering
		Accidents (Mesh) Accidents (TIAB) Injuries (Subheading) Injur* (TIAB) Wounds and Injuries (Mesh)	Peer feedback (TIAB) Peer Support (TIAB) Peer group (TIAB)
			Rehabilitation (TIAB) Rehabilitation (Mesh) Rehabilit* Habilit* Assistive Physiotherap* Physical therap* Exercise therap* Training therap* Psyscial Therapy Modalities (Mesh)

Søgestreng:

((((((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur* [TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh])))))) AND ((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap*[TIAB])) OR (((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap*[TIAB]) OR Physical therap*[TIAB])) OR Rehabilit*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation"[TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh])))))))) AND (((("peer group"[TIAB]) OR (("Peer feedback"[TIAB]) OR "Peer Support"[TIAB]))))

Koordinering:

AND				
OR	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
	Ulykke	Koordinering	Tværfaglighed	Rehabilitering
	Accidents (Mesh) Accidents (TIAB) Injuries (Subheading) Injur* (TIAB) Wounds and Injuries (Mesh)	(care (TIAB) AND (coordinat*(TIAB) or co-ordinat*(TIAB))) Case Management (TIAB) Case Management (Mesh) Patient Care Management (Mesh) Patient Care Management (Mesh:NoExp) Disease Management (Mesh) Comprehensive Health Care (Mesh)	Multidisciplinary (TIAB) Interdisciplinary (TIAB) Multi-disciplinary (TIAB) Inter-disciplinary (TIAB)	Rehabilitation (TIAB) Rehabilitation (Mesh) Rehabilit* Habilit* Assistive Physiotherap* Physical therap* Exercise therap* Training therap* Psyscial Therapy Modalities (Mesh)

Søgestreng:

(((((((("Patient Care Management"[Mesh:NoExp]) OR "Disease Management"[Mesh]) OR "Comprehensive Health Care"[Mesh]) OR (((((((("case Management"[TIAB]) OR "Case Management"[Mesh]))) OR ((care[TIAB] AND (coordinat*[TIAB] OR co-ordinat*[TIAB])))))))) AND (((("multidisciplinary"[TIAB]) OR "Interdisciplinary"[TIAB]) OR "multi-disciplinary"[TIAB]) OR "Inter-disciplinary"[TIAB])) AND (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap*[TIAB])) OR (((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap*[TIAB]) OR Physical therap*[TIAB])) OR Rehabilit*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation"[TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh])))))))) AND (((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur*[TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh]))))))))

Søgedokumentation for Pudmed:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#9	Add	Search (((((((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur* [TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh])))))) AND (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap*[TIAB]) OR (((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap* [TIAB]) OR Physical therap*[TIAB])) OR Rehabil*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation" [TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh]))) AND (((("Patient Care Management"[Mesh:NoExp]) OR "Disease Management"[Mesh]) OR "Comprehensive Health Care"[Mesh]) OR (((((((case Management"[TIAB]) OR "Case Management"[Mesh])) OR ((care[TIAB] AND (coordinat*[TIAB] OR co-ordinat*[TIAB]))) AND (((("multidisciplinary"[TIAB]) OR "Interdisciplinary"[TIAB]) OR "multi-disciplinary"[TIAB]) OR "Inter-disciplinary"[TIAB]))))	302	16:03:02
#8	Add	Search (((((((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur* [TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh])))))) AND (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap*[TIAB]) OR (((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap* [TIAB]) OR Physical therap*[TIAB])) OR Rehabil*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation" [TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh]))) AND (((("peer group"[TIAB]) OR ("Peer feedback"[TIAB]) OR "Peer Support"[TIAB]))))	58	15:58:24
#7	Add	Search (((((((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur* [TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh])))))) AND (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap*[TIAB]) OR (((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap* [TIAB]) OR Physical therap*[TIAB])) OR Rehabil*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation" [TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh]))) AND (((((((((water exercise*[TIAB]) OR water training*[TIAB]) OR Aquatic exercise*[TIAB]) OR Aquatic therap*[TIAB])) OR (((Hydrotherap*[TIAB]) OR Aquatic* [TIAB]) OR "Water therap*"[TIAB]))))	187	15:56:58
#4	Add	Search (((((((("Patient Care Management"[Mesh:NoExp]) OR "Disease Management"[Mesh]) OR "Comprehensive Health Care"[Mesh]) OR (((((((("case Management"[TIAB]) OR "Case Management" [Mesh])) OR ((care[TIAB] AND (coordinat*[TIAB] OR co-ordinat*[TIAB])))	349362	15:55:24
#3	Add	Search (((((((((((((water exercise*[TIAB]) OR water training*[TIAB]) OR Aquatic exercise*[TIAB]) OR Aquatic therap*[TIAB])) OR (((Hydrotherap*[TIAB]) OR Aquatic*[TIAB]) OR "Water therap*"[TIAB]))	42990	15:55:10
#2	Add	Search (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR (((((((Exercise therap*[TIAB]) OR Training therap* [TIAB]) OR (((Habilit*[TIAB]) OR Physiotherap*[TIAB]) OR Physical therap*[TIAB]) OR Rehabil*[TIAB]) OR "Assistive"[TIAB]) OR (((("Rehabilitation"[TIAB]) OR "Rehabilitation"[Mesh])))	401904	15:54:52
#1	Add	Search (((((((((((("Accidents"[Mesh]) OR "Accidents"[TIAB]) OR "injuries" [Subheading]) OR injur* [TIAB]) OR ("Wounds and Injuries"[Mesh])))	1438363	15:54:03

1e) Bloksøgning og søgedokumentation: Embase

Vandtræning:

AND				
OR	Embase	Blok 1	Blok 2	Blok 3
		Ulykke	Vandtræning	Rehabilitering
		Accident (emtree)	water exercise* ti,ab,kw	Rehabilitation* (ti,ab,kw)
		Accident* (ti,ab,kw)	water training* ti,ab,kw	Rehabilitation (emtree)
		Injury (emtree)	Aquatic therap* ti,ab,kw	Rehabilit* (ti,ab,kw)
		Injur* (ti,ab,kw)	Aquatic* ti,ab,kw	Habilit* (ti,ab,kw)
			Water therap* ti,ab,kw	Assistive (ti,ab,kw)
			Aquatic exercise (emtree) Aquatic exercise* ti,ab,kw	Physiotherapy (emtree)
			Hydrotherap* ti,ab,kw	Physiotherap* (ti,ab,kw)
				Physical therap* (ti,ab,kw)
				Exercise therap* (ti,ab,kw)
				Training therap* (ti,ab,kw)

Søgestreng:

('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation':ti,ab,kw OR 'physiotherapy'/exp OR 'physiotherap*':ti,ab,kw
 OR 'rehabilit*':ti,ab,kw OR 'habilit*':ti,ab,kw OR 'assistive':ti,ab,kw OR 'physical therap*':ti,ab,kw
 OR 'exercise therap*':ti,ab,kw OR 'training therap*':ti,ab,kw) AND ('aquatic exercise'/exp OR
 'aquatic exercise*':ti,ab,kw OR 'water exercise*':ti,ab,kw OR 'water training*':ti,ab,kw OR 'aquatic
 therap*':ti,ab,kw OR 'water therap*':ti,ab,kw OR 'aquatic*':ti,ab,kw OR 'hydrotherap*':ti,ab,kw)
 AND ('accident'/exp OR 'accident*':ti,ab,kw OR 'injur*':ti,ab,kw OR 'injury'/exp)

Peerstøtte:

AND			
OR	Embase	Blok 1	Blok 2
		Ulykke	Peerstøtte
		Blok 3	Rehabilitering
		Accident (emtree) Accident* (ti,ab,kw) Injury (emtree) Injur* (ti,ab,kw)	Peer group (ti,ab,kw) Peer feedback (ti,ab,kw) Peer support (ti,ab,kw)
			Rehabilitation* (ti,ab,kw) Rehabilitation (emtree) Rehabilit* (ti,ab,kw) Habilit* (ti,ab,kw) Assistive (ti,ab,kw) Physiotherapy (emtree) Physiotherap* (ti,ab,kw) Physical therap* (ti,ab,kw) Exercise therap* (ti,ab,kw) Training therap* (ti,ab,kw)

Søgestreng:

('peer group':ti,ab,kw OR 'peer feedback':ti,ab,kw OR 'peer support':ti,ab,kw) AND
 ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation':ti,ab,kw OR 'physiotherapy'/exp OR 'physiotherap*':ti,ab,kw
 OR 'rehabilit*':ti,ab,kw OR 'habilit*':ti,ab,kw OR 'assistive':ti,ab,kw OR 'psysical therap*':ti,ab,kw
 OR 'exercise therap*':ti,ab,kw OR 'training therap*':ti,ab,kw) AND ('accident'/exp OR
 'accident*':ti,ab,kw OR 'injur*':ti,ab,kw OR 'injury'/exp)

Koordinering:

AND					
OR	Embase	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
		Ulykke	Koordinering	Tværfaglighed	Rehabilitering
		Accident (emtree)	case management (ti,ab,kw)	Multidisciplinary (ti,ab,kw)	Rehabilitation* (ti,ab,kw)
		Accident* (ti,ab,kw)	case management (emtree)	Interdisciplinary (ti,ab,kw)	Rehabilitation (emtree)
Injury (emtree)	disease management/de (emtree)	multi-disciplinary (ti,ab,kw)	Rehabilit* (ti,ab,kw)		
Injur* (ti,ab,kw)	care (ti,ab,kw) AND (coordinat* (ti,ab,kw) OR co-ordinat* (ti,ab,kw))	inter-disciplinary (ti,ab,kw)	Habilit* (ti,ab,kw)		
			Assistive (ti,ab,kw)		
			Physiotherapy (emtree)		
			Physiotherap* (ti,ab,kw)		
			Physical therap* (ti,ab,kw)		
			Exercise therap* (ti,ab,kw)		
			Training therap* (ti,ab,kw)		

Søgestreng:

('accident'/exp OR 'accident*':ti,ab,kw OR 'injur*':ti,ab,kw OR 'injury'/exp) AND
 ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation':ti,ab,kw OR 'physiotherapy'/exp OR 'physiotherap*':ti,ab,kw
 OR 'rehabilit*':ti,ab,kw OR 'habilit*':ti,ab,kw OR 'assistive':ti,ab,kw OR 'physical therapy*':ti,ab,kw
 OR 'exercise therap*':ti,ab,kw OR 'training therap*':ti,ab,kw) AND ('multidisciplinary*':ti,ab,kw
 OR 'interdisciplinary*':ti,ab,kw OR 'multi-disciplinary*':ti,ab,kw OR 'inter-disciplinary*':ti,ab,kw)
 AND (('case management':ti,ab,kw OR 'case management'/exp OR ('care':ti,ab,kw AND
 ('coordinat*':ti,ab,kw OR 'co-ordinat*':ti,ab,kw))) OR 'disease management'/de)

Søgedokumentation for Embase:

☐ History	Save Delete Print view Export Email	Combine >	using ☒ And ☐ Or	^ Collapse
☐ #9	#1 AND #2 AND #6			251
☐ #8	#1 AND #2 AND #5			112
☐ #7	#1 AND #2 AND #3 AND #4			207
☐ #6	'aquatic exercise'/exp OR 'aquatic exercise':ti,ab,kw OR 'water exercise':ti,ab,kw OR 'water training':ti,ab,kw OR 'aquatic therap':ti,ab,kw OR 'water therap':ti,ab,kw OR 'aquatic':ti,ab,kw OR 'hydrotherap':ti,ab,kw			50,484
☐ #5	'peer group':ti,ab,kw OR 'peer feedback':ti,ab,kw OR 'peer support':ti,ab,kw			7,016
☐ #4	'multidisciplinary':ti,ab,kw OR 'interdisciplinary':ti,ab,kw OR 'multi-disciplinary':ti,ab,kw OR 'inter-disciplinary':ti,ab,kw			156,431
☐ #3	'case management':ti,ab,kw OR 'case management'/exp OR ('care':ti,ab,kw AND ('coordinat':ti,ab,kw OR 'co-ordinat':ti,ab,kw)) OR 'disease management'/de			67,492
☐ #2	'accident'/exp OR 'accident':ti,ab,kw OR 'injur':ti,ab,kw OR 'injury'/exp			2,465,092
☐ #1	'rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation':ti,ab,kw OR 'physiotherapy'/exp OR 'physiotherap':ti,ab,kw OR 'rehabilit':ti,ab,kw OR 'habilit':ti,ab,kw OR 'assistive':ti,ab,kw OR 'physical therapy':ti,ab,kw OR 'exercise therap':ti,ab,kw OR 'training therap':ti,ab,kw			545,144

1f) Bloksøgning og søgedokumentation: Cinahl

Vandtræning:

AND				
OR	Cinahl	Blok 1	Blok 2	Blok 3
		Ulykke	Vandtræning	Rehabilitering
		Accidents (Mesh)	Hydrotherap* (AB, TI)	Rehabilitation (Mesh)
		Wounds and Injuries (Mesh)	Water exercise*(AB, TI)	Rehabilitation (AB, TI)
		injur* (AB, TI)	Water training* (AB, TI)	Rehabilit*(AB, TI)
Accident* (AB, TI)	Aquatic therap*(AB, TI)	Habilit*(AB, TI)		
		Aquatic*(AB, TI)	Assistive (AB, TI)	
		Water therap*(AB, TI)	Physiotherap (AB, TI)	
		Aquatic exercise* (AB, TI)	Physical therap* (AB, TI)	
		Aquatic Exercises (Mesh)	Training therap* (AB, TI)	
			Physical Therapy (Mesh)	

Søgestreng:

(((MH "Accidents+")) OR ((MH "Wounds and Injuries+")) OR ((AB "injur*") OR (TI "injur*"))) OR ((AB "Accident*") OR (TI "Accident*"))) AND (((MH "Rehabilitation+")) OR (AB "Rehabilitation" OR TI "Rehabilitation") OR (AB "Rehabilit*" OR TI "Rehabilit*") OR (AB "Habilit*" OR TI "Habilit*") OR (AB "Assistive" OR TI "Assistive") OR (AB "Physiotherap*" OR TI "Physiotherap*") OR (AB "Physical therap*" OR TI "Physical therap*") OR (AB "Training therap*" OR TI "Training therap*") OR ((MH "Physical Therapy+")) AND ((AB "Hydrotherap*" OR TI "Hydrotherap*") OR (AB "water exercise*" OR TI "water exercise*") OR (AB "water training*" OR TI "water training*") OR (AB "Aquatic therap*" OR TI "Aquatic therap*") OR (AB "Aquatic*" OR TI "Aquatic*") OR (AB "Water therap*" OR TI "Water therap*") OR (AB "Aquatic exercise*" OR TI "Aquatic exercise*") OR ((MH "Aquatic Exercises"))))

Peerstøtte:

AND				
OR	Cinahl	Blok 1	Blok 2	Blok 3
		Ulykke	Peerstøtte	Rehabilitering
		Accidents (Mesh) Wounds and Injuries (Mesh) injur* (AB, TI) Accident* (AB, TI)	Peer Group (AB, TI) Peer support (AB, TI) Peer feedback (AB, TI)	Rehabilitation (Mesh) Rehabilitation (AB, TI) Rehabilit*(AB, TI) Habilit*(AB, TI) Assistive (AB, TI) Physiotherap (AB, TI) Physical therap* (AB, TI) Training therap* (AB, TI) Physical Therapy (Mesh)

Søgestreng:

(((MH "Accidents+")) OR ((MH "Wounds and Injuries+")) OR ((AB "injur*") OR (TI "injur*"))) OR ((AB "Accident*") OR (TI "Accident*")) AND (((MH "Rehabilitation+")) OR (AB "Rehabilitation" OR TI "Rehabilitation") OR (AB "Rehabilit*" OR TI "Rehabilit*") OR (AB "Habilit*" OR TI "Habilit*") OR (AB "Assistive" OR TI "Assistive") OR (AB "Physiotherap*" OR TI "Physiotherap*") OR (AB "Physical therap*" OR TI "Physical therap*") OR (AB "Training therap*" OR TI "Training therap*") OR ((MH "Physical Therapy+"))) AND (((TI "Peer Group") OR (AB "Peer Group")) OR ((TI "Peer support") OR (AB "Peer support")) OR ((TI "Peer feedback") OR (AB "Peer feedback")))

Koordinering:

AND					
OR	Cinahl	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
		Ulykke	Koordinering	Tværfaglighed	Rehabilitering
		Accidents (Mesh) Wounds and Injuries (Mesh) injur* (AB, TI) Accident* (AB, TI)	Care AND (coordinat* OR co-ordinat*)(AB,TI) Case Management (Mesh) Case management (AB, TI) Disease Management (Mesh) Managed Care Programs (Mesh)	Multidisciplinary (AB,TI) Interdisciplinary (AB,TI) Multi-disciplinary (AB,TI) Inter-disciplinary (AB,TI)	Rehabilitation (Mesh) Rehabilitation (AB, TI) Rehabilit*(AB, TI) Habilit*(AB, TI) Assistive (AB, TI) Physiotherap (AB, TI) Physical therap* (AB, TI) Training therap* (AB, TI) Physical Therapy (Mesh)

Søgestreng:

(((MH "Accidents+") OR ((MH "Wounds and Injuries+") OR ((AB "injur*") OR (TI "injur*")) OR ((AB "Accident*") OR (TI "Accident*")))) AND (((MH "Rehabilitation+") OR (AB "Rehabilitation" OR TI "Rehabilitation") OR (AB "Rehabilit*" OR TI "Rehabilit*") OR (AB "Habilit*" OR TI "Habilit*") OR (AB "Assistive" OR TI "Assistive") OR (AB "Physiotherap*" OR TI "Physiotherap*") OR (AB "Physical therap*" OR TI "Physical therap*") OR (AB "Training therap*" OR TI "Training therap*") OR ((MH "Physical Therapy+")))) AND (((((MH "Case Management")) OR (AB "case management") OR (TI "case management") OR (TI ((Care AND (coordinat* OR co-ordinat*)))) OR (AB (Care AND (coordinat* OR co-ordinat*)))) OR ((MH "Managed Care Programs+") OR ((MH "Disease Management+")))) AND (((AB "multidisciplinary" OR TI "multidisciplinary") OR ((AB "Interdisciplinary" OR TI "Interdisciplinary")) OR ((AB "multi-disciplinary" OR TI "multi-disciplinary")) OR ((AB "Inter-disciplinary" OR TI "Inter-disciplinary"))))

Søgedokumentation for Cinahl:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S9	 S1 AND S2 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (42)  View Details  Edit
S8	 S1 AND S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (189)  View Details  Edit
S7	 S1 AND S2 AND S5 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (53)  View Details  Edit
S6	 (((AB "multidisciplinary" OR TI "multidisciplinary")) OR ((AB "Interdisciplinary" OR TI "Interdisciplinary")) OR ((AB "multi-disciplinary" OR TI "multi-disciplinary")) OR ((AB "Inter-disciplinary" OR TI "Inter-disciplinary"))))	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (28,594)  View Details  Edit
S5	 (((((MH "Case Management")) OR (AB "case management") OR (TI "case management") OR (TI ((Care AND (coordinat* OR co-ordinat*)))) OR (AB (Care AND (coordinat* OR co-ordinat*)))) OR ((MH "Managed Care Programs+") OR ((MH "Disease Management+"))))	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (47,641)  View Details  Edit
S4	 ((TI "Peer Group") OR (AB "Peer Group")) OR ((TI "Peer support") OR (AB "Peer support")) OR ((TI "Peer feedback") OR (AB "Peer feedback"))	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,516)  View Details  Edit
S3	 (AB "Hydrotherap*" OR TI "Hydrotherap*") OR (AB "water exercise*" OR TI "water exercise*") OR (AB "water training*" OR TI "water training*") OR (AB "Aquatic therap*" OR TI "Aquatic therap*") OR (AB "Aquatic*" OR TI "Aquatic*") OR (AB "Water therap*" OR TI "Water therap*") OR (AB "Aquatic exercise*" OR TI "Aquatic exercise*") OR ((MH "Aquatic Exercises"))	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,948)  View Details  Edit

S2	 ((MH "Rehabilitation+") OR (AB "Rehabilitation" OR TI "Rehabilitation") OR (AB "Rehabilit*" OR TI "Rehabilit*") OR (AB "Habilit*" OR TI "Habilit*") OR (AB "Assistive" OR TI "Assistive") OR (AB "Physiotherap*" OR TI "Physiotherap*") OR (AB "Physical therap*" OR TI "Physical therap*") OR (AB "Training therap*" OR TI "Training therap*") OR ((MH "Physical Therapy+"))	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (231,427)	 View Details	 Edit
S1	 ((MH "Accidents+") OR ((MH "Wounds and Injuries+") OR ((AB "injur*" OR TI "injur*") OR ((AB "Accident*" OR TI "Accident*"))	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (245,996)	 View Details	 Edit

1g) Bloksøgning og søgedokumentation: Cochrane Library

Vandtræning:

AND				
OR	Cochrane	Blok 1	Blok 2	Blok 3
		Ulykke	Vandtræning	Rehabilitering
		Accidents (Mesh)	water exercise* (ti,ab,kw)	Rehabilitation* (ti,ab,kw)
		Accident *(ti,ab,kw)	water training* (ti,ab,kw)	Rehabilitation (Mesh)
Wounds and injuries (Mesh)	Aquatic therap* (ti,ab,kw)	Physical Therapy Modalities (Mesh)		
Injur*(ti,ab,kw)	Aquatic* (ti,ab,kw)	Rehabilit* (ti,ab,kw)		
	Water therap* (ti,ab,kw)	Habilit* (ti,ab,kw)		
	Aquatic exercise* (ti,ab,kw)	Assistive (ti,ab,kw)		
	Hydrotherap*(ti,ab,kw)	Physiotherap* (ti,ab,kw)		
		Physical therap* (ti,ab,kw)		
		Training therap* (ti,ab,kw)		

Peerstøtte:

AND				
OR	Cochrane	Blok 1	Blok 2	Blok 3
		Ulykke	Peerstøtte	Rehabilitering
		Accidents (Mesh)	Peer Feedback (ti,ab,kw)	Rehabilitation* (ti,ab,kw)
		Accident *(ti,ab,kw)	Peer Group (ti,ab,kw)	Rehabilitation (Mesh)
Wounds and injuries (Mesh)	Peer Support (ti,ab,kw)	Physical Therapy Modalities (Mesh)		
Injur*(ti,ab,kw)		Rehabilit* (ti,ab,kw)		
		Habilit* (ti,ab,kw)		
		Assistive (ti,ab,kw)		
		Physiotherap* (ti,ab,kw)		
		Physical therap* (ti,ab,kw)		
		Training therap* (ti,ab,kw)		

Koordinering:

AND					
OR	Cochrane	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
		Ulykke	Koordinering	Tværfaglighed	Rehabilitering
		Accidents (Mesh)	Case Management (Mesh)	Interdisciplinary (ti,ab,kw)	Rehabilitation* (ti,ab,kw)
		Accident *(ti,ab,kw)	Case management (ti,ab,kw)	Inter-disciplinary (ti,ab,kw)	Rehabilitation (Mesh)
		Wounds and injuries (Mesh)	Patient Care Management (Mesh)	Multidisciplinary (ti,ab,kw)	Physical Therapy Modalities (Mesh)
Injur*(ti,ab,kw)	Patient Care Management	Multi-disciplinary (ti,ab,kw)	Rehabilit* (ti,ab,kw)		
		Comprehensive Health Care (Mesh)	Habilit* (ti,ab,kw)		
		Disease Management (Mesh)	Assistive (ti,ab,kw)		
		(Care and (Coordinat* or co-ordinat*)) (ti,ab,kw)	Physiotherap* (ti,ab,kw)		
			Physical therap* (ti,ab,kw)		
			Training therap* (ti,ab,kw)		

Søgedokumentation for Cochrane:

−	+	#1	MeSH descriptor: [Accidents] explode all trees	(M)	6129
−	Edit	+	#2	accident*:ti,ab,kw	12760
−	+	#3	MeSH descriptor: [Wounds and Injuries] explode all trees	(M)	20311
−	Edit	+	#4	Injur*:ti,ab,kw	37852
−	Edit	+	#5	#1 or #2 or #3 or #4	60714
−	Edit	+	#6	water exercise*:ti,ab,kw	1679
−	Edit	+	#7	water training*:ti,ab,kw	695
−	Edit	+	#8	Aquatic therap*:ti,ab,kw	238
−	Edit	+	#9	Aquatic*:ti,ab,kw	371
−	Edit	+	#10	Hydrotherap*:ti,ab,kw	360
−	Edit	+	#11	Water therap*:ti,ab,kw	5207
−	Edit	+	#12	Aquatic exercise*:ti,ab,kw	334
−	Edit	+	#13	#6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12	7049
−	+	#14	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	(M)	31479
−	Edit	+	#15	Rehabilitation:ti,ab,kw	23058
−	+	#16	MeSH descriptor: [Physical Therapy Modalities] explode all trees	(M)	23040

−	Edit	+	#17	Rehabilit*:ti,ab,kw	23733
−	Edit	+	#18	Habilit*:ti,ab,kw	42
−	Edit	+	#19	Assistive:ti,ab,kw	365
−	Edit	+	#20	Physiotherap*:ti,ab,kw	8586
−	Edit	+	#21	Physical therap*:ti,ab,kw	31830
−	Edit	+	#22	Training therap*:ti,ab,kw	19715
−	Edit	+	#23	#14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22	81660
−	Edit	+	#24	#5 and #13 and #23	207
−	+	#25	"Peer Feedback":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	(S)	27
−	+	#26	"Peer Group":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	(S)	1737

−	Edit	+	#28	#25 or #26 or #27	111	1943
−		+	#29	MeSH descriptor: [Case Management] explode all trees	m	812
−		+	#30	"case management":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	s	1793
−	Edit	+	#31	(Care and (Coordinat* or co-ordinat*)):ti,ab,kw	111	2029
−	Edit	+	#32	#29 or #30 or #31	111	3698
−	Edit	+	#33	#5 and #23 and #28	111	29
−	Edit	+	#34	#5 and #23 and #32	111	76
−	Edit	+	#35	#5 and #13 and #23	111	207
−		+	#36	MeSH descriptor: [Patient Care Management] explode all trees	m	24666
−		+	#37	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only	m	165
−		+	#38	MeSH descriptor: [Comprehensive Health Care] explode all trees	m	10780
−		+	#39	MeSH descriptor: [Disease Management] explode all trees	m	3909
−	Edit	+	#40	#37 or #38 or #39	111	14503
−	Edit	+	#41	#40 or #32	111	17002

−	Edit	+	#42	"interdisciplinary":ti,ab,kw or "inter-disciplinary":ti,ab,kw or "multidisciplinary":ti,ab,kw or "multi-disciplinary":ti,ab,kw	111	5086
−	Edit	+	#43	#41 and #42 and #5 and #23	111	28

1h) Mendeley dokumentering

Vandtræning

	Før dupli	Efter duplicate fjerning
Cinahl	189	
Cochrane	207	
Embase	251	
Pubmed	187	
I alt	773	658

Peerstøtte

	Før dupli	Efter duplicate fjerning
Cinahl	42	
Cochrane	29	
Embase	112	
Pubmed	58	
I alt	241	151

Koordinering

	Før dupli	Efter duplicate fjerning
Cinahl	53	
Cochrane	28	
Embsae	207	
Pubmed	302	
I alt	590	463

1i) Resultat af litteratursøgningen

Nedenstående skemaer indeholder oversigter over de enkelte bloksøgninger og de samlede bloksøgninger i de enkelte databaser for hver delelement i The Back to Life Project, fundet ved den systematiske litteratursøgning.

Vandtræning

Informationskilde Bloksøgning	Pubmed	Embase	Cinhal	Cochrane
Blok 1 (Rehabilitering)	401904	545144	231427	81660
Blok 2 (ulykke)	1438363	2465092	245996	60714
Blok 3 (vandtræning)	42990	50484	1948	7049
Samlet bloksøgning	187	251	189	207

Peerstøtte

Informationskilde Bloksøgning	Pubmed	Embase	Cinhal	Cochrane
Blok 1 (Rehabilitering)	401904	545144	231427	81660
Blok 2 (ulykke)	1438363	2465092	245996	60714
Blok 3 (peerstøtte)	5133	7016	2516	1943
Samlet bloksøgning	58	112	42	29

Koordinering

Informationskilde	Pubmed	Embase	Cinhal	Cochrane
Bloksøgning				
Blok 1 (Rehabilitering)	401904	545144	231427	81660
Blok 2 (ulykke)	1438363	2465092	245996	60714
Blok 3 (koordinering)	349362	67492	47641	17002
Blok 4 (tværfaglig)	101795	156431	28594	5086
Samlet bloksøgning	302	207	53	28

1j) Dato og identifikation

Den systematiske litteratursøgning blev afsluttet den 15. april og udført af:

Michelle Brøbech Estrup, studienr.: 20140871, studerende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.

Alexander Arndt Pasgaard, studienr.: 20150979, studerende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.

1k) CONSORT: Checkliste og validering af studier

CONSORT Tjekliste

Section/Topic	Item No	Checklist item
Title and abstract		
	1a	Identification as a randomised trial in the title
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)
Introduction		
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale
	2b	Specific objectives or hypotheses
Methods		
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons
Participants	4a	Eligibility criteria for participants
	4b	Settings and locations where the data were collected
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons
Sample size	7a	How sample size was determined
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines
Randomisation:		
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those

		assessing outcomes) and how
Statistical methods	11b	If relevant, description of the similarity of interventions
	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses
Results		
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up
	14b	Why the trial ended or was stopped
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)
Discussion		
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence
Other information		
Registration	23	Registration number and name of trial registry
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders

CONSORT: Validering af studier

Journal article	Item no.	Water-based versus land-based exercise program for the management of shoulder impingement syndrome. (Subaşı et al., 2012)	Effect of aquatic versus land based exercise programs on physical performance in severely burned patients: a randomized controlled trial. (Zoheiry et al., 2017)	An expanded delivery model for outpatient burn rehabilitation.	Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. (Semlyen et al., 1998)
-----------------	----------	--	---	--	---

					Ikke RCT – Quasi-design
Titel and abstract	1a	Nej	Ja	Nej	Nej
	1b	Ja	Ja	Ja	Ja
Background/ objectives	2a	Ja	Ja	Ja	Ja
	2b	Ja	Ja	Ja	Ja
Trial design	3a	Ja	Ja	Ja	Ja
	3b	N/A	N/A	N/A	N/A
participants	4a	Ja	Ja	Ja	Ja
	4b	Nej	Ja	Ja	Ja
Interventions	5	Ja	ja	Ja	Nej
Outcomes	6a	Ja	Ja	Ja	Ja
	6b	N/A	N/A	N/A	N/A
Sample Size	7a	Nej	Nej	Nej	Ja
	7b	N/A	N/A	N/A	N/A
Sequence	8a	Nej	Ja	Nej	N/A
	8b	Nej	Nej	Nej	N/A
Allocation	9	Nej	Ja	Nej	N/A
Implementation	10	Nej	Ja	Nej	N/A
Blinding	11a	N/A	Nej	Nej	N/A
	11b	N/A	N/A	Nej	N/A
Statistical methods	12a	Ja	Ja	Ja	Ja
	12b	Nej	Nej	Ja	N/A
Participant flow	13a	Nej	Nej	Ja	N/A

	13b	Nej	Nej	Ja	N/A
Recruitment	14a	Nej	Nej	Nej	Nej
	14b	N/A	N/A	Ja	Ja
Baseline data	15	Ja	Ja	Ja	Ja
Numbers Analysed	16	Ja	Nej	Ja	Ja
Outcomes and estimation	17a	Ja	Ja	Ja	Ja
	17b	N/A	Nej	N/A	
Ancillary analyses	18	N/A	Nej	N/A	N/A
Harms	19	Nej	Nej	Nej	Nej
Limitations	20	Ja	Ja	Ja	Nej
Generalisability	21	Nej	Nej	Ja	Nej
Interpretation	22	Ja	Ja	Ja	Ja
Registration	23	Nej	Nej	Nej	Nej
Protocol	24	Nej	Nej	Nej	Nej
Funding	25	Nej	Nej	Nej	Ja

N/A står for not applicable: ikke relevant

1i) PRISMA: Checkliste og validering af studier

PRISMA Tjekliste



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants; and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2 for each meta-analysis).	

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Strengthening Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

PRISMA: Validering af studier

PRISMA	Studie
	(Wobma et al., 2016)
1	Ja (s. 837)
2	Ja (s. 837)
3	Ja (s. 837 - 838)
4	Delvist (s. 837-838). Identificerer ikke outcome apriori.
5	Indikerer at en protokol er lavet (s. 838). Der er dog ingen henvisning til protokollen.
6	Ja (s. 838)
7	Ja (s. 838)
8	Delvist (s. 838). Angiver anvendte søgetermer men ikke den konkrete søgning.
9	Ja (s. 838)
10	Ja (s. 838)
11	Ikke angivet
12	Ikke angivet
13	Ikke angivet
14	Angiver for stor heterogenitet mellem de to studier til at poole resultaterne. (s. 840)
15	N/A
16	N/A

17	Ja (s. 838)
18	Ja (s. 839)
19	Ikke angivet
20	Ikke angivet
21	N/A
22	N/A
23	N/A
24	Ja (s. 839-840)
25	Ikke angivet
26	Ja (s. 840)
27	Ja (s. 840)

1m) STROBE: Checkliste og validering af studier

STROBE Tjekliste

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results

Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion

Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results

Other information

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
---------	----	---

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

STROBE: Validering af studier

	Studie
Strobe punkt	(Sweet et al., 2016) Peer support need fulfillment among adults with spinal cord injury: relationships with participation, life satisfaction and individual characteristics
1	a. Ja (s.1) b. Ja (s.1)
2	Ja (s. 1-2)
3	Ja (s. 2)
4	Ja (s. 2-3)
5	Beskrevet kort (s. 2-3), uddybet I tidligere artikel
6	Beskrevet kort (s. 2), uddybet I tidligere artikel.
7	Ja (s. 2-3)
8	Ja (s. 2-3)
9	Nej
10	Beskrevet kort (s. 2), uddybet I tidligere artikel.
11	Ja (s. 3)
12	a. Ja (s. 3) b. Nej c. Nej d. Nej e. Nej
13	a-c. Ikke angivet, uddybet i tidligere artikel.

14	a. Ja (s. 2) b. Nej
15	Nej
16	a. Ja (s. 4+) b. N/A
17	Ja (s. 3)
18	Ja (s. 6)
19	Ja (s. 7)
20	Ja (s. 6-7)
21	Ja (s. 7)
22	Ja (s. 7)

Bilag 2) Sundhedsøkonomisk metode

2a) Omkostninger i The Back to Life Project (BTL)

Omkostninger sendt pr. mail fra The Back to Life Project d. 11 april:

✉ Alexander Arndt Pasgaard

Til: [18gr10309](#)

Vedhæftede filer:  Omkostninger i Back to Li~1.docx (16 KB) [\[Åbn i browser\]](#)

Indbakke

From: Cæcilie Andersen [cilleandersen@gmail.com]
Sent: Wednesday, April 11, 2018 11:24 AM
To: Alexander Arndt Pasgaard
Cc: Mikkel Salling Holmgaard
Subject: Omkostninger i The Back to Life Project

Omkostninger i Back to Life for 2017 – Inklusiv alle ting der har været udlånt eller givet ”gratis”.

Timeforbrug for al personale inklusiv frivillige, lønnede og evt. peers der varetager en opgave

- Timer holdtræning - 20 timer pr uge i 45 uger = 900 timer
- Timer personlig træning med træner - 10 timer pr uge i 45 uger = 450 timer
- Timer Administration – 20 timer pr uge i 50 uger = 1000 timer
- Timer Støtte fx koordinering 10 timer pr uge i 45 uger = 450 timer
- Time forbrug transport personale (I arbejdstiden) 6 timer pr uge i 45 uger = 270 timer

Materiale Forbrug

Transport – 1500 kr pr i 45 uger = 67.500,00 KR

Evt. mad, drikkevarer, snacks mm. - 500 kr pr i 45 uger = 22.500,00

Rengøring, lys, varme, vand osv. - En del af huslejen

Udstyr – 15.000 årligt

Lokaleforbrug (antal timer)

Lokaler til træning – ingen udgifter pt, men det får vi i nye lokaler pr 1. Maj 2018

Lokaler til administration (inkl lys, vand, varme , parkering, internet og rengøring) - 4600 kr pr måned i 12 måneder = 55.200,00 kr

Genoptræningslejr (samlede omkostninger og antal deltagere, og evt. antal timer frivilligt arbejde og lokaleforbrug)

2 genoptræningslejre årligt

160.000 kr (inkl ca 100 timers lokale forbrug, forplejning, overnatning og transport)

40 deltagere

9 frivillige - 8*20 timer, 1*60 timer (inkl forberedelse)

Oplevelsesrehabilitering (samlede omkostninger og antal deltagere, evt. antal timer frivilligt arbejde)

40.000 kr årligt

50 deltagere

20 timer frivilligt ugentligt

Antal genoptræningsforløb/deltagere

70

2b) Omkostninger til Hjerterehabilitering (HRC)

Tabel 6.16 Nyborg Kommunes omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering. 1. april 2008 - 31. oktober 2009.

Aktivitet	Personalegruppe	Den daglige drift		Etablering/forberedelse		De samlede omkost. (kr.)
		Timer/uge	Omkost. (kr.)	Timer, i alt	Omkost. (kr.)	
Tidsforbrug		35	441.303	346	71.448	512.751
Fysisk træning*						
Fysioterapeut		6	72.148	66	14.109	
Patientundervisning						
Fysioterapeut		0,5	5.932			
Kostvejleder		0,5	6.632	52	11.400	
Forløbskoordination**						
Forløbskoordinator		28	355.592	196	38.099	
Adm. personale			1.000		1.000	
Ansættelse af personale				32	6.841	
Ekstern samarbejdspartner						
Hjerteforeningen***			58.261			58.261
Transportudgifter****			20.215		1.282	21.496
Fysisk træning						
Fysioterapeut					1.282	
Patienter			8.579			
Forløbskoordination						
Forløbskoordinator			11.636			
Andet			21.073	20	25.962	47.035
Kontormøbler					9.277	
Materialer, pjecer og bøger					679	
Diverse IT			420		5.832	
Stillingsannoncer					2.575	
Kursus, forløbskoordinator					3.324	
Projektmøder og temadage m.m.			5.261	20	4.275	
Interne møder, fysioterapeut			15.391			
I alt		35	540.851	366	98.692	639.544

Kilde: Oplysninger leveret af forløbskoordinator baseret på Nyborg Kommunes regnskaber.

* Ved beregning af omkostninger indgår der også tid til ferie og pauser.

** Der indgår timer og løn fra 15. juli 2008.

*** Er baseret på afregning med Hjerteforeningen.

**** Er baseret på en takst på 3,56 kr./km.

Nyborg Kommune lejer sig ind i de tidligere træningslokaler for Nyborg Sygehus. Omkostningerne ved hjertereholdets brug af lokalerne, skønner vi, beløber sig til ca. 35.000-40.000 kr. årligt. Dette estimat må dog tages med alt muligt forbehold, da det er baseret på en række antagelser om det øvrige omfang af brugere og deres tidsforbrug. Estimatet indgår derfor heller ikke i beregningen af de samlede omkostninger ved den kommunale hjerterehabilitering i Nyborg Kommune.

(Rasmussen et al., 2011)

2c) Omkostningsberegninger for begge tiltag (BTL og HRC)

	I	J	K
1		Kommunaludgifter fra Nyborg kommune	
2		Rasmussen et al. (2011)	Justeret til 2017 niveau
3			
4			
5		Pris - og lønudvikling 2008-2017:	1,19
6		$1*1,039*1,029*1,013*1,024*1,01*1,014*1,014*1,014*1,018$	
7		I alt 19%	
8			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1			Enhedsantal	Enhedstype		Enhedspris			Total
2									
3	Arbejdstimer					Justeringsfaktor fra 2016-2017 pris: 1,8			
4									
5	Personlig Træning		450 Timer		$259,64*1,018=$	kr. 264,31	Per time	$C5*F5=$	kr. 118.941,08
6	Holdtræning		900 Timer		$259,64*1,018=$	kr. 264,31	Per time	$C6*F6=$	kr. 237.882,17
7	Koordinering		450 Timer		$350,7*1,018=$	kr. 357,01	Per time	$C7*F7=$	kr. 160.655,67
8	Administration		1000 Timer		$350,7*1,018=$	kr. 357,01	Per time	$C8*F8=$	kr. 357.012,60
9	Transport i arbejdstiden		270 Timer		$259,64*1,018=$	kr. 264,31	Per time	$C9*F9=$	kr. 71.364,65
10									
11	I alt							$SUM(I5:I9)=$	kr. 945.856,17
12									
13	Lokaleforbrug								
14	Lokaler til træning								
15	Lokaler til administration		12 Måneder			kr. 4.600,00	Per måned	$C15*F15=$	kr. 55.200,00
16									
17	I alt								kr. 55.200,00
18									
19	Andre udgifter								
20	Transport		45 Uger			kr. 1.500,00	Per uge	$C20*F20=$	kr. 67.500,00
21	Mad, snacks mm.		45 Uger			kr. 500,00	Per uge	$C21*F21=$	kr. 22.500,00
22	Udstyr		1 År			kr. 15.000,00	Per År	$C22*F22=$	kr. 15.000,00
23									
24	I alt							$SUM(I20:I22)=$	kr. 105.000,00

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
26	Oplevelsesrehabilitering								
27	Årlige omkostninger		1 År			kr. 40.000,00	Per År	$C27*F27=$	kr. 40.000,00
28	Timers arbejde oplevelsesrehabilitering		900 Timer		$259,64*1,018=$	kr. 264,31		$F28*C28=$	kr. 237.882,17
29									
30	I alt							$SUM(I27:I28)=$	kr. 277.882,17
31									
32	Genoptræningslejre								
33	Årlige lejre		2 Stk			kr. 160.000,00	Per stk	$C33*F33=$	kr. 320.000,00
34	Timers arbejde på lejrene		440 Timer		$259,64*1,018=$	kr. 264,31	Per time	$C34*F34=$	kr. 116.297,95
35									
36	I alt							$SUM(I33:I34)=$	kr. 436.297,95

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
41	Deltager forløb								70 Deltagere		40 Deltagere		
42													
43	Omkostninger løn i alt						SUM(I15:I19)+I28+I34=		kr. 1.300.036,29		kr. 512.751,00	K43*P6=	kr. 609.578,80
44	Omkostninger materiale i alt						I20+I21+ I22=		kr. 105.000,00		kr. 21.496,00	K44*P6=	kr. 25.555,30
45	Omkostninger lokale i alt						I15=		kr. 55.200,00		kr. 37.500,00	K45*P6=	kr. 44.581,49
46	Omkostninger andet i alt						I33+I27=		kr. 360.000,00		kr. 105.296,00	K46*P6=	kr. 125.180,08
47													
48	I alt						SUM(I43:I47)=		kr. 1.820.236,29		kr. 677.043,00		
49	Justeret til 2017 niveau											K48*P6=	kr. 804.895,67
50													
51	I alt per deltager						I48/I41=		kr. 26.003,38	Per deltager		M49/K41=	kr. 20.122,39
52													
53	Difference						I51-M51=		kr. 5.880,98	Per deltager			
54													
55	Betalingsvilje								kr. 250.000,00	Per QALY			
56													
57	Minimum QALY gevinst for omkostningseffektivitet						I53/I55=		0,023523935	QALY per deltager			

Følsomhedsanalyse

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
59									
60	FØLSOMHEDSANALYSER								
61	Kommunal lønsats								
62									
63	Lønnede timer per uge		35						
64	Uger i alt		83						
65	Yderligere		346						
66	Timer i alt	C63*C64+C65=	3251						
67									
68	Lønomkostninger i alt	kr. 609.578,80							
69	Timeløn	B68/C66=	kr. 187,51						
70									
71									
72			Enhedsantal	Enhedstype		Enhedspris			Total
73									
74	Arbejdstimer								
75									
76	Personlig Træning		450	Timer		kr. 187,51	Per time	C76*F76=	kr. 84.379,50
77	Holdtræning		900	Timer		kr. 187,51	Per time	C77*F77=	kr. 168.759,00
78	Koordinering		450	Timer		kr. 187,51	Per time	C78*F78=	kr. 84.379,50
79	Administration		1000	Timer		kr. 187,51	Per time	C79*F79=	kr. 187.510,00
80	Transport i arbejdstiden		270	Timer		kr. 187,51	Per time	C80*F80=	kr. 50.627,70
81									
82	I alt							SUM(I76:I80)=	kr. 575.655,70

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
84	Lokaleforbrug								
85	Lokaler til træning								
86	Lokaler til administration		12 Måneder			kr. 4.600,00	Per måned	C86*F86=	kr. 55.200,00
87									
88	I alt							I86=	kr. 55.200,00
89									
90	Andre udgifter								
91	Transport		45 Uger			kr. 1.500,00	Per uge	C91*F91=	kr. 67.500,00
92	Mad, snacks mm.		45 Uger			kr. 500,00	Per uge	C92*F92=	kr. 22.500,00
93	Udstyr		1 År			kr. 15.000,00	Per År	C93*F93=	kr. 15.000,00
94									
95	I alt							SUM(I91:I93)=	kr. 105.000,00
96									
97	Oplevelsesrehabilitering								
98	Årlige omkostninger		1 År			kr. 40.000,00	Per År	C98*F98=	kr. 40.000,00
99	Timers arbejde oplevelsesrehabilitering		900 Timer			kr. 187,51		F99*C99=	kr. 168.759,00
100									
101	I alt							SUM(I98:I99)=	kr. 208.759,00
102									
103	Genoptræningsleje								
104	Årlige leje		2 Stk			kr. 160.000,00	Per stk	C104*F104=	kr. 320.000,00
105	Timers arbejde på lejrene		440 Timer			kr. 187,51	Per time	C105*F105=	kr. 82.504,40
106									
107	I alt							SUM(I104:I105)	kr. 402.504,40

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
110	Omkostninger for The Back to Life Project						I82+I88+I95+I101+I107=		kr. 1.347.119,10	Per år
111										
112	Per deltager						I110/70=		kr. 19.244,56	
113										
114	Difference						I112-M51=		-kr. 877,83	
115										
116	Betalingsvilje								kr. 250.000,00	Per QALY
117										
118	Minimum QALY gevinst for omkostningseffektivitet						I114/I116=		-0,003511333	QALY per deltager

Bilag 3) EQ-5D-3L spørgeskema

Figure 1: EQ-5D-3L (UK English sample version)

By placing a tick in one box in each group below, please indicate which statements best describe your own health state today.

Mobility

- I have no problems in walking about ☐
- I have some problems in walking about ☐
- I am confined to bed ☐

Self-Care

- I have no problems with self-care ☐
- I have some problems washing or dressing myself ☐
- I am unable to wash or dress myself ☐

Usual Activities (*e.g. work, study, housework, family or leisure activities*)

- I have no problems with performing my usual activities ☐
- I have some problems with performing my usual activities ☐
- I am unable to perform my usual activities ☐

Pain/Discomfort

- I have no pain or discomfort ☐
- I have moderate pain or discomfort ☐
- I have extreme pain or discomfort ☐

Anxiety/Depression

- I am not anxious or depressed ☐
- I am moderately anxious or depressed ☐
- I am extremely anxious or depressed ☐

(Reenen & Oppe, 2015)

Bilag 4) ICF-coreset til muskuloskeletale sygdomme.

**COMPREHENSIVE ICF CORE SET for MUSCULOSKELETAL CONDITIONS
for POST ACUTE CARE**

BODY FUNCTIONS = physiological functions of body systems (including psychological functions)	
b130	Energy and drive functions General mental functions of physiological and psychological mechanisms that cause the individual to move towards satisfying specific needs and general goals in a persistent manner. <i>Inclusions: functions of energy level, motivation, appetite, craving (including craving for substances that can be abused) and impulse control</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); temperament and personality functions (b126); sleep functions (b134); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152)</i>
b134	Sleep functions General mental functions of periodic, reversible and selective physical and mental disengagement from one's immediate environment accompanied by characteristic physiological changes. <i>Inclusions: functions of amount of sleeping, and onset, maintenance and quality of sleep; functions involving the sleep cycle, such as in insomnia, hypersomnia and narcolepsy</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); energy and drive functions (b130); attention functions (b140); psychomotor functions (b147)</i>
b152	Emotional functions Specific mental functions related to the feeling and affective components of the processes of the mind. <i>Inclusions: functions of appropriateness of emotion, regulation and range of emotion; affect; sadness, happiness, love, fear, anger, hate, tension, anxiety, joy, sorrow; lability of emotion; flattening of affect</i> <i>Exclusions: temperament and personality functions (b126); energy and drive functions (b130)</i>
b260	Proprioceptive function Sensory functions of sensing the relative position of body parts. <i>Inclusions: functions of statesthesia and kinaesthesia</i> <i>Exclusions: vestibular functions (b235); sensations related to muscles and movement functions (b780)</i>
b270	Sensory functions related to temperature and other stimuli Sensory functions of sensing temperature, vibration, pressure and noxious stimulus. <i>Inclusions: functions of being sensitive to temperature, vibration, shaking or oscillation, superficial pressure, deep pressure, burning sensation or a noxious stimulus</i> <i>Exclusions: touch functions (b265); sensation of pain (b280)</i>
b280	Sensation of pain Sensation of unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure. <i>Inclusions: sensations of generalized or localized pain in one or more body part, pain in a dermatome, stabbing pain, burning pain, dull pain, aching pain; impairments such as myalgia, analgesia and hyperalgesia</i>

b415	Blood vessel functions
	Functions of transporting blood throughout the body. <i>Inclusions: functions of arteries, capillaries and veins; vasomotor function; functions of pulmonary arteries, capillaries and veins; functions of valves of veins; impairments such as in blockage or constriction of arteries; atherosclerosis, arteriosclerosis, thromboembolism and varicose veins</i> <i>Exclusions: heart functions (b410); blood pressure functions (b420); haematological system functions (b430); exercise tolerance functions (b455)</i>
b435	Immunological system functions
	Functions of the body related to protection against foreign substances, including infections, by specific and non-specific immune responses. <i>Inclusions: immune response (specific and non-specific); hypersensitivity reactions; functions of lymphatic vessels and nodes; functions of cell-mediated immunity, antibody-mediated immunity; response to immunization; impairments such as in autoimmunity, allergic reactions, lymphadenitis and lymphoedema</i> <i>Exclusion: haematological system functions (b430)</i>
b440	Respiration functions
	Functions of inhaling air into the lungs, the exchange of gases between air and blood, and exhaling air. <i>Inclusions: functions of respiration rate, rhythm and depth; impairments such as apnoea, hyperventilation, irregular respiration, paradoxical respiration and bronchial spasm and as in pulmonary emphysema</i> <i>Exclusions: respiratory muscle functions (b445); additional respiratory functions (b450); exercise tolerance functions (b455)</i>
b455	Exercise tolerance functions
	Functions related to respiratory and cardiovascular capacity as required for enduring physical exertion. <i>Inclusions: functions of physical endurance, aerobic capacity, stamina and fatigability</i> <i>Exclusions: functions of the cardiovascular system (b410-b429); haematological system functions (b430); respiration functions (b440); respiratory muscle functions (b445); additional respiratory functions (b450)</i>
b525	Defecation functions
	Functions of elimination of wastes and undigested food as faeces and related functions. <i>Inclusions: functions of elimination, faecal consistency, frequency of defecation; faecal continence, flatulence; impairments such as constipation, diarrhoea, watery stool and anal sphincter incompetence or incontinence</i> <i>Exclusions: digestive functions (b515); assimilation functions (b520); sensations associated with the digestive system (b535)</i>
b530	Weight maintenance functions
	Functions of maintaining appropriate body weight, including weight gain during the developmental period. <i>Inclusions: functions of maintenance of acceptable Body Mass Index (BMI); impairments such as underweight, cachexia, wasting, overweight, emaciation and such as in primary and secondary obesity</i> <i>Exclusions: assimilation functions (b520); general metabolic functions (b540); endocrine gland functions (b555)</i>
b620	Urination functions
	Functions of discharge of urine from the urinary bladder. <i>Inclusions: functions of urination, frequency of urination, urinary continence; impairments such as in stress, urge, reflex, overflow, continuous incontinence, dribbling, automatic bladder, polyuria, urinary retention and urinary urgency</i> <i>Exclusions: urinary excretory functions (b610); sensations associated with urinary functions (b630)</i>
b710	Mobility of joint functions
	Functions of the range and ease of movement of a joint. <i>Inclusions: functions of mobility of single or several joints, vertebral, shoulder, elbow, wrist, hip, knee, ankle, small joints of hands and feet; mobility of joints generalized; impairments such as in hypermobility of joints, frozen joints, frozen shoulder, arthritis</i> <i>Exclusions: stability of joint functions (b715); control of voluntary movement functions (b760)</i>
b715	Stability of joint functions
	Functions of the maintenance of structural integrity of the joints. <i>Inclusions: functions of the stability of a single joint, several joints, and joints generalized; impairments such as in unstable shoulder joint, dislocation of a joint, dislocation of shoulder and hip</i> <i>Exclusion: mobility of joint functions (b710)</i>
b730	Muscle power functions
	Functions related to the force generated by the contraction of a muscle or muscle groups. <i>Inclusions: functions associated with the power of specific muscles and muscle groups, muscles of one limb, one side of the body, the lower half of the body, all limbs, the trunk and the body as a whole; impairments such as weakness of small muscles in feet and hands, muscle paresis, muscle paralysis, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, quadriplegia and akinetic mutism</i> <i>Exclusions: functions of structures adjoining the eye (b215); muscle tone functions (b735); muscle endurance functions (b740)</i>
b735	Muscle tone functions
	Functions related to the tension present in the resting muscles and the resistance offered when trying to move the muscles passively. <i>Inclusions: functions associated with the tension of isolated muscles and muscle groups, muscles of one limb, one side of the body and the lower half of the body, muscles of all limbs, muscles of the trunk, and all muscles of the body; impairments such as hypotonia, hypertonia and muscle spasticity</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); muscle endurance functions (b740)</i>

b740	Muscle endurance functions
	Functions related to sustaining muscle contraction for the required period of time. <i>Inclusions: functions associated with sustaining muscle contraction for isolated muscles and muscle groups, and all muscles of the body; impairments such as in myasthenia gravis</i> <i>Exclusions: exercise tolerance functions (b455); muscle power functions (b730); muscle tone functions (b735)</i>
b755	Involuntary movement reaction functions
	Functions of involuntary contractions of large muscles or the whole body induced by body position, balance and threatening stimuli. <i>Inclusions: functions of postural reactions, righting reactions, body adjustment reactions, balance reactions, supporting reactions, defensive reactions</i> <i>Exclusion: motor reflex functions (b750)</i>
b760	Control of voluntary movement functions
	Functions associated with control over and coordination of voluntary movements. <i>Inclusions: functions of control of simple voluntary movements and of complex voluntary movements, coordination of voluntary movements, supportive functions of arm or leg, right left motor coordination, eye hand coordination, eye foot coordination; impairments such as control and coordination problems, e.g. dysdiadochokinesia</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); involuntary movement functions (b765); gait pattern functions (b770)</i>
b770	Gait pattern functions
	Functions of movement patterns associated with walking, running or other whole body movements. <i>Inclusions: walking patterns and running patterns; impairments such as spastic gait, hemiplegic gait, paraplegic gait, asymmetric gait, limping and stiff gait pattern</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); muscle tone functions (b735); control of voluntary movement functions (b760); involuntary movement functions (b765)</i>

b780	Sensations related to muscles and movement functions
	Sensations associated with the muscles or muscle groups of the body and their movement. <i>Inclusions: sensations of muscle stiffness and tightness of muscles, muscle spasm or constriction, and heaviness of muscles</i> <i>Exclusion: sensation of pain (b280)</i>
b810	Protective functions of the skin
	Functions of the skin for protecting the body from physical, chemical and biological threats. <i>Inclusions: functions of protecting against the sun and other radiation, photosensitivity, pigmentation, quality of skin; insulating function of skin, callus formation, hardening; impairments such as broken skin, ulcers, bedsores and thinning of skin</i> <i>Exclusions: repair functions of the skin (b820); other functions of the skin (b830)</i>

BODY STRUCTURES

= anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components

s710	Structure of head and neck region
s720	Structure of shoulder region
s730	Structure of upper extremity
s740	Structure of pelvic region
s750	Structure of lower extremity
s760	Structure of trunk
s810	Structure of areas of skin

ACTIVITIES AND PARTICIPATION = execution of a task or action by an individual and involvement in a life situation	
d155	Acquiring skills Developing basic and complex competencies in integrated sets of actions or tasks so as to initiate and follow through with the acquisition of a skill, such as manipulating tools or playing games like chess. <i>Inclusion: acquiring basic and complex skills</i>
d177	Making decisions Making a choice among options, implementing the choice, and evaluating the effects of the choice, such as selecting and purchasing a specific item, or deciding to undertake and undertaking one task from among several tasks that need to be done. <i>Exclusions: thinking (d163); solving problems (d175)</i>
d230	Carrying out daily routine Carrying out simple or complex and coordinated actions in order to plan, manage and complete the requirements of day-to-day procedures or duties, such as budgeting time and making plans for separate activities throughout the day. <i>Inclusions: managing and completing the daily routine; managing one's own activity level</i> <i>Exclusion: undertaking multiple tasks (d220)</i>
d240	Handling stress and other psychological demands Carrying out simple or complex and coordinated actions to manage and control the psychological demands required to carry out tasks demanding significant responsibilities and involving stress, distraction or crises, such as driving a vehicle during heavy traffic or taking care of many children. <i>Inclusions: handling responsibilities; handling stress and crisis</i>
d310	Communicating with - receiving - spoken messages Comprehending literal and implied meanings of messages in spoken language, such as understanding that a statement asserts a fact or is an idiomatic expression.
d410	Changing basic body position Getting into and out of a body position and moving from one location to another, such as getting up out of a chair to lie down on a bed, and getting into and out of positions of kneeling or squatting. <i>Inclusion: changing body position from lying down, from squatting or kneeling, from sitting or standing, bending and shifting the body's centre of gravity</i> <i>Exclusion: transferring oneself (d420)</i>
d415	Maintaining a body position Staying in the same body position as required, such as remaining seated or remaining standing for work or school. <i>Inclusions: maintaining a lying, squatting, kneeling, sitting and standing position</i>
d420	Transferring oneself Moving from one surface to another, such as sliding along a bench or moving from a bed to a chair, without changing body position. <i>Inclusion: transferring oneself while sitting or lying</i> <i>Exclusion: changing basic body position (d410)</i>
d430	Lifting and carrying objects Raising up an object or taking something from one place to another, such as when lifting a cup or carrying a child from one room to another. <i>Inclusions: lifting, carrying in the hands or arms, or on shoulders, hip, back or head; putting down</i>
d440	Fine hand use Performing the coordinated actions of handling objects, picking up, manipulating and releasing them using one's hand, fingers and thumb, such as required to lift coins off a table or turn a dial or knob. <i>Inclusions: picking up, grasping, manipulating and releasing</i> <i>Exclusion: lifting and carrying objects (d430)</i>
d445	Hand and arm use Performing the coordinated actions required to move objects or to manipulate them by using hands and arms, such as when turning door handles or throwing or catching an object <i>Inclusions: pulling or pushing objects; reaching; turning or twisting the hands or arms; throwing; catching</i> <i>Exclusion: fine hand use (d440)</i>
d450	Walking Moving along a surface on foot, step by step, so that one foot is always on the ground, such as when strolling, sauntering, walking forwards, backwards or sideways. <i>Inclusions: walking short or long distances; walking on different surfaces; walking around obstacles</i> <i>Exclusions: transferring oneself (d420); moving around (d455)</i>
d460	Moving around in different locations Walking and moving around in various places and situations, such as walking between rooms in a house, within a building or down the street of a town. <i>Inclusions: moving around within the home, crawling or climbing within the home; walking or moving within buildings other than the home, and outside the home and other buildings</i>

d465	Moving around using equipment
	Moving the whole body from place to place, on any surface or space, by using specific devices designed to facilitate moving or create other ways of moving around, such as with skates, skis, or scuba equipment, or moving down the street in a wheelchair or a walker. <i>Exclusions: transferring oneself (d420); walking (d450); moving around (d455); using transportation (d470); driving (d475)</i>
d510	Washing oneself
	Washing and drying one's whole body, or body parts, using water and appropriate cleaning and drying materials or methods, such as bathing, showering, washing hands and feet, face and hair, and drying with a towel. <i>Inclusions: washing body parts, the whole body; and drying oneself</i> <i>Exclusions: caring for body parts (d520); toileting (d530)</i>
d520	Caring for body parts
	Looking after those parts of the body, such as skin, face, teeth, scalp, nails and genitals, that require more than washing and drying. <i>Inclusions: caring for skin, teeth, hair, finger and toe nails</i> <i>Exclusions: washing oneself (d510); toileting (d530)</i>
d530	Toileting
	Planning and carrying out the elimination of human waste (menstruation, urination and defecation), and cleaning oneself afterwards. <i>Inclusions: regulating urination, defecation and menstrual care</i> <i>Exclusions: washing oneself (d510); caring for body parts (d520)</i>
d540	Dressing
	Carrying out the coordinated actions and tasks of putting on and taking off clothes and footwear in sequence and in keeping with climatic and social conditions, such as by putting on, adjusting and removing shirts, skirts, blouses, pants, undergarments, saris, kimono, tights, hats, gloves, coats, shoes, boots, sandals and slippers. <i>Inclusions: putting on or taking off clothes and footwear and choosing appropriate clothing</i>
d550	Eating
	Carrying out the coordinated tasks and actions of eating food that has been served, bringing it to the mouth and consuming it in culturally acceptable ways, cutting or breaking food into pieces, opening bottles and cans, using eating implements, having meals, feasting or dining. <i>Exclusion: drinking (d560)</i>
d560	Drinking
	Taking hold of a drink, bringing it to the mouth, and consuming the drink in culturally acceptable ways, mixing, stirring and pouring liquids for drinking, opening bottles and cans, drinking through a straw or drinking running water such as from a tap or a spring; feeding from the breast. <i>Exclusion: eating (d550)</i>
d570	Looking after one's health
	Ensuring physical comfort, health and physical and mental well-being, such as by maintaining a balanced diet, and an appropriate level of physical activity, keeping warm or cool, avoiding harms to health, following safe sex practices, including using condoms, getting immunizations and regular physical examinations. <i>Inclusions: ensuring one's physical comfort; managing diet and fitness; maintaining one's health</i>
d760	Family relationships
	Creating and maintaining kinship relationships, such as with members of the nuclear family, extended family, foster and adopted family and step-relationships, more distant relationships such as second cousins or legal guardians. <i>Inclusions: parent-child and child-parent relationships, sibling and extended family relationships</i>

ENVIRONMENTAL FACTORS	
= make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives	
e110	Products or substances for personal consumption
	Any natural or human-made object or substance gathered, processed or manufactured for ingestion. <i>Inclusions: food and drugs</i>
e115	Products and technology for personal use in daily living
	Equipment, products and technologies used by people in daily activities, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for personal use</i>
e120	Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation
	Equipment, products and technologies used by people in activities of moving inside and outside buildings, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation</i>
e125	Products and technology for communication
	Equipment, products and technologies used by people in activities of sending and receiving information, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for communication</i>
e150	Design, construction and building products and technology of buildings for public use
	Products and technology that constitute an individual's indoor and outdoor human-made environment that is planned, designed and constructed for public use, including those adapted or specially designed. <i>Inclusions: design, construction and building products and technology of entrances and exits, facilities and routing</i>
e225	Climate
	Meteorological features and events, such as the weather. <i>Inclusions: temperature, humidity, atmospheric pressure, precipitation, wind and seasonal variations</i>
e310	Immediate family
	Individuals related by birth, marriage or other relationship recognized by the culture as immediate family, such as spouses, partners, parents, siblings, children, foster parents, adoptive parents and grandparents. <i>Exclusions: extended family (e315); personal care providers and personal assistants (e340)</i>
e320	Friends
	Individuals who are close and ongoing participants in relationships characterized by trust and mutual support.
e340	Personal care providers and personal assistants
	Individuals who provide services as required to support individuals in their daily activities and maintenance of performance at work, education or other life situation, provided either through public or private funds, or else on a voluntary basis, such as providers of support for home-making and maintenance, personal assistants, transport assistants, paid help, nannies and others who function as primary caregivers. <i>Exclusions: immediate family (e310); extended family (e315); friends (e320); general social support services (e5750); health professionals (e355)</i>

e355	Health professionals
	All service providers working within the context of the health system, such as doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, audiologists, orthotist-prosthetists, medical social workers. <i>Exclusion: other professionals (e360)</i>
e410	Individual attitudes of immediate family members
	General or specific opinions and beliefs of immediate family members about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues) that influence individual behaviour and actions.
e420	Individual attitude of friends
	General or specific opinions and beliefs of friends about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues) that influence individual behaviour and actions.
e430	Individual attitudes of people in position of authority
	General or specific opinions and beliefs of people in positions of authority about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues) that influence individual behaviour and actions.
e440	Individual attitudes of personal care providers and personal assistants
	General or specific opinions and beliefs of personal care providers and personal assistants about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues) that influence individual behaviour and actions.
e450	Individual attitudes of health professionals
	General or specific opinions and beliefs of health professionals about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues) that influence individual behaviour and actions.
e555	Associations and organizational services, systems and policies
	Services, systems and policies relating to groups of people who have joined together in the pursuit of common, noncommercial interests, often with an associated membership structure.
e575	General social support services, systems and policies
	Services, systems and policies aimed at providing support to those requiring assistance in areas such as shopping, housework, transport, self-care and care of others in order to function more fully in society. <i>Exclusions: personal care providers and personal assistants (e340); social security services, systems and policies (e570); health services, systems and policies (e580)</i>
e580	Health services, systems and policies
	Services, systems and policies for preventing and treating health problems, providing medical rehabilitation and promoting a healthy lifestyle. <i>Exclusion: general social support services, systems and policies (e575)</i>

(World Health Organization, 2012)

Referenceliste

- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, 2–8.
- Fosberg, C., & Wengstrom, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Thomassen, A. O. (2014). *Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser* (1st ed.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Mikkelsen, H., & Riis, J. o. (2009). *Projektstyring - med enkle midler* (7th ed.). Prodevo.
- Møller, A. M., Juhl, C. B., Lund, H., & Andreassen, J. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning*. København: Munksgaard.
- Rasmussen, S. R., Borst, L., & Albæk, J. (2011). *Evalueret af ' Gode rammer for hjerte-rehabilitering – et partnerskabsprojekt '*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Reenen, M. van, & Oppe, M. (2015). EQ-5D-3L user guide: basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. *EuroQol Research Foundation*, (April), 22. <https://doi.org/1-25>
- Semlyen, J. K., Summers, S. J., & Barnes, M. P. (1998). Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(6), 678–683.
- Subaşı, V., Toktaş, H., Demirdal, U. S., Türel, A., Çakır, T., & Kavuncu, V. (2012). Water-based versus land-based exercise program for the management of shoulder impingement syndrome. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58(2), 79–84. <https://doi.org/10.4274/tftr.83798>
- Sweet, S. N., Noreau, L., Leblond, J., & Martin Ginis, K. A. (2016). Peer support need fulfillment among adults with spinal cord injury: relationships with participation, life satisfaction and individual characteristics. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), 558–565. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1049376>
- Wiechman, S. A., Carrouger, G. J., Esselman, P. C., Klein, M. B., Martinez, E. M., Engrav, L. H., & Gibran, N. S. (2015). An expanded delivery model for outpatient burn rehabilitation.

Journal of Burn Care and Research, 36(1), 14–22.
<https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000153>

Wobma, R., Nijland, R. H. M., Ket, J. C. F., & Kwakkel, G. (2016). Evidence for peer support in rehabilitation for individuals with acquired brain injury: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(10), 837–840. <https://doi.org/10.2340/16501977-2160>

World Health Organization. (2012). COMPREHENSIVE ICF CORE SET for MUSCULOSKELETAL CONDITIONS for POST ACUTE CARE. World Health Organization.

Zoheiry, I. M., Ashem, H. H., Ahmed, H. A. H., & Abbas, R. (2017). Effect of aquatic versus land based exercise programs on physical performance in severely burned patients: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(12), 2201–2205.