

# ***God træning mod slidgigt*** i Hvidovre Kommune

Slutevaluering 2018

## **God træning mod slidgigt i Hvidovre Kommune. Slutevaluering 2018**

Af Sanne Pagh Møller, Ditte Heering Holt og Teresa Holmberg.

Copyright © 2018  
Statens Institut for Folkesundhed,  
SDU

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,  
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,  
anmelder, citerer eller henviser til nærværende  
publikation, bedes sendt til  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-413-4

Statens Institut for Folkesundhed  
Studivstræde 6  
1455 København K  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Rapporten kan downloades fra  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

# Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af en evaluering af *God træning mod slidgigt*, som er et tilbud for borgere med slidgigt i hofte eller knæ, der blev implementeret i Hvidovre Kommune i en toårig forsøgsperiode fra maj 2016 til december 2017. *God træning mod slidgigt* anvender principperne fra GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark) og består af tre dele: 1. Uddannelse af fysioterapeuter til at varetage kurser for borgere med slidgigt, 2. Uddannelse og træning af borgere på kurserne, og 3. Registrering af data i det nationale GLA:D-register. Evalueringen bygger primært på data indhentet fra GLA:D-registeret.

Den samlede evaluering har fokus på fire elementer: rekruttering af deltagere, kvalitet i tilbuddet (om de har oplevet forbedringer i forhold til fx smerte og livskvalitet), fastholdelse af træning samt tilknytning til arbejdsmarkedet. Rapporten viser, hvorfra borgerne er rekrutteret, og synliggør særligt nogle af de udfordringer, der har været med hensyn til at rekruttere borgere fra jobcenteret. Derudover viser rapporten blandt andet, at de deltagende borgere oplever mindre smerte relateret til slidgigten efter tre måneders opfølgning, og at borgerne generelt er positive over for tilbuddet.

Evalueringen er gennemført for Hvidovre Kommune af en projektgruppe ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af videnskabelig assistent Sanne Pagh Møller, postdoc Ditte Heering Holt og forskningsgruppeleder Teresa Holmberg.

God læselyst.

København, april 2018

Forskningschef  
Anna Paldam Folker  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

# Indhold

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Sammenfatning .....                                            | 4  |
| Baggrund og formål.....                                        | 7  |
| Målgruppe .....                                                | 7  |
| Indhold i tilbuddet .....                                      | 7  |
| Formål .....                                                   | 8  |
| Metode .....                                                   | 9  |
| Datagrundlag .....                                             | 9  |
| Analyse .....                                                  | 9  |
| Rekruttering .....                                             | 11 |
| Rekrutteringsstrategi .....                                    | 11 |
| Registrering af deltagere og opbygning af tilbuddet .....      | 11 |
| Rekruttering fra jobcenteret .....                             | 13 |
| Beskrivelse af deltagerne .....                                | 16 |
| Kvalitet i tilbuddet .....                                     | 19 |
| Resultater af fysiske tests .....                              | 19 |
| Resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse ..... | 20 |
| Supplerende analyser .....                                     | 28 |
| Fastholdelse .....                                             | 33 |
| Tilknytning til arbejdsmarkedet .....                          | 34 |
| Metode-overvejelser .....                                      | 36 |
| Konklusion .....                                               | 37 |
| Referencer .....                                               | 39 |
| Bilag 1.....                                                   | 40 |

# Sammenfatning

Rapporten præsenterer resultaterne af en evaluering af *God træning mod slidgigt*. *God træning mod slidgigt* er et tilbud rettet mod borgere med slidgigt i hofte eller knæ, og blev tilbudt i Hvidovre Kommune i perioden maj 2016 til december 2017. Tilbuddet anvender principperne fra GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark) og består af tre dele: 1. Uddannelse af fysioterapeuter til at varetage kurser for borgere med slidgigt, 2. Uddannelse og træning af borgere på kurserne, og 3. Registrering af data i det nationale GLA:D-register. Efter rekruttering, der inkluderer en opstartssamtale, tilbydes borgen at indgå i holdbaseret undervisning og træning to gange ugentligt i en periode på seks uger.

Evalueringen undersøger, hvordan det er gået med rekrutteringen af borgere til tilbuddet, kvaliteten i tilbuddet (det vil sige, om de har oplevet forbedringer i forhold til smerte og livskvalitet med videre), samt fastholdelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. Analyserne bygger på oplysninger fra GLA:D-registeret om deltagere i *God træning mod slidgigt*. GLA:D-registeret indeholder informationer fra både behandlende fysioterapeuter og deltagere. Ved opstart udfylder fysioterapeuten således en fysioterapeut-formular, mens deltageren udfylder en patient-formular (et spørgeskema), og der registreres oplysninger om udførsel af to fysiske tests. Efter cirka tre måneders forløb med uddannelse og træning indsamles der igen oplysninger via to fysiske test, en fysioterapeut-formular og en patient-formular. Efter 12 måneder indsamles oplysninger fra deltagere via en patient-formular.

Til at undersøge rekrutteringen anvendes kommunens egne registreringer af borgere, der er henvist til *God træning mod slidgigt*, samt tre

interviews med medarbejdere i Hvidovre Kommunes jobcenter.

## Rekruttering

I alt er 299 borgere henvist til – eller har selv henvendt sig til – *God træning mod slidgigt* siden opstarten i maj 2016 og frem til oktober 2017, heraf er størstedelen registreret som 'selvhenvender', hvor de selv har henvendt sig til tilbuddet, rekrutteret ved hjælp af plakater, annoncer med videre. Af de 299 er 235 startet på 21 hold, som blev opstartet efter behov og på varierende tidspunkter af dagen for at tilgodese borgernes forskellige behov. Med henblik på at øge rekrutteringen fra Hvidovre Kommunes jobcenter blev der etableret et samarbejde med Arbejdsmarkedsafdelingen i Hvidovre Kommune. For at understøtte denne målsætning er der gennemført en delevaluering med fokus på rekruttering fra jobcenteret. Rapporten beskriver kort resultaterne herfra, som identificerer nogle af de udfordringer, der har været forbundet med at rekruttere fra jobcenteret, for eksempel at jobkonsulenterne ikke opfatter tilbuddet som et beskæftigelsesrettet tilbud, men derimod som et sundhedstilbud med fokus på behandling af slidgigt.

## Beskrivelse af deltagere

Størstedelen af deltagere i *God træning mod slidgigt* er kvinder (73 %), og hovedparten af deltagere bor sammen med andre (71 %). Den største andel har en mellemlang videregående uddannelse (44 %). Den gennemsnitlige alder blandt deltagere er 60 år, og mere end to tredjedele er overvægtige eller svært overvægtige. Hovedparten af deltagere har ved baseline (første måling) rapporteret mest besvær med knæ (74 %), dog har 64 % af deltagere besvær med mere end ét led.

## Kvalitet i tilbuddet

Kvaliteten i tilbuddet opgøres ved at se, om deltagere oplever forbedringer fra baseline til tre måneders opfølgning i forhold til to fysiske tests samt vurdering af smerte, livskvalitet, bevægelsesfrygt med videre målt ved hjælp af patient-formularen. I perioden fra baseline til tre

måneders opfølgning observeres ingen ændring i det gennemsnitlige tidsforbrug til 40 meters gangtesten. Derimod er der sket en fremgang 1,5 gentagelser i det gennemsnitlige antal gentagelser i rejse-sætte-sig testen; fra 12,2 til 13,8 gentagelser. Deltagerne har desuden vurderet deres eget niveau af fysisk aktivitet inden for den seneste måned, og der ses mindre ændringer i fordelingen heraf fra baseline til tre måneders opfølgning. For eksempel er andelen, der af og til eller regelmæssigt er moderat fysisk aktive, og andelen, som er regelmæssigt fysisk/meget fysisk aktive, lidt større ved opfølgning end ved baseline (henholdsvis 23 % vs. 30 % og 33 % vs. 35 %).

Andelen, der har smerter dagligt eller næsten dagligt, er faldet fra 75 % til 59 % ved tre måneders opfølgning. Ligeledes er andelen med stærk eller moderat smerte faldet. I alt tager 58 % af deltagerne smertestillende medicin på grund af ledsmerter ved baseline. Denne andel er faldet til 48 % ved tre måneders opfølgning. Ydermere ses en tendens til, at andelen, der vurderer, at de er bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning, er faldet ved tre måneders opfølgning (fra 12 % til 6,8 %). Denne forskel kan dog ikke påvises statistisk. Endelig er andelen, der oplyser, at de har gangproblemer som følge af knæ- eller hoftebesvær, faldet fra baseline til tre måneders opfølgning (fra 67 % til 49 %).

Fra baseline til tre måneders opfølgning er den gennemsnitlige ledrelaterede livskvalitet steget fra 45,4 til 49 (på en skala fra 1-100), mens deltagerne egen vurdering af deres helbred er steget fra 69,8 til 73,2 ved tre måneders opfølgning (på en skala fra 1-100).

### Fastholdelse

Hovedparten af deltagerne synes godt eller meget godt om forløbet ved både tre (88 %) og 12 måneders opfølgning (83 %). I forhold til fastholdelse er det 91 % af deltagerne, der anvender de principper, de har lært fra forløbet minimum ugentligt ved tre måneders opfølgning, mens det er 57 % af deltagerne, der anvender

principperne minimum ugentligt ved 12 måneders opfølgning.

### Tilknytning til arbejdsmarkedet

Der findes ingen forskelle i andelen, der er i arbejde ved baseline og tre måneders opfølgning samt ved baseline og 12 måneders opfølgning. Endelig viser evalueringen en tendens til, at andelen af deltagere, der har været sygemeldt inden for det seneste år, er faldet fra baseline til 12 måneders opfølgning (fra 14 % til 10 %), men denne forskel kan dog ikke påvises statistisk.

### Konklusion

Overordnet set viser evalueringen, at deltagerne har oplevet forbedringer på en lang række parametre fra baseline til tre måneders opfølgning. Det gælder i forhold til deres funktionsniveau målt ved en rejse-sætte-sig test, hvor det gennemsnitlige antal gentagelser er steget lidt. Derudover observeres forebringer i forhold til deltagerne vurdering af ledsmerter, de oplever på grund af slidgigten. Andelen med daglige smerter, stærke smerter, og som tager smertestillende medicin på grund af ledsmerter, er faldet. Endelig er andelen, der oplyser, at de har gangproblemer som følge af knæ- eller hoftebesvær, faldet, og den gennemsnitlige ledrelaterede livskvalitet er steget, hvilket også gør sig gældende for deltagerne egen vurdering af deres helbred. For andre parametre ses ligeledes en tendens til forbedringer fra baseline til tre måneders opfølgning, disse er dog ikke statistisk signifikante. Det gælder for resultaterne af en gangtest, vurdering af deres fysisk aktivitetsniveau, og om de vurderer, at de er bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning.

Hovedparten af deltagerne synes godt eller meget godt om forløbet, og størstedelen af deltagerne anvender de principper, de har lært fra forløbet minimum ugentligt ved tre måneders opfølgning. Denne andel er dog faldet ved 12 måneders opfølgning. Derudover findes ingen statistisk signifikante forskelle i andelen, der er

i arbejde ved baseline og opfølgning, og i andelen, der har været sygemeldt inden for det seneste år.

Til slut skal det nævnes, at resultaterne udelukkende er baseret på før- og efter-målinger blandt deltagerne, og det kan på den baggrund ikke vurderes, om eventuelle ændringer hos deltagerne er en effekt af deltagelse i *God træning mod slidgigt*, eller om deltagerne ville have oplevet de samme ændringer uanset deltagelse.

# Baggrund og formål

Kommunalbestyrelsen i Hvidovre Kommune besluttede i oktober 2015 at implementere *God træning mod slidgigt* i en toårig forsøgsperiode med start i januar 2016 med uddannelse samt rekruttering og kursus for borgere fra maj 2016 til december 2017. Baggrunden for denne beslutning var de betydelige kommunale omkostninger forbundet med slidgigt samt studier, der påviste, at symptomer kan lindres, og forværring af sygdommen kan udskydes ved hjælp af basisbehandling.

*God træning mod slidgigt* anvender principperne fra GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark) og består af tre dele: 1. Uddannelse af fysioterapeuter til at varetage kurser for borgere med slidgigt (for at sikre systematik i tilbuddet), 2. Uddannelse og træning af borgere på kurserne, og 3. Registrering af data i det nationale GLA:D-register. *God træning mod slidgigt* bygger desuden videre på erfaringer fra projekt SLID, som Hvidovre Kommune gennemførte i 2013-2014.

Det overordnede formål med GLA:D og *God træning mod slidgigt* er, at borgerne opnår øget livskvalitet og aktivitetsniveau samt reduceret smerteniveau og medicinforbrug, hvilket skal mindske besøg i sundhedsvæsenet og øge tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed medvirke til lavere omkostninger for både individet og samfundet. GLA:D blev startet i 2013, da mange behandlingsbeløb ikke levede op til de kliniske retningslinjer, der anbefaler, at behandling for slidgigt i hofte og knæ starter med uddannelse, træning og vægttab. Kirurgi skal derfor kun overvejes, når ikke-operativ behandling ikke giver tilfredsstillende resultater (1,2). For mere information om GLA:D henvises til hjemmesiden: <https://www.glaiddk/> og tilhørende publikationer (1,2).

## Målgruppe

*God træning mod slidgigt* varetages af Genoptræningen i Hvidovre Kommunes Sundheds- og Træningsafdeling. Målgruppen for tilbuddet er alle borgere i Hvidovre Kommune med symptomer på slidgigt i enten hofte eller knæ. Alle kan deltage uanset alder, uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. Et inklusionskriterie er dog, at borgeren er i stand til at indgå i et holdtilbud.

Forud for opstarten blev det fastsat, at borgere til *God træning mod slidgigt* kan henvises fra:

- Hospitalerne (borgere med en genoptræningsplan)
- Egen praktiserende læge
- Via rehabiliteringsteam og særlige sociale tilbud
- Jobcenteret
- Offentlige og private arbejdspladser i kommunen

Derudover kan borgere selv rette henvendelse ved interesse for at indgå i tilbuddet.

## Indhold i tilbuddet

Når en borger henvises eller selv henvender sig til *God træning mod slidgigt* tager en forløbskoordinator kontakt til vedkommende og planlægger tid til undersøgelse og fysiske tests. Herefter tilbydes borgeren at indgå i den holdbaserede undervisning og træning, som forløber over seks uger to gange ugentligt. Undervisningen omhandler gavnlige effekter af træning ved slidgigt samt håndtering af smerter i hverdagen. Selve træningen bygger på biomekaniske og neuromuskulære principper, hvor der er fokus på, hvordan det slidgigtsramte led belastes. Målet er at reducere smerter ved at forbedre borgerens muskelstyrke og kondition. Mens borgeren deltager i forløbet følges konceptet,



og de modtager ingen former for fysioterapeutisk behandling m.v.

## Formål

Evalueringen fokuserer på rekruttering, kvalitet i tilbuddet (det vil sige, om de har oplevet forebringer i for eksempel smerte og livskvalitet), fastholdelse af træning samt tilknytning til arbejdsmarkedet gennem følgende evalueringsspørgsmål:

- a. Hvorfra henvises borgere til *God træning mod Slidgigt*? Og hvordan er rekrutteringen fra jobcenteret forløbet?
- b. Vurderer borgerne, at *God træning mod slidgigt* har reduceret deres smerter, forbedret deres livskvalitet og funktionalitet tre og 12 måneder efter endt forløb?
- c. Hvordan vurderer borgerne samlet *God træning mod slidgigt* tre og 12 måneder efter endt forløb. Anvender de det, de har lært under forløbet?
- d. Hvordan ser borgernes arbejdssituation ud 12 måneder efter endt forløb?

# Metode

## Datagrundlag

Alle borgere, der har deltaget i *God træning mod slidgigt*, registreres i GLA:D-registeret. GLA:D-registeret er oprettet af forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi (FoF), Institut for Idræt og Biomekanik, SDU.

GLA:D-registeret indeholder informationer fra både behandlende fysioterapeuter og deltagere. Ved opstart udfylder fysioterapeuten således en fysioterapeutformular, mens deltageren udfylder en patientformular (et spørgeskema), og der registreres oplysninger om udførsel af to fysiske tests. Efter cirka tre måneders forløb med uddannelse og træning indsamles der igen oplysninger via to fysiske test, en fysioterapeutformular og en patientformular. Efter 12 måneder indsamles oplysninger fra deltagere via en patientformular. Registreret indeholder oplysninger om deltagernes demografiske forhold, deres fysiske funktionsevne før og efter forløbet samt yderligere informationer om eksempelvis smerte, livskvalitet, bevægelse og arbejdssituation før og efter forløbet.

I rapportens afsnit 'Rekruttering' anvendes kommunens egne registreringer af borgere, der er henvist til *God træning mod slidgigt*, herunder om de er afvist fra at deltage i tilbuddet, for eksempel hvis de er bosiddende i en anden kommune, om de er stoppet undervejs og begrundelser herfor. Der vil være mindre forskelle mellem antallet af borgere, der indgår i disse registreringer og i GLA:D-registeret, da nogle borgere er undtaget fra at besvare spørgeskemaet, blandt andet på grund af vanskeligheder ved at udfylde et elektronisk spørgeskema.

Data til devalueringen, som præsenteres i afsnittet 'Rekruttering fra jobcenteret' bestod af tre kvalitative interviews med to medarbejdere og en leder i Hvidovre Kommunes jobcenter.

Interviewdeltagerne repræsenterer henholdsvis kontanthjælp- og sygedagpengeområdet.

## Analyse

Analyserne i denne rapport er således baseret på oplysninger fra GLA:D-registeret om deltagere i *God træning mod slidgigt*. Der er indhentet oplysninger for deltagere i perioden maj 2016 til december 2017. Over halvdelen af deltagere (121) er startet senere end december 2016 og har således ikke haft mulighed for at udfylde en patientformular ved 12 måneders opfølgning. Information fra samtlige ved 12 måneders opfølgning vil således først være mulig at indhente ved udgangen af 2018.

I de primære analyser, der undersøger ændringer mellem baseline (første måling) og opfølgning, er der udelukkende anvendt oplysninger om deltagere, hvor der findes oplysninger for både baseline og opfølgning. Det er derfor præcis de samme deltagere, der indgår ved både baseline og opfølgning.

Analyser af ændringer i fysisk funktionsevne udføres ved hjælp af parret t-tests, der tager højde for, at der udføres analyser på data, hvor deltagere sammenlignes med sig selv ved henholdsvis baseline og tre måneders opfølgning. Analyser af ændringer i smerte, livskvalitet og bevægelse udføres for kontinuerte variable ved parret t-test, for binære variable ved McNemar's test og for kategoriske variable ved marginal homogeneity tests. Alle tests tager højde for, at deltagere sammenlignes med sig selv ved henholdsvis baseline og tre måneders opfølgning. Analyser af ændringer i arbejdssituation udføres ligeledes ved hjælp af McNemar's test. Samtlige tests af ændringer mellem baseline og opfølgning blev testet for statistisk signifikans med et signifikansniveau på 5 %.

Der er desuden gennemført supplerende analyser for at undersøge, om resultaterne er præget af, at der ikke er oplysninger fra alle deltagere ved tre måneders opfølgning. I disse analyser

anvendes information fra de deltagere, der har gennemført tests og udfyldt spørgeskemaet ved baseline. Deres baseline-oplysninger bliver således videreført til tre måneders opfølgning, hvis disse mangler. Herudover er der gennemført analyser opdelt på graden af deltagelse i *God træning mod slidgigt*, da dette ville kunne have indflydelse på, om de oplever ændringer mellem baseline og opfølgning.

I afsnittet 'Metodeovervejelser' i slutningen af rapporten præsenteres en række betragtninger, vi har gjort os i forbindelse med den valgte metode.

# Rekruttering

## Rekrutteringsstrategi

I forbindelse med rekruttering af borgerne blev der benyttet en rekrutteringsstrategi, der inkluderede information om tilbuddet via en lang række af forskellige kanaler:

- *Information til praktiserende læger.* Det kommunale lægelige udvalg i Hvidovre Kommune blev orienteret om tilbuddet.
- *Informationsmøder med relevante medarbejdere i kommunen.* Der blev afholdt en række møder med medarbejdere fra jobcenteret og med gruppeledere i hjemmeplejen.
- *Plakater med information om tilbuddet.* Ophængt i borgerservice, jobcenteret, biblioteker, sundhedscenteret, Avedøre Svømmehal, Hvidovre Stadion, Frihedens Idrætscenter, medborgerhuset i Hvidovre, Genoptræningen Strandmarkshave og hos de praktiserende læger i kommunen.
- *Uddeling af flyers.* Flyers blev uddelt til medarbejdere i jobcenteret, gruppeledere i hjemmeplejen, sundhedscenteret, Genoptræningen Strandmarkshave og hos de praktiserende læger i kommunen.
- *Annoncering i Hvidovre Avis.* Løbende information i "Nyt fra Kommunen" i Hvidovre Avis samt en ¼ side farveannoncering.
- *Information på internettet.* Løbende information på Hvidovre Intranet og på Hvidovre Kommunes Facebook-side.

- *Annoncering på infoskærme.* Information om tilbuddet blev vist på infoskærme i borgerservice, jobcenteret, biblioteker, sundhedscenteret, Avedøre Svømmehal, Frihedens Idrætscenter og medborgerhuset i Hvidovre.

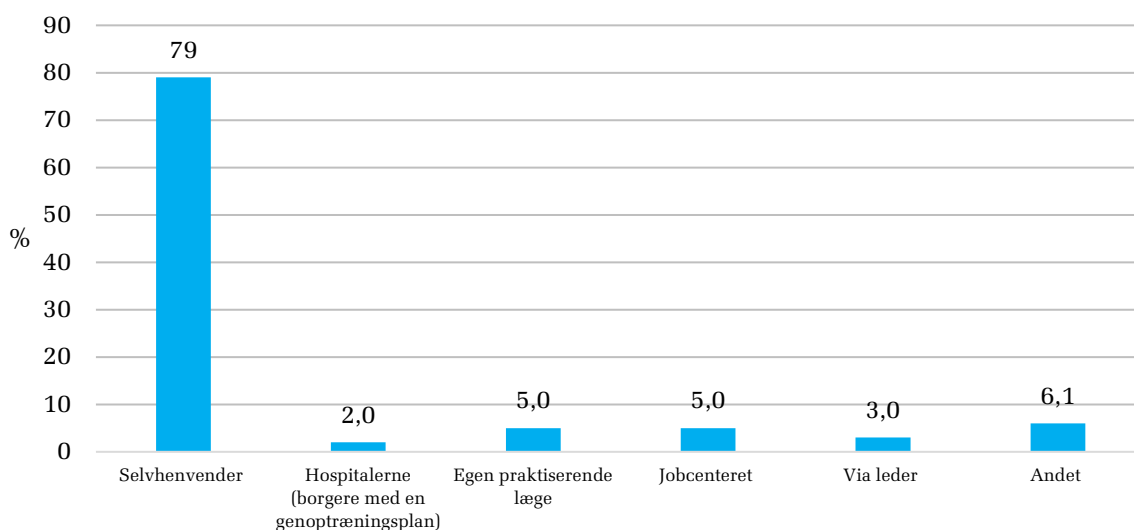
Dette blev gjort med henblik på at øge rekrutteringen til tilbuddet, da erfaringer fra projekt SLID, som Hvidovre Kommune gennemførte i 2013-2014, viste, at rekrutteringen var vanskelig, da det ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at opspore og rekruttere borgere til tilbuddet. Ydermere var der et særligt ønske om at optimere rekrutteringen fra jobcenteret, hvilket beskrives nærmere i afsnittet 'Rekruttering fra jobcenteret'. Baggrunden var, at en del borgere med tilknytning til jobcenteret har problemer med bevægeapparatet, herunder slidgigt i hofter og knæ.

## Registrering af deltagere og opbygning af tilbuddet

I alt har 299 borgere henvendt sig eller er blevet henvist til *God træning mod slidgigt* siden opstart i maj 2016 og frem til oktober 2017 (72 % kvinder og 29 % mænd).

Figur 1 viser, hvorfra de 299 borgere er rekrutteret. Størstedelen – i alt 235, hvilket svarer til 79 % – er registreret som 'selvhenvender'. Det vil sige, at de selv har henvendt sig til tilbuddet på baggrund af for eksempel annoncer, plakater eller lignende. I alt 5,0 % er rekrutteret via egen praktiserende læge, 5,0 % via jobcenteret, 3,0 % via deres leder, 2,0 % via hospitaler og 6,1 % via andre kanaler, herunder rehabiliteringsteams, privat fysioterapeut i kommunen med videre.

**Figur 1. Andelen af borgere, der selv har henvendt sig til tilbuddet eller er henvist via hospita-  
lerne, egen praktiserende læge, jobcenteret, leder eller andet. Procent.**



I alt blev 64 personer (21 %) afvist fra at deltage i *God træning mod slidgigt*. Hvis der var tvivl om, hvorvidt en borger kunne indgå i tilbuddet, blev de inviteret ind til en samtale med en medarbejder fra Genoptræningen med henblik på afklaring. I de tilfælde, hvor det blev vurderet, at de ikke var i målgruppen for tilbuddet, blev de, når det var relevant, henvist til andre tilbud i kommunen – enten i Genoptræningen eller sundhedscenteret. De primære årsager til, at de blev afvist, var, at borgeren havde bopæl i en anden kommune, ikke havde slidgigt i hofte eller knæ, ikke vurderedes at kunne deltage i et holdtilbud eller helt var udeblevet (også til den indledende samtale).

Det vil sige, at 235 personer startede på de i alt 21 hold, som ses i tabel 1. På hvert hold deltog mellem 7 og 14 personer (11,2 i gennemsnit).

Holdene blev opstartet efter behov, det vil sige, at i nogle perioder var flere sideløbende hold i gang (fra november til december 2016 kørte der for eksempel fire sideløbende hold). Holdene foregik i Hvidovre Motionscenter eller ved Genoptræningen, som er placeret på Plejehjemmet Strandmarkshave. Ugedage og tidspunkt varierede for at tilgodese borgernes forskellige behov, for eksempel blev der oprettet et hold for kommunens dagplejere efter arbejdstid.

**Tabel 1. Placering og tidspunkt for gennemførte holdforløb i *God træning mod slidgigt***

| Hold | Fysisk placering                | Periode                       | Ugedage            | Tidspunkt       |
|------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1    | Hvidovre Motionscenter          | 17.maj-23. juni 2016          | Tirsdag og torsdag | Kl. 14.45-15.45 |
| 2    | Hvidovre Motionscenter          | 17.maj-23. juni 2016          | Tirsdag og torsdag | Kl. 15.55-16.55 |
| 3    | Hvidovre Motionscenter          | 5. september-12. oktober 2016 | Mandag og onsdag   | Kl. 14.30-15.30 |
| 4    | Hvidovre Motionscenter          | 6. september-13. oktober 2016 | Tirsdag og torsdag | Kl. 14.45-15.45 |
| 5    | Hvidovre Motionscenter          | 6. september-13. oktober 2016 | Tirsdag og torsdag | Kl. 15.55-16.55 |
| 6    | Hvidovre Motionscenter          | 7. november-14. december 2016 | Mandag og onsdag   | Kl. 14.30-15.30 |
| 7    | Genoptræningen, Strandmarkshave | 7. november-14. december 2016 | Mandag og onsdag   | Kl. 17.30-18.30 |
| 8    | Hvidovre Motionscenter          | 8. november-15. december 2016 | Tirsdag og torsdag | Kl. 14.45-15.45 |
| 9    | Hvidovre Motionscenter          | 8. november-15. december 2016 | Tirsdag og torsdag | Kl. 15.55-16.55 |
| 10   | Hvidovre Motionscenter          | 23. januar-1. marts 2017      | Mandag og onsdag   | Kl. 14.45-15.45 |
| 11   | Genoptræningen, Strandmarkshave | 23. januar-1. marts 2017      | Mandag og onsdag   | Kl. 17.30-18.30 |
| 12   | Hvidovre Motionscenter          | 28. februar-6. april 2017     | Tirsdag og torsdag | Kl. 14.45-15.45 |
| 13   | Hvidovre Motionscenter          | 28. februar-6. april 2017     | Tirsdag og torsdag | Kl. 15.55-16.55 |
| 14   | Hvidovre Motionscenter          | 20. marts-3. maj 2017         | Mandag og onsdag   | Kl. 15.00-16.00 |
| 15   | Genoptræningen, Strandmarkshave | 20. marts-3. maj 2017         | Mandag og onsdag   | Kl. 17.30-18.30 |
| 16   | Hvidovre Motionscenter          | 15. maj-26. juni 2017         | Mandag og onsdag   | Kl. 15.00-16.00 |
| 17   | Genoptræningen, Strandmarkshave | 15. maj-26. juni 2017         | Mandag og onsdag   | Kl. 17.30-18.30 |
| 18   | Hvidovre Motionscenter          | 28. august-4. oktober 2017    | Mandag og onsdag   | Kl. 15.00-16.00 |
| 19   | Hvidovre Motionscenter          | 29. august-5. oktober 2017    | Tirsdag og torsdag | Kl. 16.00-17.00 |
| 20   | Hvidovre Motionscenter          | 31. oktober-7. december 2017  | Tirsdag og torsdag | Kl. 14.45-15.45 |
| 21   | Hvidovre Motionscenter          | 31. oktober-7. december 2017  | Tirsdag og torsdag | Kl. 15.55-16.55 |

I alt er 35 personer (15 %) af de 235 deltagende borgere stoppet, før forløbet var afsluttet, primært på grund af anden sygdom eller manglende interesse. Årsagen kendes dog ikke for alle borgere, der er stoppet, før forløbet var afsluttet.

## Rekruttering fra jobcenteret

Med henblik på at øge rekrutteringen fra jobcenteret blev der etableret et samarbejde med Arbejdsmarkedsafdelingen i Hvidovre Kommune, og en konsulent fra jobcenteret indgik i projektgruppen bag *God træning mod slidgigt*.

Som udgangspunkt opgøres det ikke i borgerne sag i jobcenteret, hvilke lidelser de har, medmindre det er den primære årsag til for eksempel sygemelding eller manglende arbejdsmarkedstilknytning, men forud for forløbets opstart blev det estimeret, at cirka 55 borgere fra jobcenteret over perioden ville kunne indgå i *God træning mod slidgigt*.

For at informere om tilbuddet deltog lederen for Genoptræningen i Hvidovre Kommune på temamøder i jobcenteret i følgende afdelinger:

- *Virksomhedsservice og Fleksjob* (information blev givet til virksomhedskonsulenterne, så de kendte til tilbuddet og kunne formidle det til arbejdsgivere og medarbejdere, der arbejder med borgere, der er berettiget til eller er i fleksjob (april 2016)).
- *Sygedagpengeafdelingen* (med henblik på at rekruttere sygedagpengemodtagere (maj 2016)).
- *Jobservice* (med henblik på at rekruttere jobparate ledige (august 2016)).
- *Beskæftigelsesafklaring* (med henblik på at rekruttere aktivitetsparate ledige (maj 2017)).

Derudover blev *God træning mod slidgigt* i forbindelse med opstarten i marts 2016 præsenteret på et jobcenterledermøde af konsulenter fra jobcenteret, der indgik i projektgruppen. Ydermere har en flyer med information om tilbuddet stået fremme i jobcenterets modtagelse, og sagsbehandlere har haft den stående på deres kontorer. En reklame for tilbuddet henvendt til borgere kørte på jobcenterets informations-skærme i fem forskellige afdelinger. Endelig blev der ved opstart af nye hold sendt en mail til jobcenterets ledere.

For at sætte særlig fokus på rekrutteringen fra jobcenteret blev der desuden udarbejdet en devaluering, 'Notat januar 2017 God træning mod slidgigt: devaluering af gigt-skolen i Hvidovre Kommune' (bilag 1).

Formålet med devalueringen var at undersøge, hvordan rekrutteringen af borgere forløb i den første del af perioden for *God træning mod slidgigt* (maj-december 2016) samt sætte særligt fokus på rekruttering fra jobcenteret, herunder:

- Hvordan oplever medarbejderne i det samarbejdende jobcenter, at opsporing og henvisning af borgere til *God træning mod slidgigt* forløber?
- Hvordan ser de deres egen rolle i rekrutteringsprocessen, hvilke udfordringer opleves, og hvad kan medvirke til optimering heraf?

Interviewdata i devalueringen blev transskriberet, gennemlæst, tematiseret, og en deskriptiv analyse blev gennemført. Analysen havde ikke til formål at sige noget om kvaliteten af rekrutteringsindsatsen, men fokuserede på læringspunkter, der kunne bidrage til videreudvikling og forbedring af rekruttering til *God træning mod slidgigt* fra jobcenteret.

I det følgende afsnit præsenteres en sammenfatning af resultaterne fra devalueringen, mens det fulde notat findes i bilag 1.

### Resultater fra devalueringen

Analysen frembragte følgende temaer: Viden om tilbuddet; Vurdering af tilbuddet; Barrierer for henvisning; Målgruppen for tilbuddet, og Sammenhæng med øvrige tilbud.

Som beskrevet tidligere, er rekruttering til *God træning mod slidgigt* med henvisning fra jobcenteret kun sket i få tilfælde. Devalueringen belyser, at mens sagsbehandlere har grundlæggende viden om og generelt et positivt syn på *God træning mod slidgigt*, er der en række forhold, som vanskeliggør den ønskede rekruttering fra jobcenteret. Interviewdeltagerne giver udtryk for et ønske om større synlighed af tilbuddet, især information om holdstart, og de efterspurgte blandt andet en liste med oversigt over, hvornår der starter nye hold. Der er dog udfordringer forbundet med at sikre den rette

mængde information og valg af kommunikationskanal, da interviewdeltagerne oplever, at de generelt er udsat for en meget stor informationsmængde om nye tilbud (herunder mails, flyers, pjecer med videre). Derudover efterspurgte interviewdeltagerne en større ledelsesmæssig bevågenhed, da dette fremhæves som væsentligt for, at tilbuddet ikke drukner i mængden af information. Sidstnævnte gælder især, hvordan *God træning mod slidgigt* kan benyttes som et aktivitetstilbud til kontanthjælpsmodtagere.

Samtidig oplever interviewdeltagerne en række barrierer, der begrænser deres henvisning af borgere til *God træning mod slidgigt*. Det er særligt vurderingen af tilbuddet som et sundhedsrettet tilbud i den forstand, at det har snævert fokus på behandling af slidgigt, frem for at være et arbejdsmarkedsrettet tilbud med fokus på borgerens samlede udfordringer. Distinktionen mellem arbejdsmarkedsrettet og sundhedsrettet tilbud knytter sig til, hvordan tilbuddet kan benyttes i relation til de lovgivningsmæssige krav. Interviewpersonerne fortæller, at de møder mange borgere med slidgigt, men at det ikke er slidgigten, der udgør den primære problematik for borgerne i jobcenteret. Vurderingen af slidgigt som en sekundær problematik betyder endvidere, at interviewdeltagerne ønsker at henvise til brede tilbud, som kan tilgodeses målgruppens komplekse udfordringer. Slidgigten er ikke det primære fokus for sagsbehandlernes indsats, og *God træning mod slidgigt* betragtes derfor som et såkaldt frivilligt tilbud, som sagsbehandlerne orienterer om, men ikke henviser til. Interviewdeltagerne vurderer, at praktiserende læger i højere grad har kompetencerne og adgang til den relevante målgruppe som forudsætning for henvisning til *God træning mod slidgigt*.

En anden væsentlig barriere, som interviewpersonerne beskriver, er den forskellige rytme i arbejdsgange mellem jobcenteret og Genoptræningen. Det kommer konkret til udtryk ved manglen på løbende optag på *God træning mod slidgigt*-hold. Ved direkte henvisning til aktiviteter har jobcenteret behov for, at borgerne kan aktiveres hurtigst muligt, hvilket sædvanligvis

betyder inden for en uge. De har således ikke mulighed for at henvise til tilbud, hvor borgen skal vente x antal uger, før de kan starte i et tilbud.

### Opfølgning på devalueringen

Som tidligere beskrevet blev kun en lille del af borgere rekrutteret fra jobcenteret (5,0 %, hvilket svarer til 15 borgere). Ved devalueringens afslutning var dette tal tilsvarende på 4,0 %, hvilket svarer til 6 borgere. Så selvom devalueringen synliggjorde udfordringer og eventuelle potentialer for rekruttering af borgere fra jobcenteret, så tyder denne afsluttende evaluering på, at dette fortsat er vanskeligt, og at eventuelle tiltag for at øge rekrutteringen ikke har haft den ønskede virkning. Til trods for, at få er rekrutteret fra jobcenteret, har der dog ikke været problemer med at fylde holdene.



# Beskrivelse af deltagerne

Karakteristika for deltagerne i *God træning mod slidgigt* er opgjort ved første besøg hos fysioterapeuten. I GLA:D-databasen er der oplysninger på i alt 214 deltagere ud af de 235 deltagere, der deltog i *God træning mod slidgigt*.

Af tabel 2 ses, at størstedelen af deltagerne er kvinder (73 %). Hovedparten af deltagerne bor sammen med andre (71 %). Det ses også af tabel 2, at 18 % af deltagerne har folkeskole og 6 % har ungdomsuddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens 20 % af deltagerne har en kort videregående uddannelse, 44 % har en mellemlang videregående uddannelse, og 12 % har en lang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

**Tabel 2. Baggrundsoplysninger om deltagere i *God træning mod slidgigt*. Antal og procent**

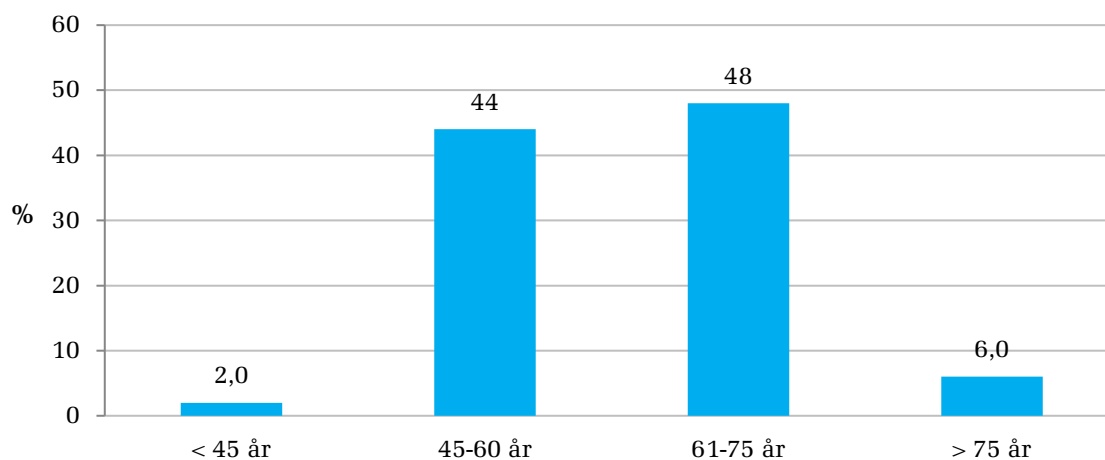
|                                    | Antal | Procent |
|------------------------------------|-------|---------|
| <b>Køn</b>                         |       |         |
| Mand                               | 63    | 29      |
| Kvinde                             | 151   | 71      |
| <b>Civilstand</b>                  |       |         |
| Bor alene                          | 59    | 29      |
| Samboende                          | 142   | 71      |
| <b>Uddannelse</b>                  |       |         |
| Folkeskole                         | 36    | 18      |
| Ungdomsuddannelse                  | 12    | 6,0     |
| Kort videregående uddannelse       | 40    | 20      |
| Mellemlang videregående uddannelse | 88    | 44      |
| Lang videregående uddannelse       | 25    | 12      |

Baseret på 214 deltagere

Den gennemsnitlige alder blandt deltagerne er 60 år (data ikke vist), og i figur 2 ses, at hovedparten af deltagerne er 45-60 år (44 %) eller 61-75 år (48 %). Deltagernes Body Mass Index

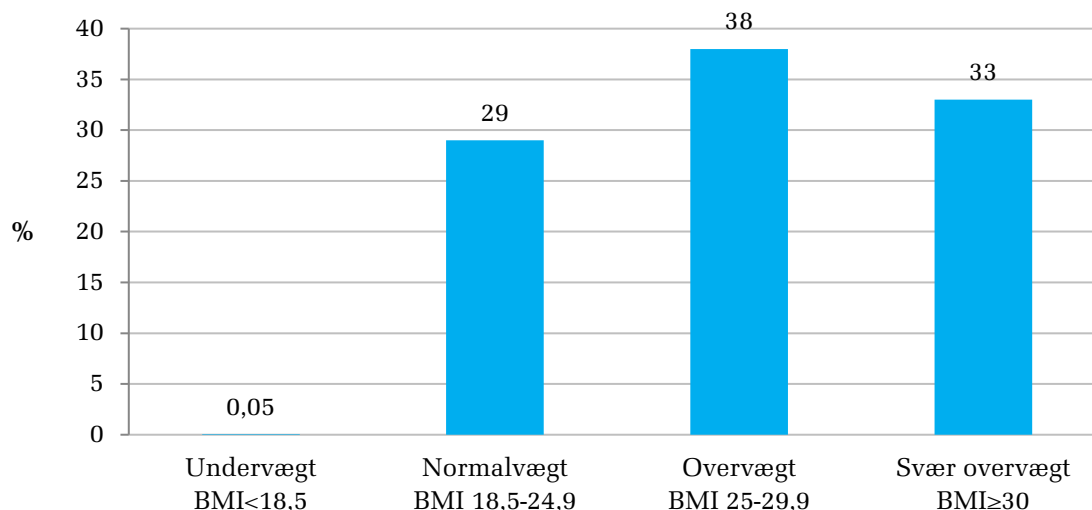
(BMI), som beregnes ved vægt/højde<sup>2</sup>, er præsenteret i figur 3. Heraf ses, at 29 % er normalvægtige, mens 38 % er overvægtige, og 33 % er svært overvægtige. Det gennemsnitlige BMI for deltagerne er på 28,5 (data ikke vist).

**Figur 2. Aldersfordeling blandt deltagere ved baseline. Procent**



Baseret på 214 deltagere

**Figur 3. Andel undervægtige, normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige blandt deltagerne ved baseline. Procent**



Baseret på 214 deltagere

Tabel 3 viser oplysninger om deltagernes sygdomshistorie. Det ses, at hovedparten af deltagerne ved baseline har mest besvær med knæ (74 %), dog har 64 % af deltagerne besvær med mere end ét led. Af tabellen ses også, at 24 % af deltagerne tidligere er blevet opereret i deres led, og at 69 % har taget medicin på grund af ledsmerter inden for de seneste tre måneder. I alt 15 % af deltagerne oplyser endvidere, at de

har været sygemeldt på grund af hoften eller knæet inden for det seneste år. Andre lidelser og sygdomme (komorbiditet) er også hyppigt forekommende hos deltagerne, og 66 % har således angivet, at de har en anden sygdom ud over slidgigt. Forhøjet blodtryk er den hyppigst forekommende, hvilket 37 % angiver at have, efterfulgt af diabetes, som 11 % angiver at have (data ikke vist).

**Tabel 3. Deltageres sygdomshistorie. Antal og procent**

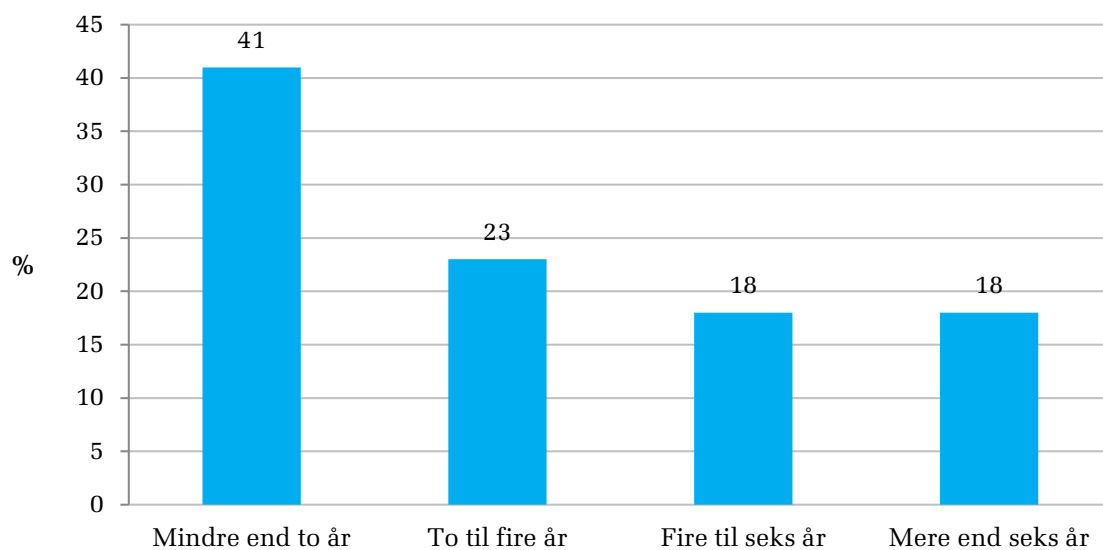
|                                                                           | Antal | Procent |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| <b>Led med mest besvær</b>                                                |       |         |
| Knæ                                                                       | 148   | 74      |
| Hofte                                                                     | 53    | 26      |
| <b>Har besvær med mere end ét led</b>                                     | 129   | 64      |
| <b>Tidligere opereret i led</b>                                           | 52    | 24      |
| <b>Taget medicin på grund af ledsmerter inden for seneste tre måneder</b> | 148   | 69      |
| <b>Sygemeldt inden for det seneste år pga. leddet</b>                     | 30    | 15      |
| <b>Anden sygdom</b>                                                       | 132   | 66      |

Baseret på 214 deltagere

Deltagerne har i gennemsnit haft symptomer fra deres led i 50 måneder (svarende til lidt over fire år) (data ikke vist). Symptomvarighed blandt deltagerne fremgår af figur 4. Figuren viser, at 41 % har haft symptomer fra deres led i

mindre end to år, mens 23 % har haft det i to til fire år, og i alt 36 % har haft det i mere end fire år.

**Figur 4. Andel, der har haft symptomer fra led mindre end to år, to til fire år, fire til seks år og mere end seks år. Procent**



Baseret på 142 deltagere

# Kvalitet i tilbuddet

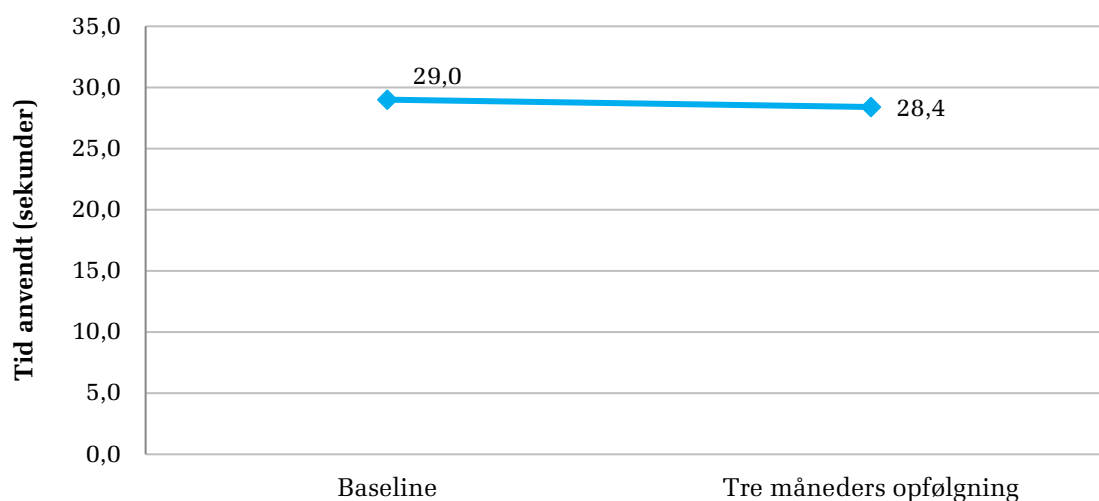
I det følgende evalueres på 'kvalitet i tilbuddet'. Det vil sige, om der blandt deltagerne opleves forebringer fra baseline til opfølgning både i forhold til to fysiske tests samt vurdering af smerte, livskvalitet, bevægelsesfrygt med videre målt ved hjælp af patient-formularer.

## Resultater af fysiske tests

Resultaterne i det følgende afsnit er udelukkende baseret på de 169 deltagere, der har udført fysiske tests både ved baseline og ved tre måneders opfølgning.

Deltagerne har ved baseline og ved tre måneders opfølgning gennemført henholdsvis en 40 meter gangtest og en rejse-sætte-sig test. Ved en 40 meter gangtest måles det, hvor mange sekunder deltageren skal bruge for at gå 40 meter. Ved en rejse-sætte-sig test måles det, hvor mange gange deltageren kan rejse sig og sætte sig ned på en stol på 30 sekunder. Begge test er et udtryk for deltagernes fysiske funktionsevne. Figur 5 viser det gennemsnitlige tidsforbrug til 40 meter gangtest ved baseline og ved tre måneders opfølgning. Af figuren kan det ses, at deltagerne i gennemsnit brugte 29,0 sekunder og 28,4 sekunder ved henholdsvis baseline og tre måneders opfølgning. Der er således tale om et mindre fald på 0,6 sekunder. Denne forskel kan ikke påvises statistisk.

**Figur 5. Resultater af 40 meter gangtest ved baseline og ved tre måneders opfølgning. Tid anvendt i sekunder**

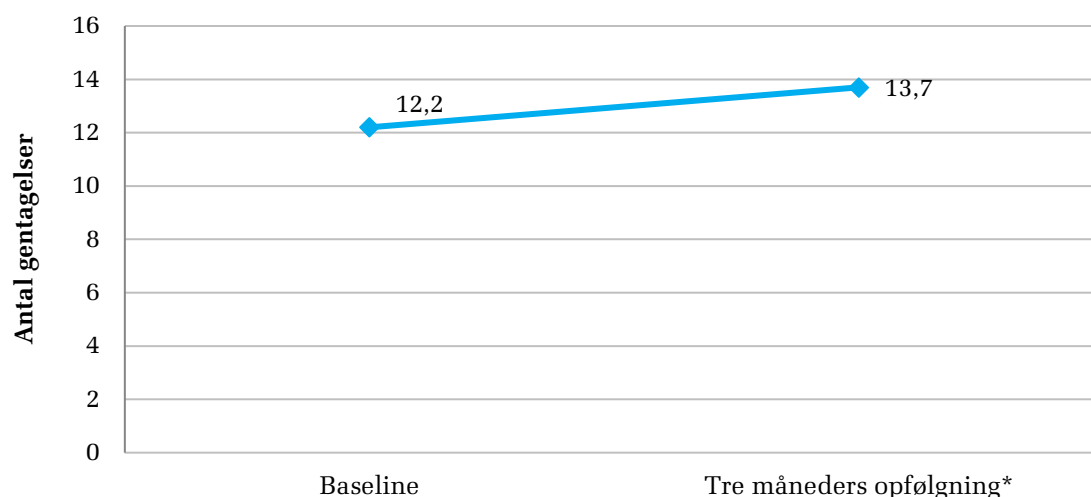


Baseret på 169 deltagere

I figur 6 ses det gennemsnitlige antal gentagelser i rejse-sætte-sig testen gennemført ved henholdsvis baseline og tre måneders opfølgning.

Figuren viser, at det gennemsnitlige antal gentagelser er steget fra 12,2 til 13,8. Der er altså tale om en forbedring på 1,5 gentagelser.

**Figur 6. Resultater af rejse-sætte-sig test ved baseline og ved tre måneders opfølgning. Antal gentagelser**



Baseret på 161 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

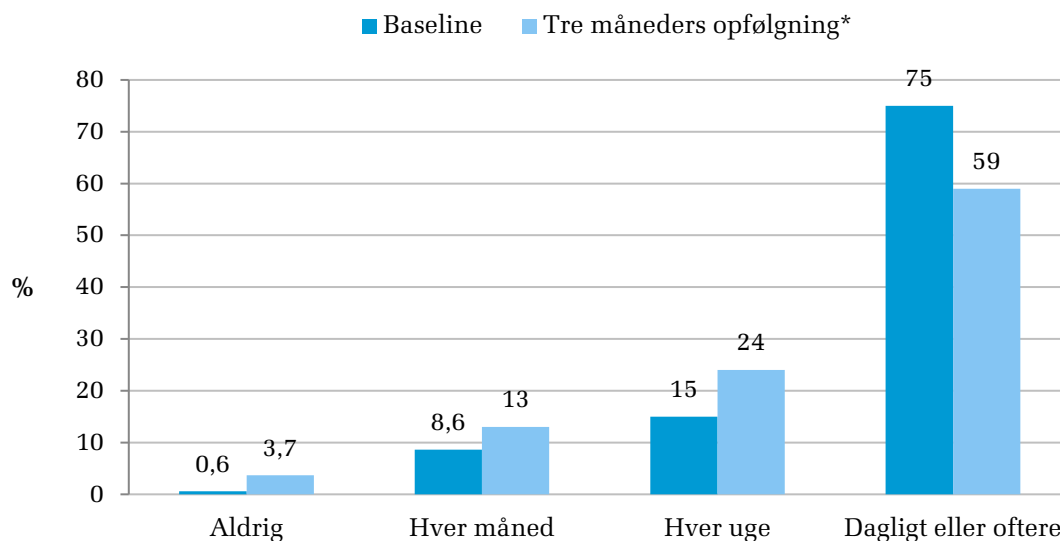
## Resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse

Ud over de fysiske tests har deltagerne tre måneder efter baseline samt 12 måneder efter baseline udfyldt spørgeskemaer omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse. I de følgende to afsnit præsenteres resultaterne af analyserne for disse besvarelser. Først præsenteres resultaterne for tre måneders opfølgning sammenlignet med baseline og derefter for 12 måneders opfølgning sammenlignet med baseline.

### Tre måneders opfølgning

I figur 7 præsenteres deltagernes vurdering af smertehyppighed. Af figuren ses, at 75 % af deltagerne ved baseline har smerter dagligt eller oftere, mens det er 59 % ved tre måneders opfølgning. Andelen med smerter hver uge er således mindre ved baseline end ved opfølgning (15 % vs. 24 %), hvilket også ses for andelen med smerter hver måned (8,6 % vs. 13 %) eller aldrig (0,6 % vs. 3,7 %) (figur 7).

**Figur 7. Andel, der aldrig har smerter, har smerter hver måned, hver uge eller dagligt eller oftere ved baseline og tre måneders opfølgning. Procent**



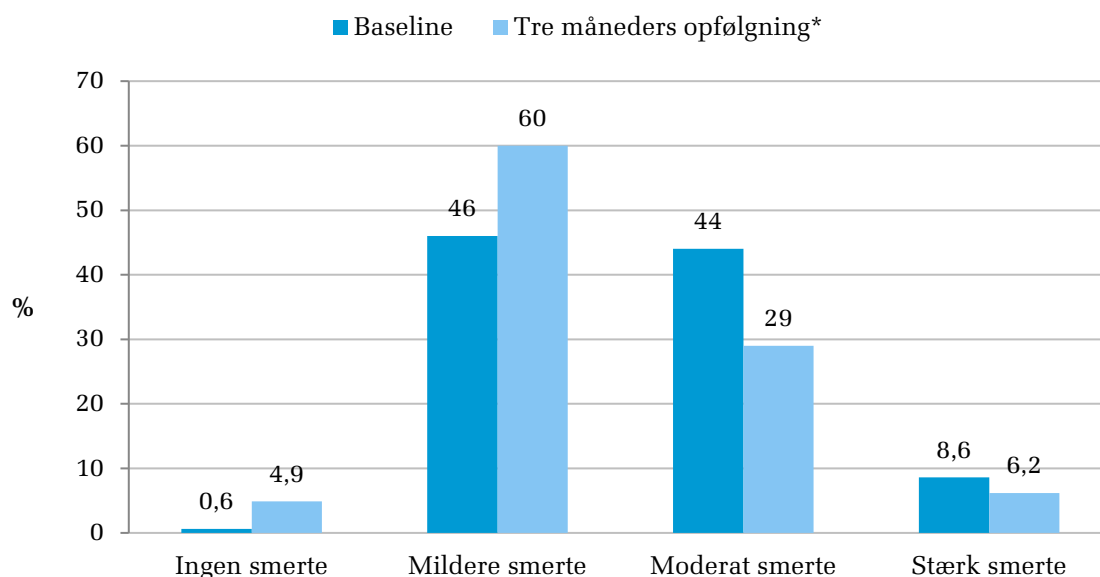
Baseret på 162 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

Smerteintensitet er opgivet ved en såkaldt VAS-skala, der går fra ingen smerte til maksimal smerte. Skalaen er efterfølgende blevet kategoriseret til fire kategorier: 0-4 (ingen smerte); 5-44 (mild smerte); 45-74 (moderat smerte); 75-100 (stærk smerte), hvilket svarer til fremgangsmåden i tidligere studier (3). Af figur 8 ses, at

8,6 % oplever stærk smerte ved baseline, mens det er 6,2 % ved tre måneders opfølgning. Andelen med moderat smerte er ligeledes mindre ved opfølgning end ved baseline (44 % vs. 29 %), mens andelen med mildere og ingen smerte er større ved opfølgning end ved baseline (46 % vs. 60 %, og 0,6 % vs. 4,9 %).

**Figur 8. Andel, der har ingen smerte, har mildere smerter, moderat eller stærk smerte ved baseline og ved tre måneders opfølgning. Procent**



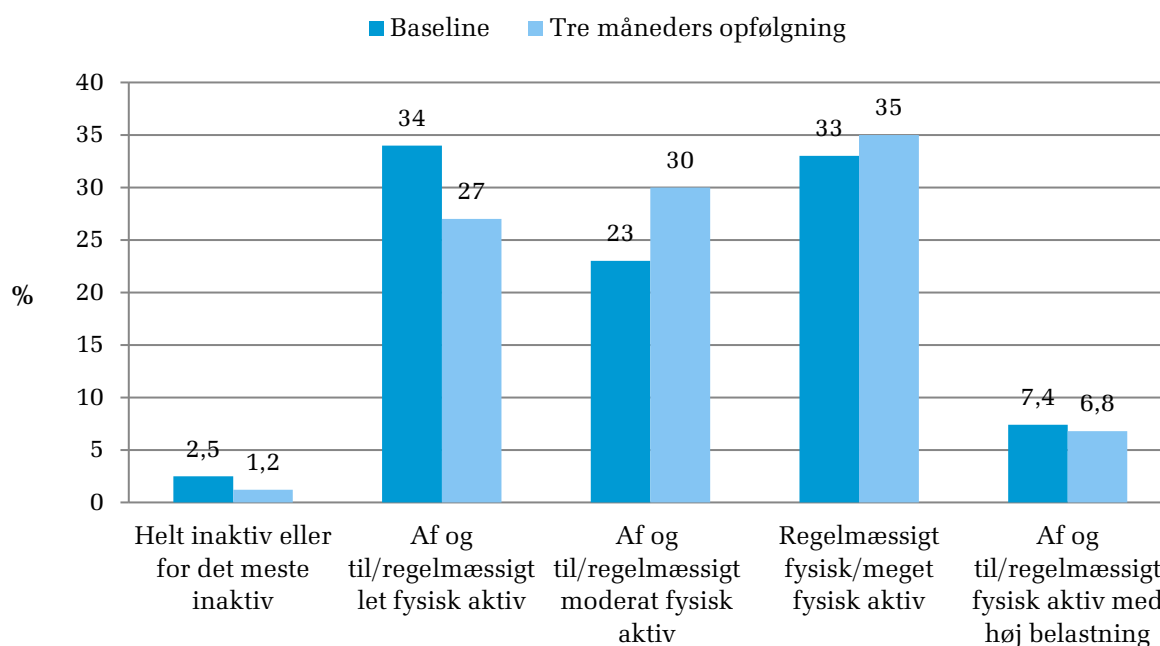
Baseret på 162 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

Deltagerne har vurderet deres eget niveau af fysisk aktivitet den seneste måned. Af figur 9 ses, at der er mindre forskydninger i vurdering heraf fra baseline til tre måneders opfølgning. Fordelingen af fysisk aktivitetsniveau ved tre måneders opfølgning er heller ikke statistisk forskellig fra fordelingen ved baseline. Andelen, der vurderer, at de af og til eller regelmæssigt deltager i fysisk aktivitet med høj belastning er stort set uændret (7,4 % ved baseline og

6,8 % ved tre måneders opfølgning). Tilsvarende små ændringer ses for andelen, der vurderer, at de er henholdsvis helt eller for det meste inaktive (2,5 % vs. 1,2 %). Andelen, der af og til eller regelmæssigt er let fysisk aktive, er faldet (34 % vs. 27 %), mens andelen, der af og til eller regelmæssigt er moderat fysisk aktive, og andelen, som er regelmæssigt fysisk/meget fysisk aktive, er lidt større ved opfølgning end ved baseline (henholdsvis 23 % vs. 30 % og 33 % vs. 35 %).

**Figur 9. Andel, der er inaktiv, er let fysisk aktiv, moderat fysisk aktiv, meget fysisk aktiv og fysisk aktiv med høj belastning ved baseline og tre måneders opfølgning. Procent**

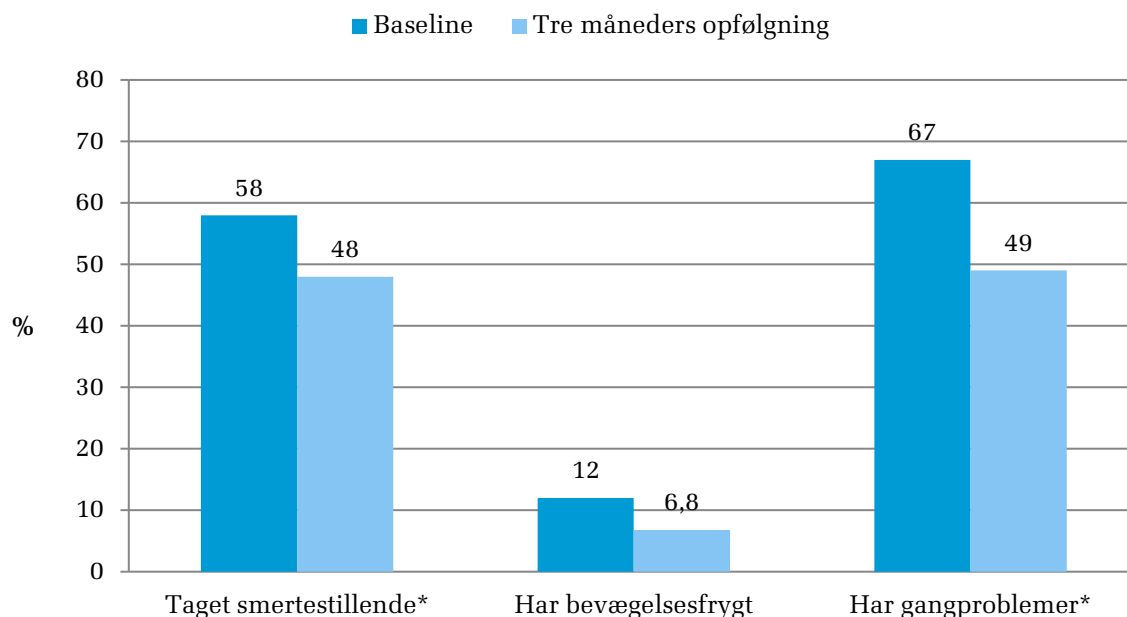


Baseret på 162 deltagere

Af figur 10 ses, at 58 % af deltagerne ved baseline tager smertestillende medicin på grund af deres led. Denne andel er faldet til 48 % ved tre måneders opfølgning. Andelen, der opgiver, at de er bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning, er ligeledes vist i figur

10. I alt oplyser 12 % ved baseline, at de har bevægelsesfrygt, mens det er 6,8 % ved tre måneders opfølgning. Denne forskel kan dog ikke påvises statistisk. Endelig er andelen, der oplyser, at de har gangproblemer som følge af knæ- eller hoftebesvær, faldet fra baseline til tre måneders opfølgning (fra 67 % til 49 %) (figur 10).

**Figur 10. Andel, der tager smertestillende medicin, har bevægelsesfrygt og har gangproblemer ved baseline og ved tre måneders opfølgning. Procent**



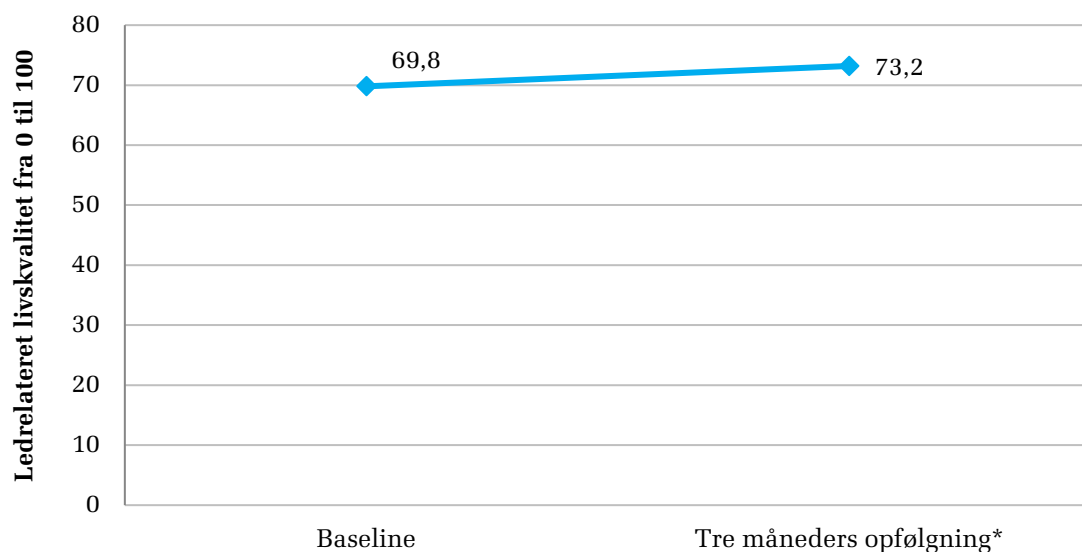
Baseret på 162 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

Ledrelateret livskvalitet er målt på en skala fra 0 til 100 med 0 som den dårligste ledrelaterede livskvalitet. Målet er baseret på fire spørgsmål fra spørgeskemaet KOOS/HOOS QOL (4, 5). Spørgsmålene omhandler, hvor ofte deltagerne mindes om knæet/hoften; om de har forandret deres måde at leve på; i hvor høj grad de kan

stole på knæet/hoften; og hvor store problemer de har med knæet/hoften. De gennemsnitlige værdier ved baseline og ved tre måneders opfølgning er vist i figur 11. Her ses, at den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra 45,4 ved baseline til 49,6 ved tre måneders opfølgning.

**Figur 11. Gennemsnitlig ledrelateret livskvalitet blandt deltagere ved baseline og ved tre måneders opfølgning.**



Baseret på 162 deltagere

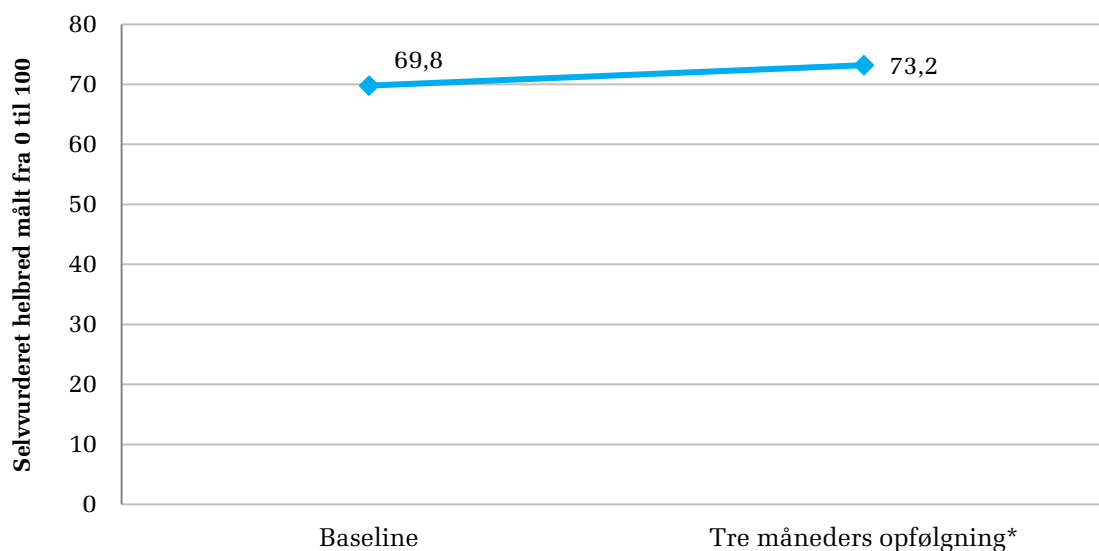
\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )



Deltagerne har desuden vurderet deres eget helbred på en skala fra 0 til 100 med 0 som det dårligste helbred, man kan forestille sig, og 100 som det bedste helbred, man kan forestille sig.

Af figur 12 ses, at den gennemsnitlige værdi på 69,8 ved baseline er steget med 3,4 til 73,2 ved tre måneders opfølgning.

**Figur 12. Gennemsnitlig vurdering af eget helbred blandt deltagere ved baseline og ved tre måneders opfølgning.**



Baseret på 161 deltagere

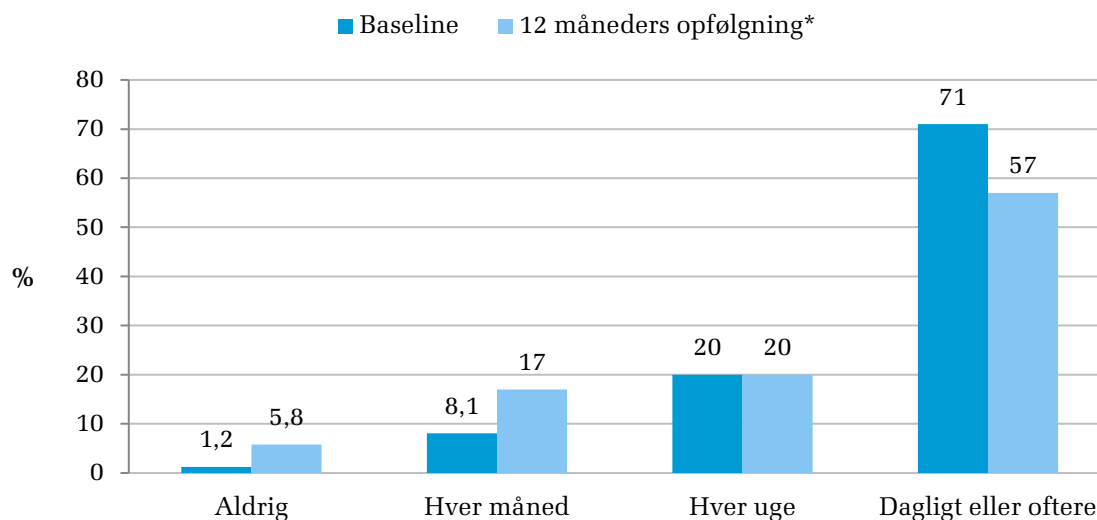
\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

### 12 måneders opfølgning

I alt er der 87 deltagere af de 93, der har haft mulighed for det, der har udfyldt spørgeskemaer både ved baseline og ved 12 måneders opfølgning. Der er ikke udført fysiske tests på dette tidspunkt, og følgende afsnit præsenterer derfor kun resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse.

Af figur 13 ses det, at mens 71 % af deltagere ved baseline har smerter dagligt eller oftere, er det 57 % ved 12 måneders opfølgning. Andelen med smerter hver måned eller aldrig er således større ved opfølgning end ved baseline (8,1 % vs. 17 %, og 1,2 % vs. 5,8 %).

**Figur 13. Andel, der ved baseline aldrig har smerter, har smerter hver måned, hver uge eller dagligt eller oftere og 12 måneders opfølgning. Procent**



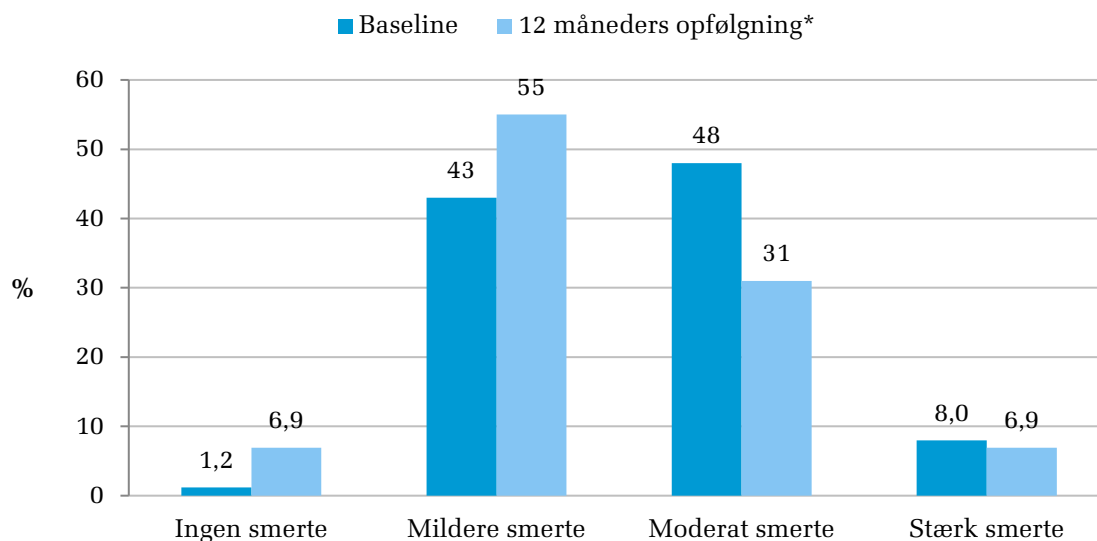
Baseret på 87 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

For smerteintensitet ses det i figur 14, at 8,0 % ved baseline oplever stærk smerte, hvilket stort set er uændret ved 12 måneders opfølgning (6,9 %). Andelen med moderat smerte er dog mindre ved opfølgning end ved baseline (48 % vs.

31 %), mens andelen med mildere og med ingen smerte derimod er større ved opfølgning end ved baseline (43 % vs. 55 %, og 1,2 % vs. 6,9 %) (figur 14).

**Figur 14. Andel, der har ingen smerte, har mildere smerte, moderat eller stærk smerte ved baseline og ved 12 måneders opfølgning. Procent**



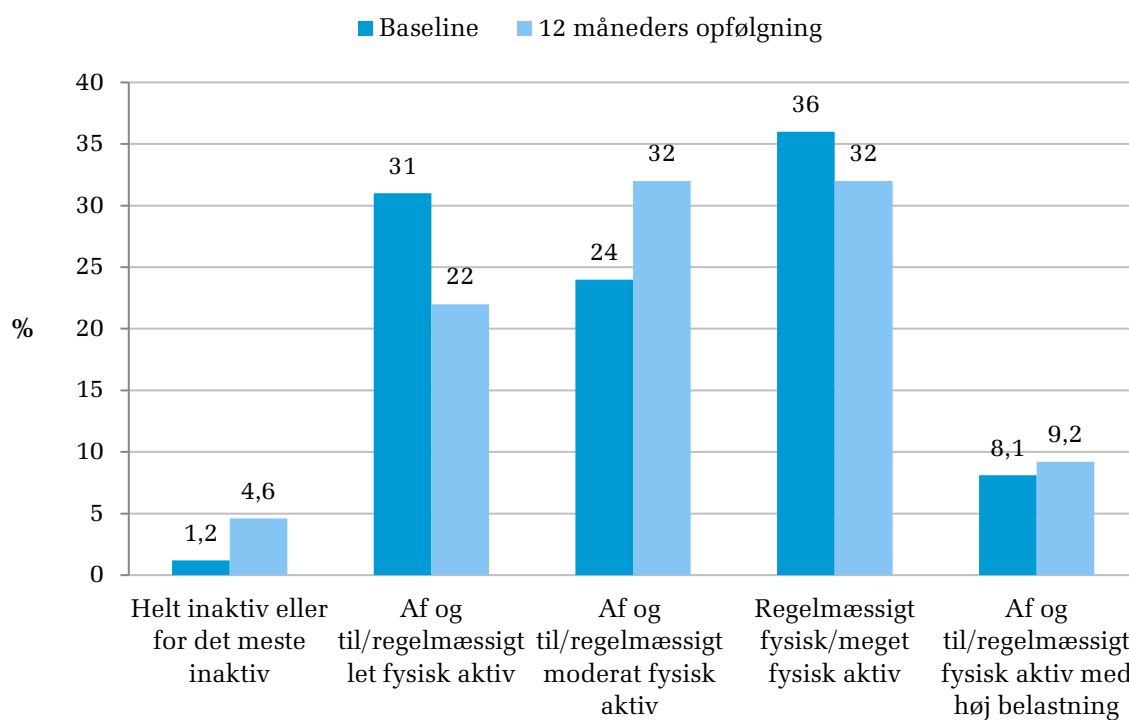
Baseret på 87 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

Af figur 15 ses, at andelen, der ved baseline af og til eller regelmæssigt deltager i let fysisk aktivitet, er på 31 % og på 22 % ved 12 måneders opfølgning, mens andelen, der ved baseline af

og til eller regelmæssigt er moderat fysisk aktive er på 24 % og 32 % ved opfølgning. Forskellene i fordelingen af fysisk aktivitetsniveau er imidlertid ikke statistisk signifikant mellem baseline og opfølgning.

**Figur 15. Andel, der er inaktiv, er let fysisk aktiv, moderat fysisk aktiv, meget fysisk aktiv og fysisk aktiv med høj belastning ved baseline og 12 måneders opfølgning. Procent**

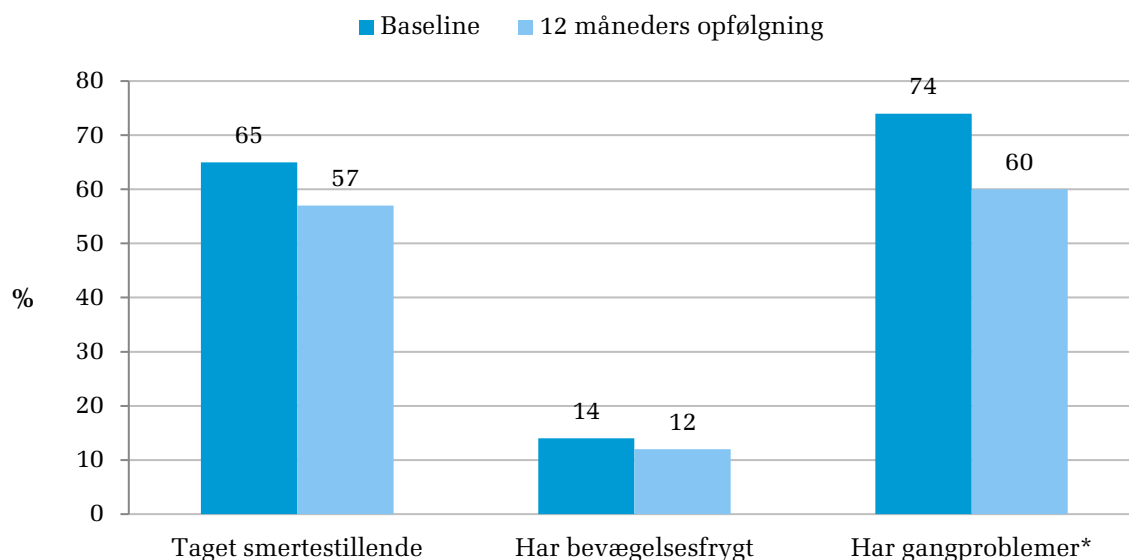


Baseret på 87 deltagere

Af figur 16 ses, at 65 % af deltagerne ved baseline tager smertestillende medicin på grund af deres ledsmerter, mens 57 % gør det ved 12 måneders opfølgning, men denne forskel kan dog ikke påvises statistisk. I figuren ses desuden, at andelen, der oplyser, at de er bange for, at deres led tager skade af fysisk

aktivitet og træning, er på 14 % ved baseline og på 12 % ved 12 måneders opfølgning. Denne mindre forskel kan heller ikke påvises statistisk. Endelig kan det ses, at andelen, der har gangproblemer som følge af knæ- eller hoftebesvær, er faldet fra 74 % ved baseline til 60 % ved 12 måneders opfølgning.

**Figur 16. Andel, der tager smertestillende medicin, har bevægelsesfrygt og har gangproblemer ved baseline og ved 12 måneders opfølgning. Procent**



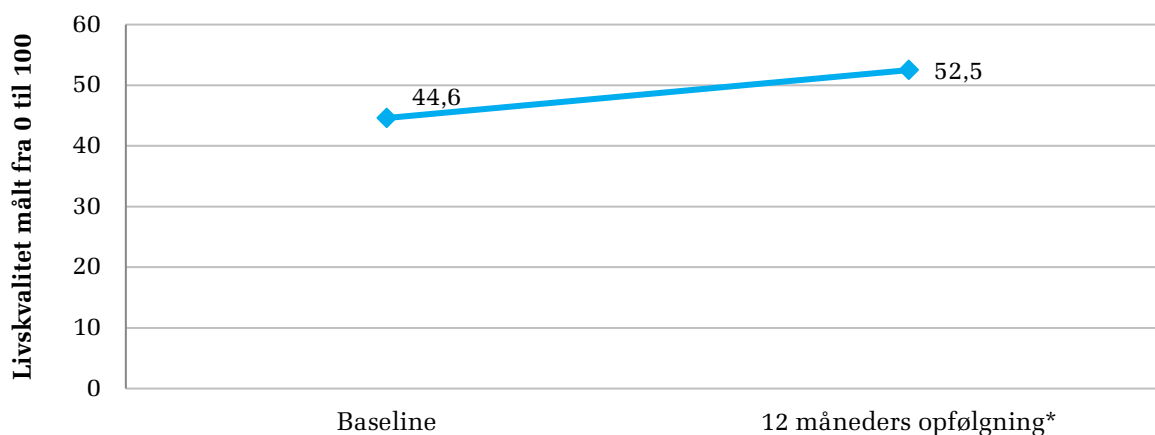
Baseret på 87 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

Værdier af ledrelateret livskvalitet ved baseline og 12 måneders opfølgning er vist i figur 17.

Heraf ses, at den ledrelaterede livskvalitet er steget med 7,9 fra 44,6 ved baseline til 52,5 ved opfølgning.

**Figur 17. Gennemsnitlig ledrelateret livskvalitet blandt deltagere ved baseline og ved 12 måneders opfølgning.**



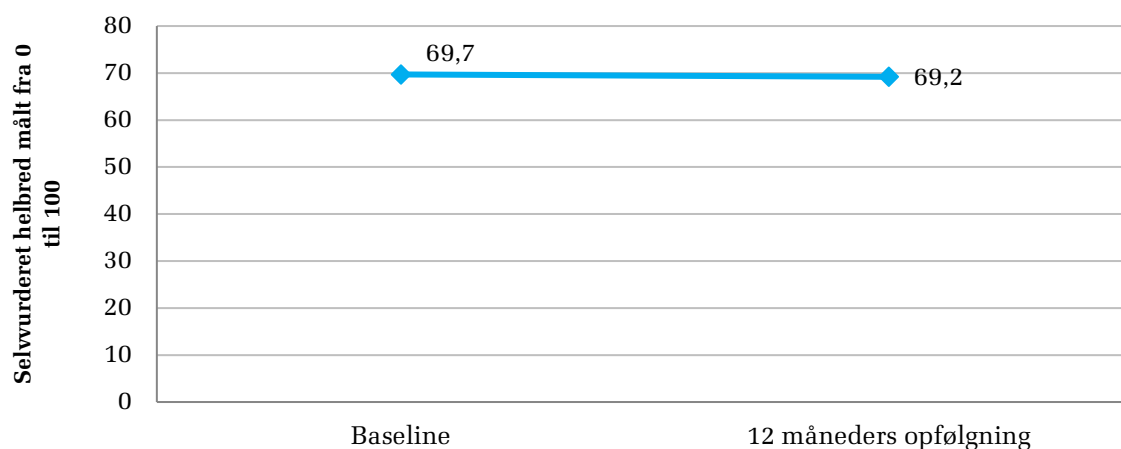
Baseret på 87 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ )

De gennemsnitlige værdier for vurdering af eget helbred ved baseline og ved 12 måneders opfølgning er vist i figur 18. Her ses, at den gen-

nemsnitlige vurdering af eget helbred er uændret (69,7 ved baseline og 69,2 ved 12 måneders opfølgning).

**Figur 18. Gennemsnitlig vurdering af eget helbred blandt deltagere ved baseline og ved 12 måneders opfølgning.**



Baseret på 86 deltagere

## Supplerende analyser

I de følgende afsnit vises resultaterne af en række supplerende analyser, der er gennemført med henblik på at vurdere, om resultaterne kan være påvirket af, at ikke alle indgår i tre måneders opfølgning. Dette er gjort ved at gentage alle analyserne og inkludere alle deltagere med baseline-oplysninger i GLA:D-registeret. Derudover er der foretaget analyser opdelt på graden af deltagelse i *God træning mod slidgigt* for at undersøge, om resultaterne varierer alt efter, hvor mange træningssessioner de har deltaget i.

### Analyser på alle med baseline-oplysninger

De deltagere, der ikke har udført fysiske tests og udfyldt spørgeskema ved tre måneders opfølgning, kan være en særlig gruppe, der eksempelvis har oplevet, at *God træning mod slidgigt* ikke har hjulpet dem. I tabel 4 ses, at de, der ikke deltog ved tre måneders opfølgning, til dels adskiller sig fra dem, der deltog ved opfølgning. Her ses for eksempel, at kønsfordelingen er forskellig, da der er en mindre andel mænd blandt dem, der deltog i tre måneders opfølgning (27 %), end blandt dem, der ikke deltog (37 %). Derudover er dem, der deltog i tre måneders opfølgning, lidt ældre (61 år vs. 58 år) og har et lidt lavere BMI (28 vs. 30), end dem, der ikke deltog ved tre måneders opfølgning.

**Tabel 4. Fordeling på baseline-oplysninger blandt dem, der deltog ved tre måneders opfølgning, og blandt dem, der ikke deltog ved tre måneders opfølgning. Procent og gennemsnit**

|                                        | Deltaget ved opfølgning <sup>1</sup> | Ikke deltaget ved opfølgning <sup>2</sup> |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Køn</b>                             |                                      |                                           |
| Mand (%)                               | 27                                   | 37                                        |
| Kvinde (%)                             | 73                                   | 63                                        |
| <b>Alder, gennemsnit</b>               | 61                                   | 58                                        |
| <b>BMI, gennemsnit</b>                 | 28                                   | 30                                        |
| <b>Civilstand</b>                      |                                      |                                           |
| Bor alene (%)                          | 30                                   | 26                                        |
| Samboende (%)                          | 70                                   | 74                                        |
| <b>Uddannelse</b>                      |                                      |                                           |
| Folkeskole (%)                         | 17                                   | 21                                        |
| Ungdomsuddannelse (%)                  | 7                                    | 2,6                                       |
| Kort videregående uddannelse (%)       | 21                                   | 15                                        |
| Mellemlang videregående uddannelse (%) | 43                                   | 49                                        |
| Lang videregående uddannelse (%)       | 12                                   | 13                                        |
| <b>Har anden sygdom (%)</b>            | 64                                   | 74                                        |

<sup>1</sup>Baseret på 162 deltagere

<sup>2</sup>Baseret på 52 deltagere

På den baggrund er der risiko for, at de beskrevne analyser, der udelukkende er baseret på deltagere, der har afgivet oplysninger ved både baseline og opfølgning, kan være skævvredne. Der er derfor udført yderligere analyser, hvor alle deltagere, der har gennemført tests og udfyldt spørgeskema ved baseline, indgår, og hvor baseline-værdier videreføres til opfølgning, hvis der mangler oplysninger ved opfølgning.

Resultaterne af disse analyser på fysiske tests bygger på 205 deltagere og er vist i tabel 5 sammen med de tidligere præsenterede resultater

for de, der deltog ved opfølgning. Således kan man se, om resultaterne afviger fra hinanden. Det ses, at deltagerne, hvor der kun foreligger oplysninger ved baseline, i gennemsnit brugte 29,3 sekunder til 40 meter gangtest ved baseline og 28,8 sekunder ved opfølgning. Denne lille forskel kan dog ikke påvises statistisk. Ved rejse-sætte-sig testen er antallet af gentagelser steget fra 12,2 ved baseline til 13,4 ved opfølgning. For begge tests tilsvarende resultaterne de resultater, der blev fundet for deltagerne, hvor der foreligger oplysninger ved både baseline og opfølgning (tabel 5).

**Tabel 5. Resultater af fysiske tests blandt deltagere med oplysninger ved både baseline og tre måneders opfølgning og blandt alle deltagere med oplysninger ved baseline. Gennemsnit**

|                              | Deltagere med oplysninger ved både baseline og opfølgning <sup>1</sup> |             | Deltagere med oplysninger ved baseline <sup>2</sup> |             |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|-------------|
|                              | Baseline                                                               | Tre måneder | Baseline                                            | Tre måneder |
| <b>40 meter gangtest</b>     | 29,0                                                                   | 28,4        | 29,3                                                | 28,8        |
| <b>Rejse-sætte-sig test*</b> | 12,2                                                                   | 13,7        | 12,2                                                | 13,4        |

<sup>1</sup>Baseret på 169 deltagere

<sup>2</sup>Baseret på 205 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant (p<0,05)

For resultaterne af analyserne omhandlende smerte, livskvalitet og fysisk aktivitetsniveau ses samme tendens til, at resultaterne ikke ændrer sig ret meget. Disse analyser bygger på 201

deltagere og er præsenteret i tabel 6. Resultaterne for deltagerne, hvor der foreligger oplysninger ved baseline, viser, at fordelingen af smertehyppighed er ændret mellem baseline og tre måneders opfølgning, da en mindre andel

har smerter dagligt eller oftere (75 % vs. 62 %). Fordelingen af smerteintensitet ændres også fra baseline til opfølgning, herunder er særligt andelen med moderat smerte mindre ved opfølgning end ved baseline (43 % vs. 31 %). Andelen, der tager smertestillende medicin er ligeledes mindre ved opfølgning end ved baseline (48 % vs. 56 %). Fordelingen af fysisk aktivitetsniveau er imidlertid ikke statistisk forskellig

mellem baseline og opfølgning. For både bevægelsesfrygt og gangproblemer ses en mindre andel, der angiver dette, ved opfølgning end ved baseline (henholdsvis 14 % vs. 9,5 %, og 68 % vs. 53 %). Endelig er deltagernes ledrelaterede livskvalitet steget fra baseline til opfølgning (fra 45,4 til 48,8), og det samme gør sig gældende for vurdering af eget helbred (fra 68,8 til 71,0) (tabel 6).

**Tabel 6. Resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse blandt deltagere med oplysninger ved både baseline og tre måneders opfølgning og blandt alle deltagere med oplysninger ved baseline. Procent og gennemsnit**

|                                                            | Deltagere med oplysninger ved både baseline og opfølgning <sup>2</sup> |             | Deltagere med oplysninger ved baseline <sup>1</sup> |             |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|-------------|
|                                                            | Baseline                                                               | Tre måneder | Baseline                                            | Tre måneder |
| <b>Smertehyppighed*</b>                                    |                                                                        |             |                                                     |             |
| Aldrig (%)                                                 | 0,6                                                                    | 3,7         | 1,0                                                 | 3,5         |
| Hver måned (%)                                             | 8,6                                                                    | 13          | 9,0                                                 | 12          |
| Hver uge (%)                                               | 15                                                                     | 24          | 15                                                  | 22          |
| Dagligt eller oftere (%)                                   | 75                                                                     | 59          | 75                                                  | 62          |
| <b>Smerteintensitet*</b>                                   |                                                                        |             |                                                     |             |
| Ingen smerte (%)                                           | 0,6                                                                    | 4,9         | 0,5                                                 | 4,0         |
| Mildere smerte (%)                                         | 46                                                                     | 60          | 45                                                  | 56          |
| Moderat smerte (%)                                         | 44                                                                     | 29          | 43                                                  | 31          |
| Stærk smerte (%)                                           | 8,6                                                                    | 6,2         | 11                                                  | 9,5         |
| <b>Smertestillende (%)*</b>                                | 58                                                                     | 48          | 56                                                  | 48          |
| <b>Fysisk aktivitetsniveau</b>                             |                                                                        |             |                                                     |             |
| Helt inaktiv eller for det meste inaktiv (%)               | 2,5                                                                    | 1,2         | 2,5                                                 | 1,5         |
| Af og til/regelmæssigt let fysisk aktiv (%)                | 34                                                                     | 27          | 32                                                  | 26          |
| Af og til/regelmæssigt moderat fysisk aktiv (%)            | 23                                                                     | 30          | 26                                                  | 32          |
| Regelmæssigt fysisk/meget fysisk aktiv (%)                 | 33                                                                     | 35          | 31                                                  | 33          |
| Af og til/regelmæssigt fysisk aktiv med høj belastning (%) | 7,4                                                                    | 6,8         | 8,0                                                 | 7,5         |
| <b>Bevægelsesfrygt (%)*</b>                                | 12                                                                     | 6,8         | 14                                                  | 9,5         |
| <b>Gangproblemer (%)*</b>                                  | 67                                                                     | 49          | 68                                                  | 53          |
| <b>Ledrelateret livskvalitet, gennemsnit*</b>              | 45,4                                                                   | 49,6        | 45,5                                                | 48,8        |
| <b>Vurdering af eget helbred, gennemsnit*</b>              | 70,5                                                                   | 73,2        | 68,8                                                | 71,0        |

<sup>1</sup>Baseret på 162 deltagere

<sup>2</sup>Baseret på 201 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant (p<0,05)

Resultaterne af både de fysiske tests og resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse lader således ikke til at være påvirket af, at der ikke er information for alle ved tre måneders opfølgning. Det ses ved, at der generelt

ikke er de store forskelle i resultaterne af analyserne for deltagerne med oplysninger ved både baseline og tre måneders opfølgning sammenlignet med deltagerne med oplysninger ved

baseline (den gruppe, hvor baseline-oplysninger er videreført, hvis der har manglet oplysninger ved tre måneders opfølgning).

#### Analysen opdelt på graden af deltagelse

Fysioterapeuterne, der indgik i *God træning mod slidgigt* har ved tre måneders opfølgning oplyst, hvor stor en del af teoriundervisningen og af gruppetræningen deltagerne hver især har deltaget i. Der er oplysninger om dette for 175 deltagere. Det ses i tabel 7, at 91 % deltog i session 1 af teoriundervisningen, og at 80 % deltog i session 2 af teoriundervisningen. Omkring to tredjedele af deltagerne deltog desuden i mindst 10 gruppetræninger, mens omkring en tredjedel deltog i mindre end 10 gruppetræninger.

**Tabel 7. Deltagelse i teoriundervisning og gruppetræning. Procent**

|                          | Antal | Procent |
|--------------------------|-------|---------|
| <b>Teoriundervisning</b> |       |         |
| Session 1                | 160   | 91      |
| Session 2                | 140   | 80      |
| <b>Gruppetræning</b>     |       |         |
| Ikke deltaget            |       | -       |
| 1-6 træninger            | 15    | 8,6     |
| 7-9 træninger            | 44    | 25      |
| 10+ træninger            | 116   | 66      |

Baseret på 175 deltagere

Det er muligt, at graden af deltagelse i gruppetræning har indflydelse på resultaterne af de fysiske tests og spørgsmål omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse ved tre måneders opfølgning. Derfor er der yderligere foretaget analyser, hvor deltagerne er opdelt i to grupper med henholdsvis høj (10 eller flere gruppetræninger) og lav (færre end 10 gruppetræninger) deltagelse.

De opdeltte analyser på fysiske tests er lavet på 112 deltagere med høj deltagelse og 57 deltagere med lav deltagelse. Resultaterne af disse analyser er præsenteret i tabel 8 og viser, at for 40 meter gangtest brugte dem med høj deltagelse i gennemsnit 28,3 sekunder ved baseline og 27,7 sekunder ved opfølgning, mens de med lav deltagelse i gennemsnit brugte 30,4 og 30,0 sekunder ved henholdsvis baseline og opfølgning. Uanset graden af deltagelse kan forskellene ikke påvises statistisk. For rejse-sætte-sig test viser analyserne, at dem med høj deltagelse i gennemsnit lavede 12,4 gentagelser ved baseline og 14,1 gentagelser ved tre måneders opfølgning, mens dem med lav deltagelse i gennemsnit lavede 11,9 gentagelser og 13,0 gentagelser ved henholdsvis baseline og tre måneders opfølgning. Antallet af gentagelser er således steget for begge grupper. Det tyder dog på, at personer med høj deltagelse har haft et lidt bedre udgangspunkt ved baseline end personer med lav deltagelse (tabel 8)

**Tabel 8. Resultater af fysiske tests, opdelt på graden af deltagelse. Gennemsnit**

|                              | Høj deltagelse <sup>1</sup> |             | Lav deltagelse <sup>2</sup> |             |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
|                              | Baseline                    | Tre måneder | Baseline                    | Tre måneder |
| <b>40 meter gangtest</b>     | 28,3                        | 27,7        | 30,4                        | 30,0        |
| <b>Rejse-sætte-sig test*</b> | 12,4                        | 14,1        | 11,9                        | 13          |

<sup>1</sup>Baseret på 112 deltagere

<sup>2</sup>Baseret på 57 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant (p<0,05)

De opdeltte analyser omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse er lavet på 103 deltagere med høj deltagelse og 49 deltagere med lav deltagelse. Tabel 9 viser, at blandt deltagere med høj deltagelse er fordelingen af smertehyppighed forskellig fra baseline til tre måneders opfølgning, og at andelen med smerter dagligt eller oftere er mindre ved opfølgning end ved

baseline (78 % vs. 62 %). For smerteintensitet gør det samme sig gældende, således at andelen med moderat eller stærk smerte er mindre ved opfølgning end ved baseline (45 % vs. 29 %, og 12 % vs. 5,8 %). Disse ændringer for smertehyppighed og smerteintensitet ses ikke blandt deltagere med lav deltagelse. Andelen, der tager smertestillende medicin, er mindre ved tre



måneders opfølgning end ved baseline for de, der har lav deltagelse (63 % vs. 47 %) men ikke for de, der har høj deltagelse. For deltagernes vurdering af fysisk aktivitetsniveau ses ingen forskel på grupperne i fordelingen mellem baseline og tre måneders opfølgning, og det samme gør sig gældende for andelen, der oplyser, at de er bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning. Dette gælder både for deltagere med høj og lav deltagelse. Andelen, der oplyser, at de har gangproblemer, er

imidlertid mindre ved tre måneders opfølgning end ved baseline blandt de, der har høj deltagelse (71 % vs. 51 %), men ikke blandt de, der har lav deltagelse. Ledrelateret livskvalitet er også højere ved opfølgning end ved baseline blandt deltagere med høj deltagelse (45,3 vs. 50,0). Vurdering af eget helbred er ikke forskellig fra baseline til tre måneders opfølgning, hverken for deltagere med høj eller lav deltagelse.

**Tabel 9. Resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse opdelt på graden af deltagelse. Procent og gennemsnit**

|                                                            | Høj deltagelse <sup>1</sup> |             | Lav deltagelse <sup>2</sup> |             |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
|                                                            | Baseline                    | Tre måneder | Baseline                    | Tre måneder |
| <b>Smertehyppighed*</b>                                    |                             |             |                             |             |
| Aldrig (%)                                                 | 1,0                         | 4,9         | -                           | 2,0         |
| Hver måned (%)                                             | 6,8                         | 13          | 12                          | 12          |
| Hver uge (%)                                               | 15                          | 20          | 20                          | 35          |
| Dagligt eller oftere (%)                                   | 78                          | 62          | 67                          | 51          |
| <b>Smerteintensitet*</b>                                   |                             |             |                             |             |
| Ingen smerte (%)                                           | 1,0                         | 4,9         | -                           | 6,1         |
| Mildere smerte (%)                                         | 43                          | 60          | 55                          | 61          |
| Moderat smerte (%)                                         | 45                          | 29          | 41                          | 27          |
| Stærk smerte (%)                                           | 12                          | 5,8         | 4,1                         | 6,1         |
| <b>Smertestillende (%)**</b>                               | 55                          | 46          | 63                          | 47          |
| <b>Fysisk aktivitetsniveau</b>                             |                             |             |                             |             |
| Helt inaktiv eller for det meste inaktiv (%)               | 2,9                         | 1,0         | -                           | 2,0         |
| Af og til/regelmæssigt let fysisk aktiv (%)                | 33                          | 22          | 39                          | 37          |
| Af og til/regelmæssigt moderat fysisk aktiv (%)            | 24                          | 31          | 18                          | 24          |
| Regelmæssigt fysisk/meget fysisk aktiv (%)                 | 31                          | 38          | 37                          | 31          |
| Af og til/regelmæssigt fysisk aktiv med høj belastning (%) | 8,7                         | 7,8         | 6,1                         | 6,1         |
| <b>Bevægelsesfrygt (%)</b>                                 | 11                          | 3,9         | 16                          | 12          |
| <b>Gangproblemer (%)*</b>                                  | 71                          | 51          | 65                          | 47          |
| <b>Ledrelateret livskvalitet, gennemsnit*</b>              | 45,3                        | 50,0        | 44,9                        | 48,3        |
| <b>Vurdering af eget helbred, gennemsnit</b>               | 71,0                        | 73,8        | 68,3                        | 71,9        |

<sup>1</sup>Baseret på 103 deltagere

<sup>2</sup>Baseret på 49 deltagere

\*Ændring er statistisk signifikant for deltagere med høj deltagelse (p<0,05)

\*\*Ændring er statistisk signifikant for deltagere med lav deltagelse (p<0,05)

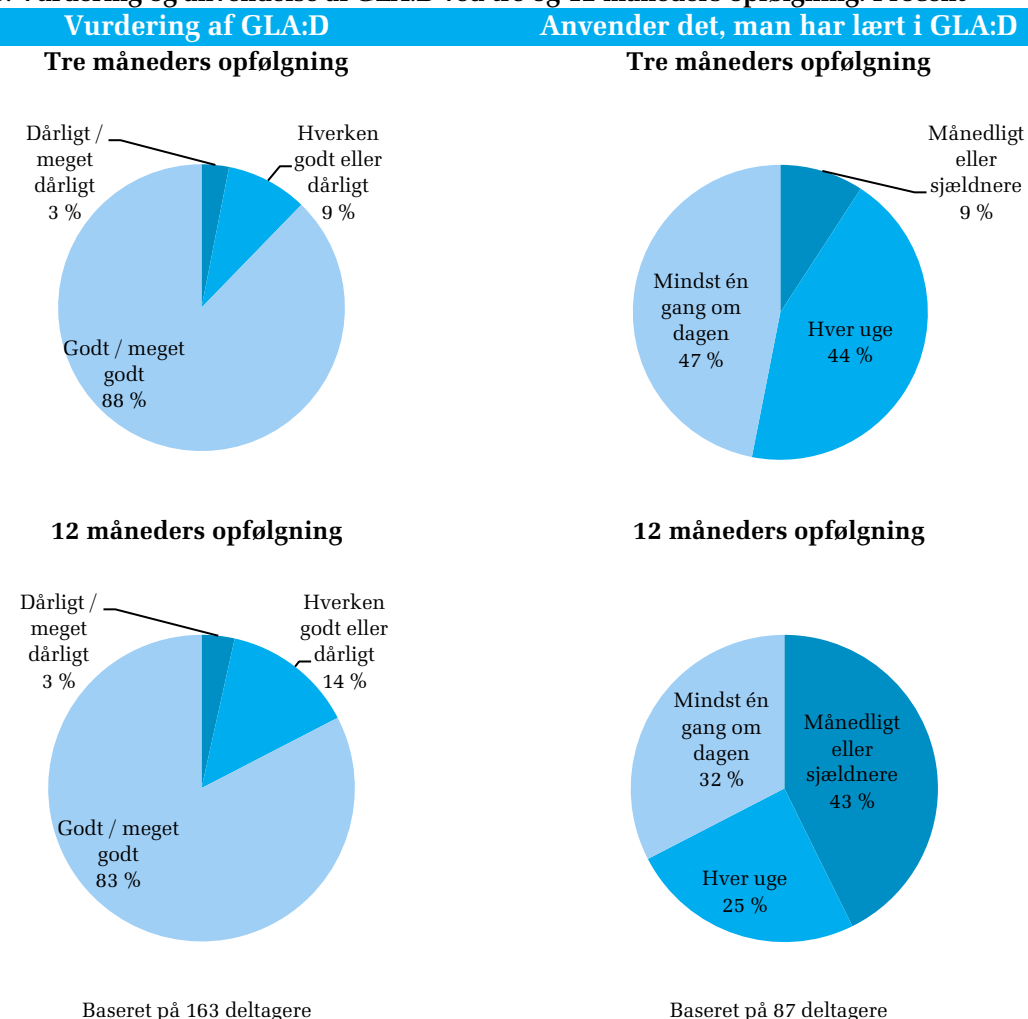
Der lader således til at være en tendens til, at deltagere med høj deltagelse i *God træning mod slidgigt* i nogen grad har oplevet flere forbedringer end deltagere med lav deltagelse. Der er imidlertid ikke et entydigt billede.

# Fastholdelse

Deltagerne er ved tre måneders opfølgning og ved 12 måneders opfølgning blevet bedt om at vurdere, hvad de syntes om GLA:D (og derved *God træning mod slidgigt*), og om de anvender principperne fra GLA:D i deres hverdag. Ved tre måneders opfølgning har 163 deltagere besvaret disse spørgsmål, og ved 12 måneders opfølgning har 87 deltagere besvaret spørgsmålene.

Af figur 19 ses, at hovedparten af deltagerne synes godt eller meget godt om forløbet ved både tre (88 %) og 12 måneders opfølgning (83 %). I alt 47 % og 44 % af deltagerne anvender ved tre måneders opfølgning principperne henholdsvis minimum én gang om dagen og hver uge, mens dette gør sig gældende for 32 % og 25 % af deltagerne ved 12 måneders opfølgning. Principperne anvendes månedligt eller sjældnere af 9,2 % af deltagerne ved tre måneders opfølgning og af 43 % af deltagerne ved 12 måneders opfølgning (figur 19).

**Figur 19. Vurdering og anvendelse af GLA:D ved tre og 12 måneders opfølgning. Procent**

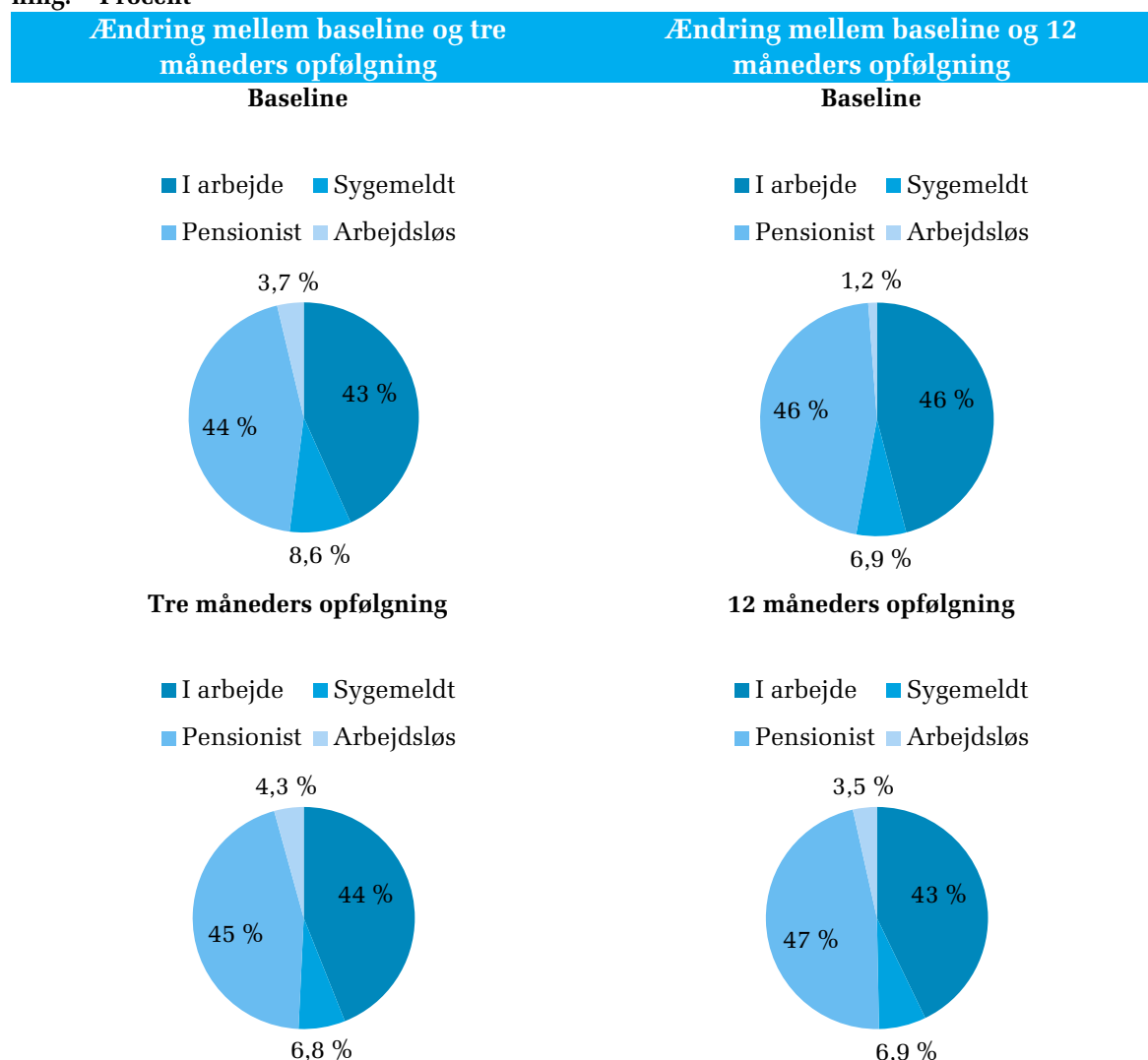


# Tilknytning til arbejdsmarkedet

Af figur 20 fremgår arbejdssituationen for deltagere ved baseline samt ved tre måneders og

12 måneders opfølgning. Det ses af figuren, at 43 % af deltagerne er i arbejde ved baseline, hvilket svarer til andelen ved tre måneders opfølgning (44 %). For deltagere med oplysninger om arbejdssituation ved 12 måneders opfølgning er andelen, der er i arbejde ved baseline, på 46 % og ved 12 måneders opfølgning på 43 %. Fordelingen på arbejdssituation ved tre måneders og ved 12 måneders opfølgning er ikke statistisk forskellig fra fordelingen ved baseline.

**Figur 20 Deltageres arbejdssituation ved baseline og henholdsvis tre og 12 måneders opfølgning.<sup>1,2</sup> Procent**



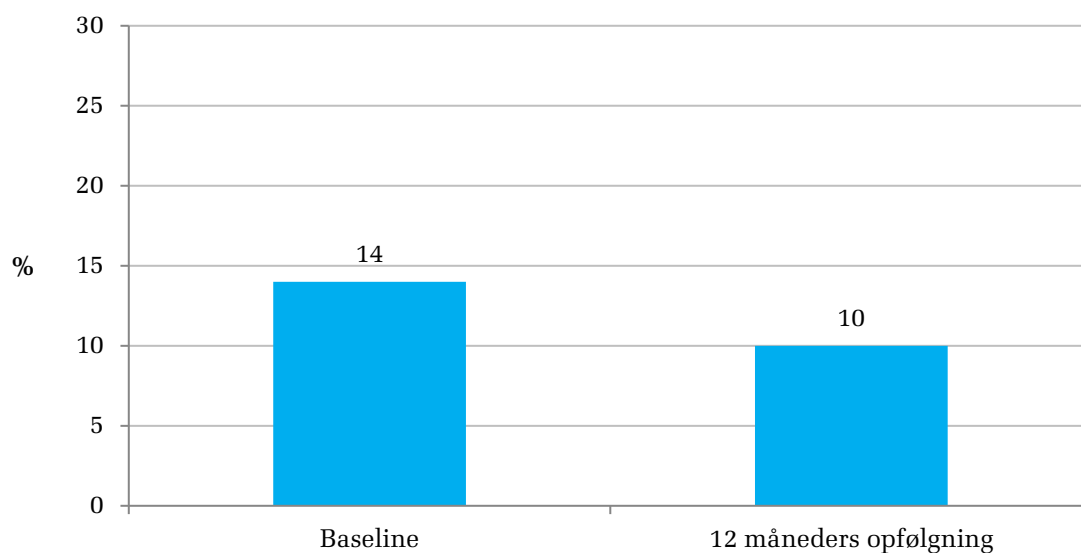
<sup>1</sup>Tre måneders opfølgning er baseret på 162 deltagere, og 12 måneders opfølgning er baseret på 87 deltagere. Der er derfor forskelligt antal deltagere ved baseline afhængigt af, om der sammenlignes med tre eller 12 måneders opfølgning.

<sup>2</sup>Betegnelsen pensionist inkluderer deltagere på pension, efterløn og førtidspension.

Ved baseline og ved 12 måneders opfølgning har deltagerne oplyst, om de inden for det seneste år har været sygemeldt på grund af deres hofte eller knæ. Der er oplysninger om dette ved både baseline og 12 måneders opfølgning

fra 87 deltagere. Af figur 21 ses, at 14 % af deltagerne ved baseline har været sygemeldt inden for det seneste år. Det samme gør sig gældende for 10 % af deltagerne ved 12 måneders opfølgning. Forskellen kan imidlertid ikke påvises statistisk.

**Figur 21. Andel, der har været sygemeldt inden for de seneste 12 måneder, ved baseline og ved 12 måneders opfølgning. Procent**



Baseret på 87 deltagere

# Metode-overvejelser

Analyserne i denne rapport er udelukkende deskriptive, og det er ikke muligt at vurdere, hvordan det ville være gået deltagerne, hvis de ikke havde deltaget i *God træning mod slidgigt*. Det er heller ikke muligt at sammenligne ændringer mellem baseline og opfølgning med ændringer hos en sammenligningsgruppe, der ligner deltagerne i *God træning mod slidgigt*, bortset fra at de ikke har deltaget i tilbuddet. Resultaterne er således udelukkende baseret på før- og efter-målinger blandt deltagerne, og det kan på den baggrund ikke vurderes, om eventuelle ændringer hos deltagerne er en effekt af deltagelse i *God træning mod slidgigt*, eller om deltagerne ville have oplevet de samme ændringer uanset deltagelse.

I GLA:D-registeret er der ikke opfølgningoplysninger fra alle de deltagere, som der er oplysninger om ved baseline. Dette kan særligt være et problem, hvis det ikke er tilfældigt, hvem der er oplysninger om ved opfølgning. Hvis deltagerne, der ikke har opnået ændringer gennem perioden, hvor de har deltaget i *God træning mod slidgigt*, i højere grad vælger ikke at udfylde oplysninger ved baseline, kan det resultere i en overdrivelse af ændringer mellem baseline og opfølgning. Det modsatte gør sig gældende, hvis deltagere, der har opnået store ændringer, i højere grad ikke udfylder oplysninger ved opfølgning. Der er imidlertid forsøgt at tage højde for dette ved at udføre supplerende analyser på samtlige deltagere med baseline-oplysninger. Her er værdierne fra baseline overført til tre måneders opfølgning, og det formodes derfor, at de personer, der ikke indgår i opfølgning (det vil sige, at de ikke har besvaret patient-formularen (spørgeskemaet) eller udført de fysiske tests), ikke har oplevet nogen forbedring. Der tages dog ikke højde for, at nogle af

disse deltagere potentielt kunne have oplevet forværringer i perioden.

Det har i flere tilfælde har været svært at påvise en statistisk signifikant forskel mellem grupperne, selvom der ses en procentvis forskel. Dette kan være en konsekvens af, at der ikke har været et tilstrækkeligt datamateriale til at opdele på så mange undergrupper (antallet af personer i grupperne har været for lille). Når der ikke kan påvises en statistisk signifikant sammenhæng, kan det ikke udelukkes, at de observerede forskelle er tilfældige. På den anden side kan det dog heller ikke udelukkes, at der er tale om en reel tendens, som ville have været mulig at identificere, hvis datamaterialet havde været større.

# Konklusion

Evalueringerne viser, at til trods for, at kommunen har iværksat en lang række af initiativer for at sætte fokus på at henvise relevante borgere fra for eksempel jobcenteret til *God træning mod slidgigt*, har det dog været svært. Langt størstedelen af deltagerne har selv opsøgt tilbuddet, og en meget lille andel er rekrutteret fra jobcentre, praktiserende læger med videre. Overordnet set er det dog lykkedes at rekruttere borgere til det ønske antal hold.

Af de 235 borgere, der deltog i tilbuddet, er der baseline-oplysninger på 214, mens der er oplysninger på 169 ved tre måneders opfølgning og 87 ved 12 måneders opfølgning. Det forskellige antal skyldes dels, at nogle deltagere er faldet fra tilbuddet undervejs eller ikke har svaret på opfølgningsspørgeskemaerne, og dels, at der er flere, der ikke har haft mulighed for at svare på 12 måneders opfølgningen, da der endnu ikke er gået 12 måneder, siden deres forløb blev afsluttet. Det skal fremhæves, at resultaterne udelukkende er baseret på før- og efter-målinger blandt deltagerne, og det kan på den baggrund ikke vurderes, om eventuelle ændringer hos deltagerne er en effekt af deltagelse i *God træning mod slidgigt*, eller om deltagerne ville have oplevet de samme ændringer uanset deltagelse.

Evalueringen viser, at deltagerne har oplevet forbedringer på en række parametre fra baseline til tre måneders opfølgning. Det gælder i forhold til deres funktionsniveau målt ved en rejse-sætte-sig test, hvor det gennemsnitlige antal gentagelser er steget lidt. Derudover observeres forebringere i forhold til deltagernes vurdering af ledsmerter, de oplever på grund af slidgigten. Andelen med daglig smerte, stærke smerter, og som tager smertestillende medicin på grund af ledsmerterne, er faldet. Endelig er andelen, der oplyser, at de har gangproblemer som følge af knæ- eller hoftebesvær faldet, og

den gennemsnitlige ledrelaterede livskvalitet er steget, hvilket også gør sig gældende for deltagernes egen vurdering af deres helbred. For andre parametre ses dog ingen ændring fra baseline til tre måneders opfølgning. Det gælder for resultaterne af en gangtest, vurdering af deres fysiske aktivitetsniveau, og om de vurderer, at de er bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning.

I evalueringen blev der gennemført en række supplerende analyser for at undersøge, om resultaterne kan være påvirket af, at netop ikke alle indgår i opfølgningen. Resultaterne af både de fysiske tests og resultater omhandlende smerte, livskvalitet og bevægelse lader ikke til at være påvirket i væsentlig grad af, at der ikke er information for alle deltagere ved tre måneders opfølgning. Det ses ved, at der generelt ikke er de store forskelle i resultaterne af analyserne for deltagerne med oplysninger ved både baseline og tre måneders opfølgning sammenlignet med deltagerne med oplysninger ved baseline (ved denne gruppe er baseline oplysninger ført videre, hvis der har manglet oplysninger ved tre måneders opfølgning).

Derudover er der foretaget analyser opdelt på graden af deltagelse i *God træning mod slidgigt* for at undersøge, om resultaterne varierer alt efter, hvor mange træningssessioner de har deltaget i. Omkring to tredjedele af deltagerne deltog i mindst 10 gruppetræninger, mens omkring en tredjedel deltog i mindre end 10 gruppetræninger. Der ses en tendens til, at deltagere med høj deltagelse i *God træning mod slidgigt* i nogen grad har oplevet flere forbedringer end deltagere med lav deltagelse, men det er imidlertid ikke et entydigt billede.

Ved 12 måneders opfølgning observeres tilsvarende forbedringer i forhold til oplevelsen af smerter og brug af smertestillende medicin som ved tre måneders opfølgning. Andelen med daglig smerte, stærke smerter, og som tager smertestillende medicin på grund af ledsmerter, er således faldet fra baseline til 12 måneders opfølgning.

Hovedparten af deltagerne synes godt eller meget godt om forløbet ved både tre og 12 måneders opfølgning. Det er cirka halvdelen af deltagerne, der anvender de principper, de har lært fra forløbet minimum én gang om dagen ved tre måneders opfølgning, denne andel er dog faldet til cirka en tredjedel ved 12 måneders opfølgning. Derudover findes ingen forskelle i

andelen, der er i arbejde ved baseline og tre måneders opfølgning samt ved baseline og 12 måneders opfølgning, eller i andelen af deltagere, der har været sygemeldt inden for det seneste år fra baseline til 12 måneders opfølgning.

# Referencer

1. Skou ST, EM Roos. Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. BMC Musculoskeletal Disorders 2017; 18:72 DOI 10.1186/s12891-017-1439-y.
2. Grønne DT, Skou ST, Roos EM. GLA:D® Årsrapport 2016. Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet. August 2017.
3. Hawker, GA., Mian, S., Kendzerska, T., French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care Res 63 Suppl 11,S240-S252.
4. Roos EM, Lohmander SL. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:64.
5. Nilsson AK, Lohmander SL, Kläfsbo M, Roos EM. Hip disability and osteoarthritis outcome score (HOOS) – validity and responsiveness in total hip replacement. BMC Musculoskeletal Disorders 2003;4:10.



# Bilag 1

Notat januar 2017

# God træning mod slidgigt: devaluering af gigtskolen i Hvidovre Kommune

Af Ditte Heering Holt

## Indledning

Kommunalbestyrelsen i Hvidovre Kommune besluttede i oktober 2015 at implementere gigtskolen *God træning mod slidgigt* i en toårig forsøgsperiode i 2016-2017. Baggrunden for denne beslutning er de betydelige kommunale omkostninger forbundet med artrose, samt studier der påviser, at symptomer kan lindres, og forværring af sygdommen kan udskydes ved hjælp af basisbehandling. *God træning mod slidgigt* er baseret på principper fra GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark) og bygger videre på erfaringer fra projekt SLID, som Hvidovre Kommune gennemførte i 2013-2014.

*God træning mod slidgigt* evalueres af en projektgruppe ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af Teresa Holmberg, Ditte Heering Holt og Morten Hulvej Rod. Den samlede evalueringen har fokus på fire elementer: kvalitet i tilbuddet, rekruttering af deltagere, fastholdelse af træning og tilbagevending til arbejde. Dette notat præsenterer resultaterne af devalueringen af *God træning mod slidgigt*, som har fokus på rekruttering af borgere til tilbuddet.

## Devalueringens formål

Formålet med devalueringen er at undersøge, hvordan rekrutteringen af borgere forløber over perioden (maj – december 2016) og sætte særligt fokus på:

- a. Hvorfra henvises borgere til *God træning mod slidgigt*?
- b. Rekruttering fra jobcentret. Hvordan oplever medarbejderne i det samarbejdende jobcenter, at opsporing og henvisning af borgere til *God træning mod slidgigt* forløber? Hvordan ser de deres egen rolle i rekrutteringsprocessen, hvilke udfordringer opleves, og hvad kan medvirke til optimering heraf?

I opdraget til devalueringen indgik endvidere spørgsmålet: Antal gennemførte borgere i *God træning mod slidgigt* sammenlignet med det tidli-

gere projekt SLID; er det lykkedes med en forbedret rekruttering? Dette spørgsmål er efter aftale rykket til slutevalueringen, hvor det afklares, hvorvidt og hvordan en sammenligning er mulig ud fra de tilgængelige data.

## Materialer og metode

Data til devalueringen består af henholdsvis registreringer af deltagerne på *God træning mod slidgigt*-forløb, udarbejdet af Genoptræningen i Hvidovre Kommunes Sundheds- og Træningsafdeling. Desuden indgår data fra tre kvalitative interviews med to medarbejdere og en leder i Hvidovre Kommunes Jobcenter. Interviewdeltagerne repræsenterer henholdsvis kontanthjælp- og sygedagpengeområdet. Interviewdata er transkriberet, gennemlæst og tematiseret.

Analysen er deskriptiv. Første del af analysen giver en oversigt over antallet af deltagere i *God træning mod slidgigt* på baggrund af Genoptræningens registrering, samt en kort gennemgang af hvorfra deltagerne er henvist. Anden del af analysen præsenterer den tematiserede analyse af de kvalitative interviews. Denne analyse har fokus på, hvordan medarbejdere i Hvidovre Kommunes Jobcenter ser deres rolle i rekrutteringsprocessen, og de udfordringer medarbejderne oplever i forhold til rekruttering af deltagere til *God træning mod slidgigt*. I resultatafsnittet nedenfor præsenteres analysetemaerne samt underbyggende citater for at illustrere de centrale pointer.

Den deskriptive analyse kan ikke sige noget om kvaliteten og rækkevidden af rekrutteringsindsatsen, men fokuserer på læringspunkter, der kan bidrage til videreudvikling og forbedring af rekruttering til projekt *God træning mod slidgigt* fra jobcentret.

## Resultater

Herunder præsenteres resultaterne af devalueringen af *God træning mod slidgigt*.

### Registrering af deltagerne

I alt har 136 borgere henvendt sig til *God træning mod slidgigt* fra gigt-skolens opstart i maj 2016 og frem til december 2016. Heraf har 84 personer gennemført forløbet på i alt ni hold.

37 personer (27%) er blevet afvist fra at deltage i *God træning mod slidgigt*. De primære årsager hertil er, at borgeren har bopæl i en anden

kommune, ikke har slidgigt i hofte- eller knæ, eller er udeblevet fra undersøgelse. 15 personer er stoppet, før forløbet var afsluttet.

### **Henvisning til tilbuddet**

Af de 136 borgere er 114 registreret som "selvhenvender" (84%). Af registreringen fremgår det, at størstedelen har henvendt sig på baggrund af annonce. Dette er dog ikke systematisk registreret. Nogle deltagere henvender sig også på baggrund af plakat og/eller opfordring fra venner/kollegaer. Derudover er seks deltagere registreret som henvist fra jobcentret, fem deltagere er henvist med en genoptræningsplan fra hospital, og de sidste 11 deltagere er henvist af øvrige, herunder en af egen læge.

Af de seks deltagere som er henvist fra jobcentret, havde to personer ikke en hofte- eller knæproblematik, tre personer mødte ikke op, mens en enkelt har gennemført forløbet.

## Jobcentrets rekruttering

Dette afsnit præsenterer analysen af de tre kvalitative interviews, der fokuserer på rekruttering fra jobcentret. Afsnittet er struktureret ud fra analysetemaerne: Viden om tilbuddet, Vurdering af tilbuddet, Barrierer for henvisning, Målgruppen for tilbuddet, Sammenhæng med øvrige tilbud. Under hvert tema præsenteres resultaterne af analysen, og konsekvenserne for henvisning til *God træning mod slidgigt* skitseres.

### **Viden om tilbuddet**

Alle interviewdeltagere havde et grundlæggende kendskab til *God træning mod slidgigt*: de vidste, at det bestod af et seks ugers træningsforløb på hold, og at målgruppen er borgere i Hvidovre Kommune med slidgigt i knæ og hofter.

Interviewdeltagerne lagde mest vægt på træningselementet i interviewene og havde mindre kendskab til undervisningselementet om gigt og smertehåndtering. De gav dog på forskellig vis udtryk for en forventning om, at tilbuddet vil hjælpe deltagerne til at håndtere deres smerter:

*"Jeg håber da, at der er nogle mennesker som bliver bedre til at håndtere deres gigt, måske får noget smertehåndtering. Nogle smertehåndteringsværktøjer. Det ved jeg ikke, men nogle kropstillinger de kunne gøre anderledes, hvis det er de perioder, hvor gigten er rigtig slem."*

### **Information og kommunikationskanaler**

Ud fra de få gennemførte interview synes der at være en tendens til, at den afdeling, hvor Genoptræningen har deltaget på et personalemøde, har større fokus på *God træning mod slidgigt* og føler sig bedre orienteret,

end den afdeling hvor det alene er afdelingslederen, der har orienteret sagsbehandlerne om tilbuddet. En interviewdeltager fra sidstnævnte ønsker mere synlighed og viden om projektet, hvilket sagsbehandler fra førstnævnte ikke oplever som et problem. Sidstnævnte bemærker dog, at der indenfor de seneste uger (oktober 2016 red.) har været øget opmærksomhed og bevågenhed omkring *God træning mod slidgigt* i afdelingen.

To af de tre interviewpersoner efterspørger opdateret information om holdstart, så de ved, hvornår det er relevant at henvise borgere. En af deltagerne har fx en flyer hængende på sin opslagstavle med information om projektet, som reklamerer for holdstart i maj 2016 (interviewet er gennemført i oktober 2016).

*"... jeg kunne da godt bruge, at jeg havde en liste over, hvornår starter de der hold så op. Fordi hvis den sådan lige hang foran næsen på mig, så kunne jeg måske bedre bruge den aktivt."*

Der er nogle udfordringer forbundet med at sikre den rette mængde information og valg af kommunikationskanal: interviewdeltagerne oplever, at de generelt er udsat for en meget stor informationsmængde i form af mange mails, flyers og pjecer om nye tilbud og projekter. De fortæller, at information om *God træning mod slidgigt* derfor let kan drukne i informationsstrømmen og blive glemt.

*"... vi bliver BOMBARDERET med skriftmateriale. Det gør vi altså. Og vi bliver bombarderet med mails, og de fortæller alle sammen, mange af dem, at nu er der det her projekt, nu er der det her projekt, nu er der det her. Men det med at få dem skilt ud fra hinanden, når informationsstrømmen er så stærk, det kan vi simpelthen ikke."*

Der er ingen konsensus blandt interviewdeltagerne om, hvordan information om *God træning mod slidgigt* bedst formidles. En ønsker information via mail, mens de andre vurderer, at de modtager for mange mails, og at det er svært at få overblik over de mange tilbud. Hvis informationen alene er tilgængelig via intranet/en hjemmeside vurderer interviewdeltagerne, at de overser eller glemmer det.

*"Jeg er faktisk selv en af dem, der er irriteret over, at vi får en million mails om dagen, men det slog mig bare lige med sådan en lille nyhedsmail engang imellem, hvor man lige blev mindet om det [...] Det er måske ikke så dumt, at der lige kom en mail ud, 'nu starter vi igen', eller 'det her er nyt'."*

Interviewdeltagerne har også forskelligt syn på, om det er nødvendigt at orientere (yderligere) på personalemøder i jobcentret, og hvorvidt det vil

styrke rekrutteringen, hvis Genoptræningen løbende deltager. Den afdeling, hvor Genoptræningen har deltaget, oplever ikke yderligere behov for dette, mens den anden afdeling vurderer, at det vil kunne styrke synligheden af projektet.

Et alternativt bud er, at Genoptræningen løbende sender ny/opdateret information til afdelingslederne, som kan videreformidle informationen (om fx holdstart) på personalemøder.

Interviewdeltagerne oplever, at der er støtte til *God træning mod slidgigt* fra politisk hold, men varierende bevågenhed fra jobcentrets ledelse. Bevågenhed fremhæves som væsentligt for at tilbuddet ikke drukner i mængden af information.

### **Vurdering af tilbuddet**

Interviewdeltagerne udtrykker generel opbakning til *God træning mod slidgigt*. I interviewene lægger de vægt på det store antal af borgere med slidgigt i kommunen, den enkelte borgers behov for et tilbud, og fra jobcentrets perspektiv hvordan tilbuddet potentielt kan forebygge såvel sygdommeldinger og evt. operationer, som styrke deltagernes muskelmasse og generelle form forud for en evt. operation.

*"... generelt er [det] en rigtig god ide, at der er sådan et tilbud i kommunalt regi [...] det er super godt. Så på den måde er jeg jo en god ambassadør for det..."*

På trods af umiddelbar opbakning til *God træning mod slidgigt*, kan interviewdeltagerne kun fortælle om enkelte eller slet ingen erfaringer med at henvise borgere, hvilket også er afspejlet i antallet af henviste borgere fra jobcentret i registreringen ovenfor.

*"... jeg prøver lige sådan at høre rundt, altså hvor mange de har haft på [God træning mod slidgigt], og der var faktisk ikke nogen der kunne huske at de havde haft nogle på."*

På baggrund af de manglende erfaringer med henvisning har interviewene og den efterfølgende analyse primært fokus på udfordringerne forbundet med at opspore og henvise til *God træning mod slidgigt*, som det opleves af medarbejdere i jobcentret.

### **Barrierer for henvisning**

Herunder præsenteres de væsentligste barrierer for henvisning af borgere til *God træning mod slidgigt*, som de opleves af interviewdeltagerne.

### ***Arbejdsmarkedsrettet vs. sundhedsrettet tilbud***

En primær barriere, som fremgår af interviewene, er sagsbehandlernes vurdering af tilbuddet som et sundhedsrettet tilbud frem for et arbejdsmarkedsrettet tilbud.

Distinktionen mellem arbejdsmarkedsrettet og sundhedsrettet tilbud knytter sig til, hvordan tilbuddet kan benyttes i relation til de lovgivningsmæssige krav. Sagsbehandlerne på kontanthjælpsområdet er bekendt med, at de formelt kan benytte *God træning mod slidgigt* som et aktivitetstilbud, der indgår som del af borgerens jobplan. Dog fremgår det af interviewene, at denne mulighed først er blevet meldt tydeligt ud til sagsbehandlerne på kontanthjælpsområdet kort forinden interviewene.

Sagsbehandlernes vurdering af tilbuddet baserer sig dog ikke alene på den formelle udmelding fra ledelsen, men knytter sig i lige så høj grad til deres vurdering af indholdet af tilbuddet. Her vurderer sagsbehandlerne, at *God træning mod slidgigt* i højere grad er et sundhedsrettet tilbud. Dette gælder både kontanthjælpsområdet og sygedagpengeområdet.

*"... selve projektet [...] er ikke direkte arbejdsmarkedsrettet. Det er sundhedsrettet [...] Altså det er en form for behandling [...]"*

Spurgt ind til hvad arbejdsmarkedsrettet indebærer, fortæller en interviewdeltager fra kontanthjælpsområdet, at formålet skal være at bringe borgeren tættere på job. Indholdsmæssigt betyder det, at tilbuddet skal være bredere end træning alene. Det skal styrke borgerens motivation, måske hjælpe med at få borgeren af sted på faste tidspunkter eller på anden vis støtte borgeren i at komme (tilbage) på arbejdsmarkedet. I kontrast hertil opleves *God træning mod slidgigt* som et sundhedsrettet tilbud i den forstand, at det har snævert fokus på behandling af gigt.

På sygedagpengeområdet indebærer forståelsen af *God træning mod slidgigt* som et sundhedsrettet tilbud, at det betragtes som en del af borgernes behandling – hvis de er sygemeldt med gigt – og derfor noget lægen skal henvise til. Alternativt, hvis borgeren er sygemeldt af anden grund, udgør gigten ikke den centrale problemstilling og er derfor ikke central for samarbejdet mellem borgeren og sagsbehandler.

*"... det er jo at sidestille med behandling. I hvert fald i forhold til hvis vi får en ind, der er sygemeldt pga. slidgigt, så vil vi jo sætte krav om at vedkommende er, altså at lægen har henvist til behandling. Så på den måde vil det formentlig ikke engang være tilstrækkeligt at vi siger, du kan deltage i det her. Fordi, altså der er krav om at man er i behandling for den sygdom man er sygemeldt med [...] Ellers beder vi folk om at gå til lægen og få lagt en plan for behandlingen ik'."*

### **Timing**

Timing er en anden afgørende barriere, der begrænser direkte henvisning til *God træning mod slidgigt*, ifølge interviewdeltagerne. Jobcentret har behov for, at borgerne kan aktiveres hurtigst muligt, og tilbud der starter om X antal uger, opleves derfor ikke som en relevant henvisningsmulighed.

*"... vi har brug for, at der er løbende optag, fordi vi kan ikke sige, jamen du kan komme på et hold om to måneder, fordi de skulle jo gerne have afsluttet sagen inden for kort tid. Så det vil jo forlænge vores sag, at vi ikke kan komme. Det er her og nu..."*

*"... hvis ikke det er noget der kan starte på mandag, så giver det ikke så god mening som led i en plan."*

Interviewdeltagerne fortæller endvidere, at tilbud uden løbende optag fortæber sig i informationsmængden og risikerer dermed, at glide ud af deres repertoire af tilbud de benytter. Sagsbehandlerne har brug for at kunne henvise til tilbuddet, hver gang de sidder med en borger, der er i målgruppen, for at tilbuddet opleves som brugbart.

### **Frivilligt tilbud**

Sagsbehandlerne fra både sygedagpenge- og kontanthjælpsområdet fortæller, at de møder mange borgere med slidgigt, men at det ikke er slidgigten, der udgør den primære problematik for borgerne i jobcentret. Derfor er slidgigten heller ikke det primære fokus for sagsbehandlerne indsats.

Forståelsen af *God træning mod slidgigt* som et sundhedsrettet tilbud, i kombination med oplevelsen af slidgigt som en sekundær problematik, medfører, at interviewdeltagerne primært betragter *God træning mod slidgigt* som et såkaldt "frivilligt tilbud". Det indebærer, at interviewdeltagerne ser deres egen rolle som sagsbehandlere som at informere borgerne om tilbuddet, men ikke at henvise direkte eller stille krav om deltagelse med trussel om sanktioner.

*"... ja altså de frivillige tilbud er nogle vi kan informere om ..."*

*"... selvfølgelig informerer vi om dem. Men vi informerer om dem, og når vi så har informeret om dem, så har vi informeret om dem. Altså så er det op til borgeren selv at tage det næste skridt. Hvor vi på en lidt anden måde skal ind over, når det er at vi sætter et aktivitetstilbud i gang."*

Hvor de på sygedagpengeområdet vurderer, at det sjældent er relevant at henvise borgere direkte til *God træning mod slidgigt*, vurderer de på kon-



tanthjælpsområdet at muligheden for at benytte *God træning mod slidgigt* som et aktivitetstilbud er en mulighed, som de potentielt kan gøre mere brug af fremadrettet.

*"... det at jeg kan lave det som et projekt, som en måde at komme i gang, det gør en forskel. Det gør det altså. Det gør, at i stedet for at informere om det, og det så er borgerens ansvar at tage kontakt, så er det rent faktisk mit ansvar at tage kontakten ik'. Det gør en forskel, helt klart."*

### **Kompetencer til at henvise**

En yderligere konsekvens af interviewdeltagernes vurdering af *God træning mod slidgigt* som et sundhedsrettet tilbud er, at sagsbehandlerne giver udtryk for tvivl vedrørende deres kompetencer til at henvise til tilbuddet. Særligt på kontanthjælpsområdet diskuterer en interviewdeltager, hvorvidt hun har de nødvendige kompetencer til at tvinge en borger til at deltage i træning, hvis borgeren har store smerter.

*"... der er nogle af de her mennesker, der har rigtig ondt, og der støder jeg også ind i den næste hurdle for, hvornår skal jeg tvinge? Fordi jeg kan rent faktisk tvinge nogen ud i træning, hvis det var. Jamen hvornår skal jeg tvinge, og kan jeg det, når det gælder fysiske smerter? Det kan kun én og det er lægen. Jeg kan som regel ikke tvinge nogen til at gå til behandling..."*

Interviewdeltagerne fokuserer alle på lægens rolle og vurderer, at praktiserende læger i højere grad er i kontakt med den rette målgruppe samt har kompetencerne til at henvise til *God træning mod slidgigt*. På sygedagpengeområdet vurderer de endvidere, at en øget annoncering og markedsføring på byens apoteker, hvor borgere med slidgigt køber smertestillende medicin, kunne være relevant.

### **Målgruppen for tilbuddet**

På trods af at interviewdeltagerne fortæller, at *"der er næsten gigt over det hele"* med reference til deres sagsstammer, så vurderer de samtidig, at målgruppen for *God træning mod slidgigt* er mere snæver og ikke umiddelbart et godt match med borgerne i jobcentret.

*"... vi har jo ikke den der målgruppe, der lige er i fokus i det der, så på den måde kan man sige, at det er lidt skævt i forhold til"*

*"... jo bredere målgruppen kan være, uden at det specifikke går tabt [...] jo bedre. Altså så der også kan sendes nogle derover med dårlig ryg osv."*

Spurgt ind til interviewdeltagernes vurdering af, hvorvidt borgerne har barrierer for at deltage, er der væsentlig forskel på de to områder. På

kontanthjælpsområdet vurderer de, at borgerne kan have nogle barrierer for at deltage i projektet:

*"... selvfølgelig kan holdtræning gøre noget for en gigtpatient. [Men] de her borgere har så mange skavanker på alle mulige områder. Det er både fysisk, det er psykisk, det er ondt i livet, det er stigmatisering, det er mange, mange, mange år i kontanthjælpssystemet som regel. Og det der med at komme ud blandt andre folk og skulle agere blandt andre, som normale mennesker i gåseøjne, kan godt være utrolig svært, når man har så mange skavanker og alt muligt der gør ondt."*

På sygedagpengeområdet vurderer de ikke, at borgerne generelt har barrierer for at tage imod tilbuddet:

*"... det er i hvert fald mit indtryk, at kommer vi med et relevant tilbud, så tager borgerne, altså 80% af borgerne, imod det med kyshånd."*

*"Jeg har ikke hørt nogen, der har taget dårligt imod det. Altså det er jo sådan set bare en bonus. Jeg ved så ikke, om det er noget folk går hen og gør nødvendigvis. Fordi de er jo hurtigt ude af mine hænder igen."*

Vurderingen af slidgigt som en sekundær problematik betyder endvidere, at interviewdeltagerne ønsker at henvise til brede tilbud, som kan tilgodesede målgruppens komplekse udfordringer, frem for et tilbud der fokuserer alene på slidgigt i hofter og knæ.

### **Sammenhæng med øvrige tilbud**

I jobcentret henviser de allerede i stort omfang til tilbud, de beskriver som livsstilsrettet træning eller vedligeholdelsestræning hos anden aktør. Den væsentlige fordel ved disse tilbud, ifølge interviewdeltagerne, er, at de er beskæftigelsesrettede. Det indebærer, at anden aktør tilbyder pakkeløsninger med forskellige moduler, som kan tilpasses den enkelte borger; at der er løbende optag, så borgeren kan starte med det samme; at anden aktør giver en tilbagemelding til jobcentret; at træningen kan fungere som en aktivitet for borgere med psykisk relaterede lidelser, der skal have støtte til at komme ud af hjemmet og komme i gang; samt at der er fokus på borgerens motivation og evne til at varetage et job. Som eksempler på aktiviteter, der indgår og gør disse tilbud beskæftigelsesrettet, blev bl.a. nævnt ergonometri, coaching og overgang til virksomhedspraktik.

*"Det begrænser sig ikke til, at skulle have noget med slidgigt at gøre. Træningen kan jo være for alle mulige [...] muskulaturen er svag efter en operation, eller det kan være det er sundt at træne, når man har stress eller depression. Altså det kan være alle vi kan henvise til det, og det starter på mandag [...] sommetider er formålet jo bare det, at man lige kommer i*

*gang, at man nærmer sig arbejdsmarkedet ved at man har noget at møde op til, selvom det kun er to gange om ugen [...] det er meget forskelligt, hvad formålet er, når vi henviser dertil [...] Men forskellen er jo helt sikkert, at det kan være nu og her, og så er det uanset hvad folk fejler.” (Sygedagpenge)*

*”Ja men borgere som bl.a. har psykiske problemstillinger, og som virkelig godt kunne trænge til noget træning for at få skabt nogle endorfiner og dopaminer og det her. [...] Men det er også dem med fysiske skavanker, har ondt i ryggen og trænger til noget muskelmasse til ligesom at bære den her ryg oppe, eller ondt i benene, eller hvad de nu har. Også nogle der er blevet lidt for store og rigtig gerne vil smide vægt [...] Så der er rigtig mange i vores målgruppe som har rigtig, rigtig godt af det, og det er også derfor, at det er den succes det er. Folk de kæmper jo om at komme derop ik’. Fordi det er et godt projekt...” (Kontanthjælp)*

Et andet tilbud som fremhæves af en interviewdeltager fra kontanthjælpsområdet er tilbuddet 'Kys livet' i Hvidovre Kommunes Sundhedshus. Kys livet fremhæves som et særligt velegnet tilbud til målgruppen, fordi tilbuddet er individuelt og fokuserer på borgernes individuelle behov. Endvidere fremhæves det, at der er en sygeplejerske, som kan tage imod borgerne, når de kommer direkte fra jobcentret, ofte sammen med en sagsbehandler, så borgeren ikke selv skal være opsøgende.

*”... de borgere der har været med i 'Kys livet' indtil nu, de har været enormt glade for det. Der er nogle der har været til tandlægen for første gang [...] og har fået nogle succesoplevelser med det. Hvor at selvfølgelig holdtræning gør noget andet for folk. Ja, der træner du de steder, hvor du har gigt, hvor du har ondt. Altså det er nede i benene og det er selvfølgelig noget helt andet.”*

En konklusion på baggrund af interviewdeltagernes sammenligninger med andre tilbud er, at mere specialiserede tilbud er sværere at rekruttere til. Interviewdeltagerne foretrækker tilbud, der har en bred målgruppe, og som kan skræddersyes til den enkelte borgers behov. Det gør det både lettere for sagsbehandleren at henvise, ligesom det gør det lettere for sagsbehandleren at huske tilbuddet, da det er relevant for mange borgere og derfor benyttes ofte.

## Konklusion

Devalueringen konkluderer, at størstedelen af deltagerne i *God træning mod slidgigt* er såkaldte "selvhenvendere". Særligt annoncering og i nogen grad plakater fremstår som kommunikationskanaler, der har motiveret borgere til at deltage i *God træning mod slidgigt*.

Rekruttering til *God træning mod slidgigt* med henvisning fra jobcentret er kun sket i få tilfælde. Dette er der en række forklaringer på. Delevalueringen viser, at sagsbehandlerne har grundlæggende viden om og et positivt syn på *God træning mod slidgigt*. Der er dog et ønske om større synlighed, især information om holdstart, samt ledelsesmæssig bevågenhed for at styrke rekrutteringen i jobcentret. Sidstnævnte gælder især, hvordan *God træning mod slidgigt* kan benyttes som et aktivitetstilbud til konthjælpsmodtagere.

Samtidig oplever interviewdeltagerne en række barrierer, der begrænser deres henvisning af borgere til *God træning mod slidgigt*. Det er særligt vurderingen af tilbuddet som et snævert fokuseret behandlingstilbud, der ikke i tilstrækkelig grad tilgodeser borgernes komplekse problemer, samt problematikken om manglende løbende optag. Endvidere ser interviewdeltagerne slidgigt som en sekundær problematik, og *God træning mod slidgigt* betragtes derfor som et såkaldt frivilligt tilbud, som sagsbehandlerne orienterer borgerne om, men ikke henviser direkte til. Interviewdeltagerne vurderer, at praktiserende læger i højere grad har kompetencerne og adgang til den rette målgruppe, som forudsætning for henvisning til *God træning mod slidgigt*.

Endelig viser delevalueringen, at den samlede informationsmængde er en udfordring i kommunikationen til sagsbehandlerne, som let overser *God træning mod slidgigt* i mængden af andre tilbud og projekter.